



HAL
open science

De la médecine de guerre à la médecine en guerre : administration des blessés et malades de guerre et métamorphoses du champ médical en 14-18

Sylvain Bertschy

► **To cite this version:**

Sylvain Bertschy. De la médecine de guerre à la médecine en guerre : administration des blessés et malades de guerre et métamorphoses du champ médical en 14-18. Histoire. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2018. Français. NNT : 2018MON30038 . tel-02058660

HAL Id: tel-02058660

<https://theses.hal.science/tel-02058660v1>

Submitted on 6 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'Université Paul Valéry Montpellier 3

Préparée au sein de l'école doctorale 58 LLCC
et de l'unité de recherche EA 4424 CRISES

Spécialité : **Histoire – Histoire militaire**

Présentée par **Sylvain Bertschy**

DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE EN GUERRE.

**ADMINISTRATION DES BLESSÉS ET MALADES DE GUERRE ET
MÉTAMORPHOSES DU CHAMP MÉDICAL EN 14-18.**

Soutenue le 30 novembre 2018 devant le jury composé de

François BUTON, directeur de recherche, CNRS - ENS Lyon	Co-directeur
Brigitte GAÏTI, professeure des universités, Université Paris 1	Examinatrice
Martine KALUSZYNSKI, directrice de recherche, CNRS - Sciences Po Grenoble	Examinatrice
Frédéric PIERRU, chargé de recherche, CNRS - Université de Lille	Rapporteur
Cécile ROBERT, maître de conférences des universités, habilitée, Sciences Po Lyon	Rapporteuse
Frédéric ROUSSEAU, professeur des universités, Université Paul-Valéry Montpellier	Co-directeur
Vincent VIET, chercheur, Ministère des affaires sociales et de la santé	Examineur



Université Paul Valéry Montpellier 3
Unité de recherche EA 4424 CRISES
École doctorale 58 LLCC

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur

Spécialité Histoire-histoire militaire

Présentée par Sylvain Bertschy

**DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE EN GUERRE
ADMINISTRATION DES BLESSÉS ET MALADES DE GUERRE ET
MÉTAMORPHOSES DU CHAMP MÉDICAL EN 14-18.**

Soutenue le 30 novembre 2018 devant le jury composé de

FRANÇOIS BUTON , directeur de recherche, CNRS, ENS Lyon	co-directeur
BRIGITTE GAÏTI , professeure, Université Paris 1	examinatrice
MARTINE KALUSZYNSKI , directrice de recherche, CNRS, Sciences Po Grenoble	examinatrice
FRÉDÉRIC PIERRU , chargé de recherche, CNRS Université de Lille	rapporteur
CÉCILE ROBERT , maître de conférences des universités, habilitée, Sciences Po Lyon	rapporteure
FRÉDÉRIC ROUSSEAU , professeur, Université Paul-Valéry Montpellier	co-directeur
VINCENT VIET , chercheur, habilité, Ministère des affaires sociales et de la santé-Cermes3	examineur

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à Frédéric Rousseau et François Buton qui m'ont accompagné tout au long de ces années en affichant un soutien constant et sans faille. Ils m'ont tant apporté, chacun à leur manière, que ces remerciements sont peu de chose.

Je remercie Brigitte Gaïti, Martine Kaluszynski, Frédéric Pierru, Cécile Robert et Vincent Viet d'avoir accepté d'être membres de mon jury et de discuter ce travail.

J'adresse les remerciements qui leur reviennent au Conseil Général de l'Aisne qui m'a attribué une bourse sans laquelle je n'aurais pu financer cette thèse dans ses premières années. Je remercie également mon école doctorale et mon laboratoire dont le soutien matériel et financier s'est avéré non moins indispensable. Il m'est impossible d'écrire ces lignes et d'évoquer mon unité de recherche sans avoir une pensée pour Françoise Brette qui a tant fait pour le laboratoire et sur laquelle j'ai toujours pu compter.

Durant ces années de recherches, de nombreux archivistes et des bibliothécaires m'ont accompagné, guidé dans les dédales des inventaires et classements : Frédéric Queguineur au SHD, Mme Garric au Val-de-Grâce, Mme Lannelongue au SAMHA et toute l'équipe du CAAP à Châtelleraut. Natalie Pigeart-Micault et Anaïs Massiot ont été de précieuses conseillères aux Archives du Musée de l'Institut Curie et les compétences et le dévouement de Céline Kabylo m'ont été d'un grand secours à la bibliothèque de recherche de l'université Paul Valéry. Je leur exprime ici ma plus profonde gratitude.

Des journées d'études et colloques où les rencontres furent souvent stimulantes, je garde en mémoire mes échanges avec les membres du groupe ESOPP, notamment avec Fabrice Cahen et Christophe Capuano dont les remarques, suggestions et conseils avisés ont fait leur chemin. Je tiens à remercier également, et tout spécialement, Vincent Viet qui m'a tout de suite accordé une attention bienveillante et avec lequel je n'ai cessé d'échanger depuis notre rencontre en 2010. Nos discussions nourries m'ont beaucoup apporté. Mes remerciements vont également à Marie Derrien avec qui j'organise depuis quelques années déjà l'atelier *Lectures Sociales de la Guerre*. Sa rigueur et sa ténacité m'ont servi d'exemple et je continue de croire, grâce à elle, que les archives des pensions nous attendent.

Ces années de recherches n'auraient pas été les mêmes sans la joyeuse émulation intellectuelle que j'ai rencontrée au sein du CRID 14-18. Je dois beaucoup aux amitiés

nées sur le plateau de Californie ou dans la salle du réfectoire de l'ancienne école de Craonne. Pour tous ces moments d'intenses discussions, de travail et de franche camaraderie, je veux remercier Anne-Sophie Anglaret, Dimitri Chavaroche, Astrid Guinotte, Valériane Milloz, Emmanuelle Picard, Philippe Salson et, bien sûr, Frédéric Rousseau et Noël Genteur.

J'ai également beaucoup appris en participant au séminaire « La Grande Guerre comme Rupture. Mise à l'épreuve d'un lieu commun historiographique (1850-1950) », les lundis soir, à Jourdan. François Buton, André Loez, Nicolas Mariot et Philippe Olivera m'y ont accueilli bien souvent et le lieu a pleinement participé de ma formation. Je leur dois beaucoup de m'avoir ensuite associé à l'équipe élargie qui, délocalisée à l'ENS de Lyon, a poursuivi le travail. J'ai co-animé à leurs côtés « L'ordinaire de la guerre » pendant trois ans et ce fut, là encore, une expérience déterminante dans ma trajectoire intellectuelle. Je leur suis profondément reconnaissant de la confiance qu'ils m'ont accordée.

Ce travail s'est aussi nourri des idées, des méthodes, des travaux de celles et ceux avec qui j'ai eu la chance de travailler à l'Université Paul Valéry et à l'Université de Montpellier. Pour ces belles années d'enseignement, de recherche et d'énergie collectives, je veux remercier Julien Audemard, Julien Boyadjian, David Gouard, Cécile Jouhanneau, Virginie Anquetin, Marc Conesa, Pierre-Yves Lacour, Sahar Saeidnia et Alice Simon. Parmi ces compagnons de route, certains cheminent à mes côtés depuis le début. C'est le cas de Julien Mary à qui j'adresse bien plus que des remerciements.

Une place à part revient à Éric Soriano dont les conseils, le regard avisé et l'amitié m'accompagnent depuis mes premiers travaux. L'idée même d'une thèse n'aurait sans doute pas vu le jour sans notre rencontre.

À mes amis Jérôme et Pascal dont j'ai si souvent abusé de l'hospitalité à Paris, à Bernard et Raymonde, qui m'ont toujours accueilli à leur table et ouvert les portes du calme ardéchois, à Marie-Pierre Pouly et Christophe Gaubert pour leur accueil à Limoges et à celles et ceux qu'immanquablement j'oublie, je veux exprimer ici toute ma gratitude et les remercier.

Je remercie mes parents, mon frère ainsi que mes grands-parents maternels pour leur indéfectible soutien, leurs encouragements constants et pour m'avoir donné les moyens de poursuivre mes recherches chaque fois que c'était nécessaire.

Julie, enfin, sait tout ce que je lui dois, sans elle cette thèse n'aurait jamais pu être écrite ; elle est un peu la sienne, aussi.

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
Chapitre premier : Gouverner la santé des hommes en armes. Genèse, institutionnalisation et points de véto d'une politique (1770-1914)	43
1 L'Émergence d'une rationalité préservatrice dans le monde militaire : des années 1770 aux années 1840.....	46
2 L'institutionnalisation d'une politique de santé militaire (1850-1900).....	95
3 « L'armée menace la race » : les logiques sociales des mises en causes politiques de la santé militaire (1890-1914).....	140
Chapitre 2 : Entre le droit et la faveur. Les logiques inégalitaires de la prise en charge étatique des infirmités militaires (1831-1914).....	161
1 L'administration des infirmités militaires (1831-1914) : institutionnalisation d'un droit et bureaucratisation des faveurs	165
2 De l'inapte à l'ayant-droit : les mécanismes de la disqualification 1893-1914.....	193
Chapitre 3 : Le droit à réparation sous l'uniforme ou l'impossible réformes des pensions (1900-1914)	231
1 Une problématique de la reconnaissance (1875-1900)	236
2 Faire « une 1898 des militaires » : le droit à réparation à l'épreuve de la raison d'État dans l'arène parlementaire (1900-1914).....	245
3 Au-delà du Parlement : points de véto et logique(s) des oppositions à la réforme	286
Chapitre 4 : La mise en scandale du Service de Santé Militaire (août-décembre)	307

1	L'armée et les blessés en 1914 : naissance d'un problème	309
2	La presse et la fabrique du « scandale » des blessés	333
3	La production sociale de l'inacceptable : dynamiques du scandale à travers la correspondance de Barrès.....	353
Chapitre 5 : Réformer au nom des compétences : le retour des élites médicales et parlementaires (automne 1914 – été 1915).....		373
1	Amender sous la pression des circonstances : la réforme du point de vue de la médecine militaire	374
2	Le gouvernement sanitaire de la guerre comme enjeu dans le champ politique : la construction d'un programme réformateur	393
3	La réforme du point de vue du champ médical.....	442
Chapitre 6 : Logiques sociales et limites pratiques de la réforme.....		455
1	La médicalisation des mains d'œuvre de l'armement	456
2	Le Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques (GSCS) ou les limites d'une entreprise d'avant-garde	488
Conclusion Générale.....		529
Sources et bibliographie		537
1	Archives	537
2	Sources imprimées	548
3	Bibliographie.....	557
4	Bases de données biographiques	579
Tables des matières		583

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La grande machine à broyer les hommes que fut la guerre 1914-1918 a transformé en profondeur la prise en charge des blessés et malades militaires ; la chose paraît entendue et elle a pour elle la force de l'évidence :

« Les progrès dans la médecine vont de pair avec ceux qui sont faits dans l'armement, et particulièrement dans le domaine de l'artillerie qui est responsable de plus de 70 % des morts et des traumatismes physiques, et qui est aussi la cause de nouveaux types de blessures et autres pathologies. La médecine fait alors des progrès remarquables et rapides à la fois dans les techniques de soins et dans son organisation logistique (postes de secours, tris des blessés, rapatriement dans les hôpitaux de l'arrière et formation du personnel médical) ¹ ».

Extraite d'un dossier mis en ligne par un « réseau de création et d'accompagnement pédagogique » soutenu par le ministère de l'Éducation Nationale², la petite citation mise ici en exergue finit, à force de simplifications, par entretenir une idée fausse. Certes il y a bien eu des « progrès » thérapeutiques et organisationnels pendant le conflit, mais le

¹ Voir en ligne : [<https://www.reseau-canope.fr/apocalypse-todestins/fr/dossiers-pedagogiques/les-progres-medicaux-et-chirurgicaux.html>]. (Consulté le 30/08/2018). Sur le même registre voir aussi l'exposition au Musée d'histoire de la Médecine et de la Pharmacie Lyon 1 : « Quand les guerres font évoluer la médecine : Grande guerre & Médecine » (sept.-nov. 2018).

² Voir sur le site l'onglet « qui sommes-nous ? » : « Placé sous tutelle du ministère de l'Éducation nationale, Réseau Canopé édite des ressources pédagogiques transmédias (imprimé, web, mobile, TV), répondant aux besoins de la communauté éducative. Acteur majeur de la refondation de l'école, il conjugue innovation et pédagogie pour faire entrer l'École dans l'ère du numérique ».

caractère massif, hors norme et inédit des délabrements que l'exercice de la violence industrielle inflige aux corps des hommes en guerre ne conduit mécaniquement, naturellement pourrait-on dire, ni à l'un ni à l'autre. Si on peut regretter de trouver un tel cadre interprétatif dans une production destinée aux enseignant.es des classes de 3^e et de Première, il est difficile en revanche de s'en étonner. D'une part, parce que l'idée selon laquelle le choc de la guerre, en posant de nouveaux problèmes ou défis, appellerait de fait des réponses thérapeutiques et/ou politiques est une idée très répandue et qu'il n'y a pas de raison de penser que l'espace de l'enseignement secondaire, pour partie déconnecté de la recherche (ou du moins les connexions sont-elles souvent réductrices, sinon partiales³), y soit hermétique. D'autre part, parce que le dossier pédagogique soulève une question à laquelle les sciences sociales et historiques n'ont que partiellement répondu : quels sont les effets de la guerre sur le champ médical et comment les agents et les institutions qui le peuplent ont-ils traversé ce « moment critique » ?

La thèse présentée ici explore cette rencontre entre un temps d'exception (la séquence 14-18) et un espace social (la médecine) et elle entend montrer comment la mise en guerre du champ médical, en suspendant les logiques ordinaires de son fonctionnement social, a contribué à rendre possible une réforme de la prise en charge des blessés et malades militaires. En examinant les effets de cette reconfiguration de la santé en guerre, l'enquête donne à voir la séquence 14-18 comme le lieu d'une métamorphose du champ médical. Avant de l'étayer empiriquement, d'en présenter la méthodologie et les sources, j'aimerais éclairer la genèse de cette recherche, revenir sur les questionnements et les énigmes qui en sont au principe et donner à voir l'espace des possibles à l'intérieur duquel la thèse s'est constituée.

Penser avec, penser contre

L'emprunt à Gérard Noiriel⁴ n'a rien de la révérence académique, il est à la fois une manière de signaler l'importance des travaux de cet auteur dans ma trajectoire et une clé de lecture de mon rapport à l'historiographie de la question santé en guerre.

³ Cette déconnexion s'explique d'autant mieux que le « sens de la carrière » fait que les circulations entre le secondaire et le supérieur s'opèrent essentiellement du premier vers le second puisqu'un poste sur cinq dans le supérieur est occupé par des enseignant.es du secondaire. Voir Menger Pierre-Michel, Marchika Colin, Paye Simon *et al.*, « La contribution des enseignants du secondaire à l'enseignement supérieur en France. Effectifs, affectations, carrières (1984-2014) », *Revue française de sociologie*, 2017/4 (Vol. 58), p. 643-677. DOI : 10.3917/rfs.584.0643.

⁴ Gérard Noiriel, *Penser avec, penser contre. Itinéraire d'un historien*, Paris, Belin, 2003.

Guerre médecine et santé en 14-18 : du mythe d'institution au mythe culturaliste

Jusqu'aux années 1990-2000, tout se passe comme si la question des rapports entre guerre, médecine et santé relevait de l'impensé disciplinaire ou comme si elle était un objet peu noble dans le sous-espace de l'histoire militaire et, plus largement, dans l'ensemble des travaux portant sur la guerre⁵. Les médecins militaires ont ainsi produit davantage de travaux que les professionnel.les de l'histoire depuis la guerre et dans les années 1980, ils sont encore les seuls à faire l'histoire de la santé aux armées. Quelles que soient les raisons de ce silence académique, les historien.nes de métier ont ainsi laissé aux médecins (militaires en l'occurrence), pendant près de 80 ans, le monopole du discours légitime en la matière⁶.

Dans cette configuration historiographique, qui n'est en rien spécifique à 14-18⁷, le récit indigène élaboré par les officiers supérieurs du corps de santé est devenu la clé de voûte d'un discours historique officiel qui perpétue une représentation idéalisée de la médecine en guerre, une représentation conforme aux intérêts de l'histoire militaire de la médecine militaire qui, si elle a depuis concédé quelques ajustements, entretient toujours l'idée d'une guerre faite de remise de soi (au bénéfice des blessés et de la cause médicale) et de sacrifices (à la nation). Bien sûr le tableau est plus nuancé et les gardiens du temple ne livrent pas tous exactement la même version. Qui fréquente un tant soit peu la première génération (ceux qui ont vécu la guerre) parvient à saisir entre les lignes les oppositions tues hors de l'institution et à deviner sous leur plume des amitiés et/ou des inimitiés. Mais l'adage bien connu « les militaires ne parlent qu'aux militaires » se vérifie d'autant plus largement que le corps de santé est, dans l'armée, une institution faible,

⁵ Une rapide comparaison avec d'autres thèmes de recherches dans les bibliographies (en ligne) de l'International Research Network for War Commemoration et du CRID 14-18 suffit pour voir qu'en dépit des différences dans les catégories de classement, la sous-représentation est très nette.

⁶ Le numéro 44 de la revue *Médecine et Armées*, paru en 2016, constitue un bon exemple de la vigueur actuelle de cette histoire écrite en vase clos, dans l'entre-soi médical et/ou militaire. Sur les 250 références citées, seules 15 renvoient à des travaux académiques. La psychiatrie militaire notamment est un prototype du genre : voir en particulier Claude Barrois, *Psychanalyse du guerrier*, Paris, Hachettes, 1993 et Louis Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, O. Jacob, 1999 ou encore, plus récemment, Laurent Tatu, Julien Bogousslavsky, *La folie au front : la grande bataille des névroses de guerre, 1914-1918*, Paris, Imago, 2012.

⁷ L'histoire de la médecine se constitue dans les années 1970-1980 largement contre le monopole médical et hors de cette « spécialité » les questions de santé demeurent, jusqu'aux années 1990-2000, un non-lieu de la recherche dans bien des sous-espaces disciplinaires comme l'histoire coloniale ou l'histoire du travail pour ne prendre que ces deux exemples : voir Sylvain Bertschy, *La santé en Afrique, un objet d'histoire marginalisé ? Bilan et perspectives de recherches* (fichier audio en ligne) [<http://etudes-africaines.cnrs.fr/atelier/accueil-reseau-afrique-rencontres-audio-reseau-afrique-les-rencontres-2006-2006-etudes-africaines-etat-des-lieux-et-des-savoirs-en-france-etudes-sur-la-sante-en-afrique-bilan-et-perspective/>] ; voir Anne-Sophie Bruno, « Quelques perspectives sur les travaux récents en « santé et travail ». Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2 n° 2-3, p. 71-96.

dominée, un corps non-combattant, toujours en quête de reconnaissance et d'autonomie. Aussi, au delà des luttes internes passées sous silence, l'histoire produite par ses chefs a-t-elle d'abord et avant pour fonction de produire une identité de groupe, d'asseoir l'organisation et les pratiques sociales de l'institution, autrement dit de la légitimer.

Sous la plume de ses agents, l'histoire du service de santé en 14-18 s'inscrit toujours dans la durée - l'ancienneté étant en elle-même un gage de légitimité ; elle est un épisode à la fois dramatique et héroïque dans l'histoire pluriséculaire de l'institution. Elle est le récit épique de 52 mois de dévouement, d'innovations et de découvertes au service des « glorieux blessés ». Des mobilisations de blessés et malades dont on entrevoit les premiers linéaments dès l'hiver 1914-1915, elle ne souffle mot cependant, elle s'écrit sans eux. Elle ne dit rien non plus, ou presque rien, d'un évènement pourtant déterminant dans l'histoire sanitaire de la guerre : la création, en juillet 1915, d'un sous-secrétariat d'État au Service de Santé Militaire (SSESSM) qui se substitue à la 7^e direction du service de santé au ministère de la guerre et met en œuvre une politique de santé publique largement inédite⁸. Elle fait silence sur le fait pour le moins embarrassant qu'après 10 mois d'affrontements, la direction administrative de la santé militaire est dépossédée de la conduite sanitaire de la guerre au profit d'une direction politique confiée à un civil, parlementaire et dreyfusard qui plus est. L'histoire que racontent et se racontent les officiers du corps de santé est celle d'un service de santé auquel les élites politiques et militaires n'ont jamais donné les moyens (ou pas en temps voulu) d'être à la hauteur de l'évènement et qui, dès septembre 1914, se réforme, se réorganise, s'adapte et fait progresser la médecine. Le site internet du Service de santé des armées le résume encore aujourd'hui en ces termes :

« L'inadaptation aux conditions de la Grande Guerre est totale et le désastre sanitaire des premiers mois oblige le service de santé à procéder à une vaste réorganisation dès septembre 1914. Le triage médico-chirurgical naît. Il s'impose dans toutes les armées et son esprit se retrouve aujourd'hui dans la pratique civile des services d'aide médicale d'urgence⁹ ».

⁸ C'est le cas déjà dans l'incontournable somme du médecin-inspecteur Mignon : Alfred Mignon, *Le Service de santé pendant la guerre de 1914-1918*, 4 vol., Paris, Masson et Cie, 1916-1927. Très documentée, parfois critique et plutôt favorable à l'endroit du Sous-secrétariat de Godart, celle-ci n'en demeure pas moins une histoire quasi-officielle de la médecine militaire. C'est le cas également, près de quatre-vingts ans plus tard chez Larcan et Ferrandis (médecin militaire en retraite) dont l'ouvrage, qui date de 2008, occulte en bonne partie le rôle des réformateurs civils du sous secrétariat au service de santé militaire créé en juillet 1915. Voir Jean Jacques Ferrandis, Alain Larcan, *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, éditions LBM, 2008, p.175-179.

⁹ Voir le site du Service de santé aux armées : [<https://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/trois-cents-ans-d-histoire/trois-cents-ans-d-histoire>] (consulté le 10/09/2018). Voir aussi *Médecine et Armées*. Revue du Service de santé des armées, 2008/vol. 36, n° 5. [http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/IMG/pdf/MEA_T36_N5_Bdef.pdf] (Consulté le 6 septembre 2018).

Les travaux menés depuis les années 1990 ont amendé, remanié, révisé l'histoire du service de santé produite par ses agents sans pour autant parvenir, dans un premier temps au moins, à déconstruire les cadres d'interprétation produits par la médecine militaire. Nombre de ceux qui jusqu'alors avaient été tenus au silence eurent bien voix au chapitre, notamment dans la thèse de Jean-Pierre Fournier qui mobilise un grand nombre de « témoignages » d'infirmiers et d'infirmières, de médecins civils mobilisés et/ou de blessés etc., dont il cite des extraits nombreux sans toutefois qu'on sache toujours bien d'où ils parlent, ni pourquoi ils ont été retenus quand d'autres étaient écartés¹⁰. En dépit de cette faiblesse méthodologique, la thèse offre donc un premier contrepoint au discours hégémonique des médecins militaires et éclaire certains des clivages internes au SSM (notamment l'opposition entre cliniciens et tacticiens sanitaires), pointe les relations conflictuelles entre des médecins militaires tout puissants et des médecins civils mobilisés dominés, souligne le rôle essentiel des entrepreneurs en charité privée (sociétés de secours de la Croix Rouge) et les luttes incessantes qui les opposent au service de santé militaire de l'armée française avec lequel ils entretiennent des relations de coopération compétitive. La démarche, peu problématisée, reste toutefois très descriptive et Fournier ne pense jamais l'univers qu'il décrit comme un espace social structuré par les oppositions qu'il perçoit. La réflexion par ailleurs ne sort pas du cadre posé dès la guerre par les acteurs qui y ont participé. Le propos est très proche de celui de l'inspecteur Mignon – que Fournier a lu et qu'il cite - : l'histoire de la santé en guerre reste d'abord et avant tout celle d'un service de santé qui, plongé dans un univers dantesque, s'est transformé, adapté aux conditions de la guerre (de mouvement ou de tranchées) pour répondre au mieux aux besoins de l'armée et des blessés. Reproduire le discours des agents sur leurs propres pratiques et expériences ne suffit pas à faire rupture

Ce même cadre interprétatif est à l'œuvre chez Sébastien Perrolat¹¹ qui propose, dix ans plus tard (2006), une analyse très fouillée et systématique de l'évolution (au singulier) des techniques médico-chirurgicales et met en lumière le rôle de la guerre dans la genèse d'une chirurgie moderne, une chirurgie réparatrice qui fait du praticien un technicien du soin, une chirurgie d'urgence aussi, mobile et à laquelle la polypathologie de guerre impose de travailler en équipe. Si le propos, bien fondé empiriquement, s'entient à une analyse des pratiques, le positivisme de l'approche conduit là encore à naturaliser les mutations identifiées. Parce qu'il a cherché à comprendre « *comment, en*

¹⁰ Jean-Pierre Fournier, *Évolution du Service de Santé militaire français pendant la guerre de 1914-1918*, Thèse de doctorat d'histoire militaire, Jules Maurin (dir.), Université de Montpellier III, 2.vol, 1996. À ma connaissance c'est la première thèse d'histoire consacrée à la question.

¹¹ Sébastien Perrolat, *Le service de santé dans la tourmente de 1914-1918. Évolution de la prise en charge des blessés et des pratiques de soins*, Thèse de doctorat d'histoire contemporaine, Frédéric Chauvaud (dir.), Université de Poitiers, 2006.

fonction d'un certain nombre de contraintes, le Service de santé s'est adapté à une situation inédite et brutale », l'auteur ne s'est pas interrogé sur les dynamiques sociales au principe des transformations qu'il décrit ce qui l'a conduit à présenter en définitive la modernisation thérapeutique (pour ne pas dire les progrès) comme un produit des circonstances, comme une « évolution » relevant de l'ordre des choses. Qu'il s'agisse de l'essor de l'antisepsie, des « balbutiements » de la transfusion sanguine ou de l'institutionnalisation de la rééducation fonctionnelle, tout s'explique par les besoins nouveaux produits par la guerre. Les médecins civils mobilisés ont retrouvé là aussi une place dans le récit, mais c'est toujours la demande sociale de soins qui produit l'offre.

Si peu de travaux ont été menés entre ces deux thèses, *Les Gueules Cassées*¹² paru en 1996 aux éditions Noësis, a toutefois opéré un décalage significatif de l'angle d'approche en prenant pour objet le blessé et la blessure de guerre, la défiguration et son traitement social. L'histoire de ces « 10 000 à 15 000 hommes », c'est en premier lieu celle des structures médicales qui les prennent en charge, de l'évacuation à la salle d'opération, l'histoire aussi des pratiques médicales de reconstruction du visage dont Sophie Delaporte rappelle le caractère expérimental sans toutefois interroger les effets de la guerre sur la dynamique de spécialisation. L'ouvrage emprunte une autre direction en s'efforçant de saisir le long processus de subjectivation de la blessure et son traitement social (dans l'univers hospitalier, d'abord avec les familles, lors de la sortie ensuite). Il s'attache enfin à l'analyse des sociabilités entre « frères de souffrances » et montre, dans le sillage des travaux d'Antoine Prost¹³, que certaines se perpétuent à l'extérieur et débouchent sur la formation d'associations de soutien et de défense des droits de ceux qui s'auto-désignent comme des « gueules cassées » ou des « baveux ». Solidement documenté et pionnier par bien des aspects, l'ouvrage sert toutefois de point d'ancrage à des considérations bien plus larges : il s'agit de faire une histoire de la déshumanisation des corps et c'est précisément dans cette optique que le choix de prendre pour objet ces blessés « exceptionnels » a été fait. Touchés au visage - ce « lieu sacré de l'humanité » (d'après l'anthropologue David Lebreton dont se réclame l'auteure) - ils seraient les exemples les plus caractéristiques de la déshumanisation engendrée par la guerre industrielle¹⁴.

On retrouve cette même logique dans la thèse de doctorat que l'auteure soutient trois ans plus tard et dans laquelle elle s'attache à montrer combien la Grande Guerre a

¹² Sophie Delaporte, *Les Gueules cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre*, Paris, Noësis, 1996.

¹³ Antoine Prost, *Les Anciens Combattants et la société française, 1914-1939*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1977, chapitre 1 : « Les origines. Les associations de mutilés », p. 7-45.

¹⁴ C'est en tout cas de cette manière qu'elle le justifiait au début des années 2000. Le podcast de l'émission 2000 ans d'histoire consacrée au livre le 9 mai 2002 est très instructif de ce point de vue. Écouter en ligne [<http://blog-histoire.fr/2000-ans-histoire/2254-les-gueules-cassees.html>] (consulté le 03/08/2018).

transformé la perception de la blessure et de la maladie par le « *monde médical* »¹⁵. Pour l'auteure, l'industrialisation de la violence, et notamment le développement de l'artillerie, par le caractère inédit des délabrements qu'elle inflige aux corps des combattants, a suscité « *un bouleversement dans les attitudes médicales* ». C'est à peu de chose près, le schéma causal évoqué en tout début d'introduction (la nature des blessures explique, pour l'essentiel, la transformation des pratiques) et, plus largement, le cadre d'interprétation posé par les médecins-historiens dès la guerre : l'adaptation aux conditions de la guerre constitue le moteur du changement. Sophie Delaporte ne se retrouve pas pour autant « *dans le paradigme du progrès médical* » et montre à l'inverse que des techniques tombées en désuétude sont réutilisées et que les méthodes dominantes avant la guerre ont résisté à la diffusion, au demeurant très limitée, des innovations nées de la pratique médicale de guerre, innovations dont les médecins n'ont pas toujours su tirer parti après le conflit. C'est là un autre apport de ses travaux : ils montrent qu'innovations et progrès ne sont pas naturels et qu'ils sont à la fois l'objet et le produit de luttes et d'affrontements.

La question est au centre de son deuxième ouvrage paru en 2003 sous le titre *Les médecins dans la Grande Guerre*¹⁶, mais qui prend en réalité pour objet les controverses chirurgicales et médicales nées pendant (ou réactivées par) la guerre en se fondant pour l'essentiel sur l'étude de littérature médicale (revues et ouvrages). Elle identifie ainsi trois grands enjeux qui sont autant de lieux d'affrontements : opérer ou non les blessés de l'abdomen et si oui comment ? Conserver ou amputer les membres présentant un risque infectieux (qu'on redécouvre) ? Soigner ou déferer en conseil de guerre les simulateurs, ceux qui s'automutilent ou refusent les soins ? En restituant de manière très détaillée les débats et luttes qu'ils suscitent - entre « abstentionnistes et interventionnistes » notamment - l'ouvrage offre un éclairage sur les tensions et les injonctions contradictoires dans lesquels sont pris ces hommes. Il donne à voir la complexité du rôle social de médecin sous l'uniforme et lève le voile sur un aspect essentiel - sans vraiment en rendre compte - de l'expérience médicale de guerre : les controverses thérapeutiques sont aussi des luttes de position. Toute la question est alors de savoir comment on les explique. Or sur ce point, l'analyse pose problème. D'abord parce qu'elle envisage l'espace social de la médecine comme un monde en apesanteur sociale où tous les médecins sont des pairs ; elle évoque d'ailleurs toujours « le » monde médical ou « le » corps médical. De ce fait, elle ne se préoccupe pas de rapporter les discours à la position qu'occupent les locuteurs en temps ordinaire; elle ne précise pas ou peu d'où parlent ceux qui

¹⁵ Sophie Delaporte, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse de doctorat d'histoire, Stéphane Audoin-Rouzeau (dir.), Université de Picardie Jules Verne, 1999.

¹⁶ Sophie Delaporte, *Les médecins dans la Grande Guerre : 1914-1918*, Paris, Bayard, 2003.

s'affrontent. Et lorsqu'elle le fait, c'est uniquement sous l'angle de leur position militaire (mobilisés ou non, à l'Avant ou l'Arrière). Elle identifie alors une opposition entre les « jeunes médecins » de l'Avant et ceux, plus vieux, restés à l'arrière et en conclut que la « réalité de la guerre » (à laquelle sont confrontés les premiers), sa formidable capacité de « brutalisation », a mis à bas « l'imaginaire de guerre » des autorités médico-militaires. Sophie Delaporte ne s'étonne jamais de ce qu'une lecture même rapide de ses travaux fait vite apparaître : ceux qui prennent part aux controverses et dont on entend la voix appartiennent dans leur grande majorité à l'élite (future ou établie) du champ, ils sont tous hospitaliers, internes, universitaires ou « fondamentalistes ». En soi, ce n'est pas une surprise ni un problème, que pourrait-on trouver d'autres d'ailleurs dans les comptes rendus de la société de chirurgie ou de l'académie de médecine ? Le recours à ce type de sources ne fait pas problème en lui-même, elles sont par ailleurs incontournables. Mais ne rien dire des attributs sociaux de ceux qui parlent à travers elles et rapporter les prises de positions aux seuls enjeux thérapeutiques (comme s'ils se suffisaient à eux-mêmes) interdit de comprendre que les controverses médico-scientifiques sur l'amputation, la biologie des plaies de guerre ou l'étiologie des « troubles nerveux » sont aussi des luttes sociales et politiques, des luttes de position.

Les travaux de Sophie Delaporte s'inscrivent ainsi pleinement de l'entreprise de « culturalisation » de l'histoire la guerre initiée par les fondateurs de l'Historial de Péronne au début des années 1990, démarche qui met en scène l'exceptionnalité d'une guerre sidérante, obscure, dépassant l'entendement et dont il faudrait avant tout « retrouver » la violence dans ce qu'elle a de plus brutale pour bien comprendre en quoi elle fait rupture¹⁷. La lecture de l'introduction ne laisse aucun doute à ce sujet, il s'agit d'exemplifier la thèse de la « brutalisation » des sociétés européennes élaborée par l'historien américain George L. Mosse pour expliquer l'avènement « du » totalitarisme dans son pays de naissance (l'Allemagne), thèse importée de manière ô combien problématique dans l'historiographie de 14-18 par les auteurs de *Retrouver la guerre*¹⁸ qui présentaient eux-mêmes leur démarche, trois ans plus tôt, comme une entreprise de démolition¹⁹. Penser la médecine et la guerre est ainsi une manière d'entrer dans la question des violences de guerre pour rendre compte de leurs ressorts, de leurs supposés

¹⁷ Voir le manifeste publié par Annette Becker et Stéphane Audoin-Rouzeau, « Vers une histoire culturelle de la première guerre mondiale », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1994, vol. 41, n° 1, p. 5-8. Cette histoire culturelle de la guerre s'est cristallisée autour du Centre de recherche de l'Historial de Péronne si bien qu'on a pu parler d'« École de Péronne » bien que d'École il n'y eut guère.

¹⁸ Stéphane Audoin-Rouzeau, Annette Becket, *14-18, retrouver la guerre*, Paris, Gallimard, coll. Bibliothèque des histoires, 2000.

¹⁹ Stéphane Audoin-Rouzeau, Annette Becket, « Violence et consentement : la "culture de guerre" du premier mondial » dans Jean-Pierre Rioux et Jean-François Sirinelli (éd.), *Pour une histoire culturelle*, Paris, Seuil, 1997, p.253.

effets anthropologiques et politiques et réviser l'histoire de la guerre sous cet angle²⁰. Or sur ce point, l'approche culturaliste renvoie à des logiques interprétatives que j'avais déjà débattues et critiquées à l'occasion d'un travail antérieur sur les violences des guerres de conquêtes coloniales²¹, en particulier l'idée que les représentations président aux pratiques, laquelle autorise, en retour, à inférer les premières des secondes. C'était notamment le cas chez Olivier Le Cour Grandmaison²² pour qui les violences coloniales s'expliquent en premier lieu par le racisme des colonisateurs (et l'animalisation de l'ennemi, thème omniprésent dans l'historiographie de 14-18) quand j'y voyais plutôt le produit d'une rationalité pratique militaire qui pouvait d'autant mieux s'exprimer que la spécificité de la « situation coloniale » (faible contrôle institutionnel et encouragements politiques) le permettait²³. Étroitement liée au « retour de l'acteur » (ou du sujet) dans les sciences sociales, le tournant culturaliste dans l'historiographie de 14-18 véhicule les mêmes schémas interprétatifs : pénétrés de patriotisme, de germanophobie et convaincus de mener une guerre défensive (donc légitime) au service de la civilisation, les soldats mobilisés auraient « tenu » et consenti à ces 52 mois de guerre. Les causes mentales déterminant l'action, c'est donc la haine de l'ennemi qui dans ce schéma explique les violences. Patriotisme, haine et sentiment de légitimité constitueraient alors une « *culture de guerre* » dont les violences (qu'elle explique) attesteraient *in fine* l'existence. Dans ce raisonnement circulaire²⁴ l'individu est un citoyen libre et responsable qui pense ses actes à chaque instant et consent à la violence et à la guerre²⁵. Les sciences sociales ont depuis

²⁰ Stéphane Audoin-Rouzeau n'en fait d'ailleurs pas mystère. Présentant le champ de recherche et les travaux de son élève à l'occasion de 2e journée d'étude de l'association « Guerre et médecine » (co-fondée en outre par S. Delaporte et lui) il affirme que : « L'exemple de la Première Guerre mondiale est ici très probant. Une approche empruntant les chemins de la médecine de guerre prend bien mieux la mesure, notamment, de la dimension non pas seulement quantitative de la violence de combat, mais aussi sa dimension qualitative [...] les travaux de Sophie Delaporte l'ont très bien montré [...] l'approche de la Grande Guerre peut sortir transformée par l'approche médicale (sic). Celle-ci peut lui donner – et a déjà commencé à lui donner – une profondeur nouvelle. Elle a contribué au passage d'une certaine forme d'histoire à une autre ». Voir en ligne : [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-guerre-journee2004-xooaudoin.pdf>], (consultée le 07/08/2018).

²¹ Sur la question plus large de la proximité des enjeux et des questions de recherches dans ces deux espaces historiographiques voir Julien Mary, « Quand deux historiographies dialoguent. Fait colonial et fait guerrier: Algériens et Français au miroir de la Grande Guerre », chap.7, dans Frédéric Rousseau (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, Outremont (Québec), Athéna, 2014, p. 239-283.

²² Olivier Le Cour Grandmaison, *Coloniser. Exterminer. Sur la guerre et l'État colonial*, Paris, Fayard, 2005.

²³ Sylvain Bertschy, « Des "dérapages" et de la guerre coloniale. Le cas du Soudan français : une économie de la soumission par la terreur (1878-1894) », dans Frédéric Rousseau, Burgart Schmidt (dir.), *Les dérapages de la guerre du XVI^e siècle à nos jours*, Hambourg, DOBU Verlag, 2009, p.107-119.

²⁴ Remarquablement mis en évidence dans l'article - décisif dans la structuration de la controverse – de Nicolas Mariot, « Faut-il être motivée pour tuer », *Genèses*, 2003/n°53, p. 154-177.

²⁵ Cette lecture du conflit s'est heurtée dès le départ à des analyses contradictoires : Frédéric Rousseau, *La Guerre censurée : une histoire des combattants européens de 14-18*, Paris, Seuil, 1999 et elle a suscité de nombreuses critiques portées notamment par Remy Cazals : « Oser penser, oser écrire », *Genèses*, vol.46/2, 2002, p. 26-43 et Frédéric Rousseau : « « Consentement ». Requiem pour un mythe « savant » », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 2008, vol. 91/3, p. 20-22. URL [<https://www.cairn.info/revue-materiaux-pour-l-histoire-de-notre-temps-2008-3-page-20.htm>]. Tous deux ont participé de la création, en 2005, du

longtemps décapé les fondements de ce mythe du citoyen libre et autonome qui, dans le cas des études sur la guerre, tient uniquement parce que, dans le *no man's land* culturaliste, il n'y a plus rien entre l'individu et la culture au principe de ses actes, ni groupes sociaux ni socialisation, ni institutions ni pouvoir politique²⁶. Il en résulte une déliaison, pour le moins problématique, entre l'histoire de la (médecine en) guerre et l'histoire de l'État à laquelle les travaux évoqués *supra* ont en partie contribué.

Lorsqu'à l'été 1914, les sociétés européennes sont brusquement saisies par la guerre, c'est pourtant bien l'État qui est l'opérateur de leur mise en guerre. C'est en son nom que s'opère une « mobilisation » des corps, des esprits et des ressources économiques et sociales aussi gigantesque qu'inédite. À cette date, nul ne pouvait toutefois prévoir qu'environ 65 millions d'hommes venus de toute l'Europe et des colonies, du Commonwealth et des États-Unis, s'affronteraient, pendant 51 mois, des Flandres à la frontière austro-italienne et de la Baltique aux Dardanelles²⁷. Nul ne pouvait non plus prévoir que le conflit couterait la vie à près de 10 millions d'entre eux (et presque 9 millions de civil.es) que 21 millions d'hommes - dont un tiers de « mutilés »²⁸ - sortiraient marqués *ad vitam* dans leurs chairs ou leur psyché par quatre ans de vie militaire et de combats et que ces derniers laisseraient derrière eux 8 millions d'orphelins et 4 millions

Collectif de recherche international et de débat sur la guerre de 1914-1918 (CRID 14-18) qui s'est en partie constitué en réaction à cette histoire culturelle de la guerre, qui expliquait la durée du conflit par le « consentement patriotique ». Voir les premiers travaux collectifs du CRID: Rémy. Cazals, Emmanuelle. Picard, Denis. Rolland (dir.), *La Grande Guerre : pratiques et expériences*, Toulouse, Privat, 2005 ; André Loez, Nicolas Mariot (dir.), *Obéir-désobéir: les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La Découverte, 2008. Voir, tout récemment, Frédéric Rousseau, *14-18, penser le patriotisme*, Paris, Gallimard, Folio Histoire (n°227), 2018.

²⁶ Sur cette histoire culturelle de la guerre et les débats qui l'ont opposée au CRID 14-18, voir François Buton, André Loez, Nicolas Mariot et Philippe Olivera, *1914-1918 : retrouver la controverse - La Vie des idées*, [<http://www.laviedesidees.fr/1914-1918-retrouver-la-controverse.html>], (consulté le 23 octobre 2016). Sur la philosophie sociale qui sous-tend la démarche culturaliste voir Philippe Olivera, « Histoires de violences et violence (sociale) de l'histoire » dans François Buton, André Loez, Nicolas Mariot et Philippe Olivera (dir.), *L'ordinaire de la guerre*, Marseille, Agone, 2014/n°53, p. 11-36. Sur l'ouvrage lui-même et ses apories voir Blaise Wilfert-Portal « Aux sources d'une histoire controversée : une lecture de *14-18 Retrouver la guerre* de Stéphane Audoin-Rouzeau et d'Annette Becker », dans *Ibid.* ; voir aussi les pages que lui consacre Nicolas Mariot dans *Tous unis dans la tranchées. 1914-1918, les intellectuels rencontrent le peuple*, Paris, Seuil, 2013, p. 388-391.

²⁷ Chiffres donnés dans le dossier « guerre-14-18-une-population-transformée » du Journal du CNRS, voir (en ligne) : [<https://lejournald.cnrs.fr/infographies/guerre-14-18-une-population-transformee>]. On trouve 67 millions dans Jean-Louis Robert (dir.), *Histoire contemporaine*, Tome 2, Le XX^e siècle, Paris, Bréal, 1995, p.169-171 et un chiffre nettement supérieur - 74 millions - dans Jay Winter, *The Great War and the British people*, Cambridge, Harvard University Press, 1986 ; ce décompte maximaliste est repris dans Stéphane Audoin-Rouzeau, Jean-Jacques Becker, *Encyclopédie de la Grande Guerre*, Paris, Fayard, 2004.

²⁸ Voir Gildas Bregain « Un problème national, interallié ou international ? La difficile gestion transnationale des mutilés de guerre (1917-1923) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2016/1, n° 9, p. 110. Il donne le chiffre de 6 à 7 millions de mutilés pour l'ensemble des pays belligérants ce qui correspond au chiffre plancher (7 millions) avancé en 1923 par les experts du Bureau International du Travail. Voir Internationales Arbeitsamt: Die Arbeitsfürsorge für Beschädigte (Sachverständigenzusammenkunft auf dem Gebiete der Arbeitsfürsorge für Beschädigte), Geneva 1923, p. 13.

de veuves²⁹. Pour la France, on évalue aujourd'hui à 1,4 million le nombre minimum de morts et disparus³⁰ (sans estimation maximale) à 680 000 celui des veuves, à 760 000 le nombre d'orphelins et à 650 000 celui des ascendants ayant perdu leur soutien³¹. Bien supérieur à celui des morts, le chiffre des blessés et malades est aussi moins évident à saisir tant il est difficile de distinguer le nombre de blessés du nombre de blessures. Un consensus s'est établi autour 3,2 millions (entre 2,8 pour les estimations les plus basses, environ 3,4 millions pour les plus hautes) dont 1 à 1,2 millions d'hommes reconnus comme atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 10%, parmi lesquels 300 000 « mutilés ». Le « bilan des pertes » outre qu'il impose de présenter des flux sous la forme d'un stock (les chiffres sont en réalité en constante évolution) est par ailleurs loin d'épuiser la réalité sociale de ces années. Dans les dix départements de la zone des combats, environ 2 millions de personnes ont tout quitté et retrouvent, pour celles et ceux qui reviennent, des villages rasés et des terres incultivables, dont les coûts de dépollution favorisent la concentration et entraînent un déclassement par le bas des petits propriétaires terriens qui les cèdent pour une valeur très faible³². Au total, à la fin du conflit, si tant est qu'on accepte un tel artefact comptable, on peut considérer qu'environ 5 à 7 millions d'individus se trouvent dans « l'incapacité », totale ou partielle, de subvenir eux-mêmes à leurs besoins et viennent renforcer les contingents de ceux et celles qui peinent à se procurer les ressources matérielles nécessaires à leur subsistance. En d'autres termes et bien qu'on ne puisse en donner une mesure précise, la Grande Guerre entraîne une extension des zones de vulnérabilité sociale, elle exacerbe la « question sociale » qui se pose, dès 1914, de manière plus intense et plus complexe.

En France, comme chez les autres belligérants, nul n'avait prévu l'ampleur des bouleversements sociaux induits par la guerre³³, ni anticiper que ceux-ci mettraient à

²⁹ Sur le nombre de morts, blessés, veuves et orphelins, voir les travaux mentionnés *supra*. Pour la France et sur la difficulté des opérations de dénombrements voir Antoine Prost, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918 », *Le Mouvement Social*, 2008/1 (n° 222), p. 41-60. DOI 10.3917/lms.222.0041.

³⁰ La réévaluation à laquelle a procédé Antoine Prost en 2008 intègre ceux qui sont « morts pour la France aux combats ou des suites de leurs blessures » (et reconnus comme tels) soit environ 1 325 000 hommes (qu'on retrouve dans la base de données du site « Mémoire des hommes ») et 70 000 morts de maladie qui sont décédés après avoir été libérés de leurs obligations militaires.

³¹ Antoine Prost, « I. Démographie : anciens combattants et victimes de guerre dans la population française », dans *Les anciens combattants et la société française 1914-1939. Tome 2 : Sociologie*, sous la direction de Prost Antoine. Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Académique », 1977, p. 13. [<https://www.cairn.info/les-anciens-combattants-et-la-societe-francaise-19--9782724603915-page-1.htm>].

³² Voir Stéphane Bedhome, *Reconstruire le Chemin des Dames (1919-1939)*, Thèse de doctorat d'histoire, Frédéric Rousseau (dir.), Université Paul Valéry Montpellier, 2012.

³³ Sur l'absence d'anticipation voir, entre autres, Patrick Fridenson (dir.), *1914-1918, l'autre front*, Paris, Éditions Ouvrières, 1977 ; Richard Wall et Jay Winter (eds), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe, 1914-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986 ; Roger Chickering, Stig Forster (éd.), *Great War, Total War: Combat and Mobilization on the Western Front, 1914-1918*, Cambridge

l'épreuve les fondements mêmes de la légitimité de constructions étatiques parfois pluriséculaires et qu'elle déboucherait sur leur disparition (les trois empires : Russie, Autriche-Hongrie, Empire Ottoman) et/ou sur de profondes transformations des modes de légitimation de l'ordre politique dans les états nationaux. Qu'elles portent sur l'approvisionnement (en biens de première nécessité), l'organisation du travail et les politiques de main d'œuvre, sur la gestion du risque professionnel ou sur l'emploi (des veuves et des mutilés notamment) et le logement (des populations évacuées en particulier), sur la lutte contre les épidémies ou la prise en charge des victimes militaires ou civiles de la guerre (invalides, orphelins, veuves), tous les belligérants, quel que soit leur régime politique - les puissances d'Europe centrale comme l'Allemagne, l'Autriche ou la Tchécoslovaquie et les États victorieux comme les États-Unis, la Grande-Bretagne, la Belgique, l'Italie et la France - ont élaboré et mis en œuvre, pendant la guerre elle-même et immédiatement après elle, avec d'inégales réussites et selon des modalités différenciées, des politiques visant à endiguer, limiter, contrer les effets économiques, sociaux et sanitaires délétères de la guerre. Légitimées sur le double registre de la nécessité et de l'urgence militaire et politique – il fallait gagner la guerre (donc réussir « l'effort de guerre ») et assurer la paix intérieure (endiguer freinage, désobéissance, contestation sociale et, parfois, menace révolutionnaire) - ces politiques publiques, éphémères ou pérennes, interrogent quant aux effets de la Grande Guerre sur le processus de construction de l'État social.

Ce que la Guerre fait à l'État Social

Dire que la guerre génère des bouleversements sociaux suppose en effet de préciser quel ordre social se trouve bouleversé, de savoir où en est la protection sociale en 14 et quel rôle y joue l'État ?

Lorsqu'ils entrent en guerre en 1914, les États – qu'on peut définir comme des espaces sociaux composés d'un ensemble d'offices, de charges et d'institution attachés aux pouvoirs exécutifs et spécialisés dans la captation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de leurs décisions et à leur pérennisation - n'ont jamais été aussi puissants pour ce qui concerne le monde atlantique. Le début du XX^e siècle hérite en cela de plusieurs décennies de montée en puissance des institutions étatiques ou d'étatisation. Liée de manière circulaire avec la guerre, intérieure et extérieure, et la conquête impériale, l'État moderne se construit sur l'essor d'un appareil militaro-fiscal centralisé³⁴. La révolution

University Press, 2000 ; John Horne, *State, society and mobilization in Europe during the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

³⁴ Voir notamment Charles Tilly, *Contrainte et capital dans la formation de l'Europe: 990-1990*, Paris, Aubier Histoires, 1992 (1990), Peter Mathias et Peter O'Brien, «Taxation in Britain and France 1715-1810: a

libérale anglaise et française et la période de paix inaugurée par le Congrès de Vienne (1815) ouvre une ère marquée par un net recul du poids social, économique et réglementaire de l'État qui pour l'essentiel se caractérise alors par ses seules fonctions régaliennes traditionnelles : la police, la guerre, l'élaboration de lois et des règlements, la justice, la fabrication de la monnaie, la levée d'impôts ; autant d'activités sociales dont la monopolisation constitue le moteur de sa construction historique. À partir des années 1860-1870, les structures étatiques connaissent, dans les sociétés nord-atlantiques, un nouvel essor. Le processus de formation de ce que Charles Maier a appelé le « Léviathan 2.0 »³⁵, correspond cette fois à trois phénomènes étroitement solidaires au principe d'une transformation profonde des formes de la domination étatique³⁶ : la bureaucratisation de l'appareil d'État, la nationalisation de la société et la collectivisation de nouveaux biens sociaux.

L'appareil d'État se bureaucratise au sens où l'entend Weber : sa direction administrative s'autonomise par l'élaboration et la mise œuvre de règles juridiques précises régissant l'accès aux emplois et charges publics qui lui permettent de se différencier de plus en plus du « privé ». Mais la bureaucratisation n'est pas le produit d'une rationalisation de l'administration venue « d'en haut », elle est résulte de rapports de force et de luttes politiques opposant différents groupes sociaux qui cherchent à participer du travail de domination (les gens de guerre et les juristes d'abord mais aussi les médecins, les professeurs, les ingénieurs etc.) en investissant ce qui devient peu à peu la fonction publique³⁷. La formation de cet espace social spécialisé dans la mise en administration de la société (le « champ bureaucratique ») et le travail visant à sa légitimation se réalisent ainsi, et plus largement, par la collusion d'intérêts entre des corps d'État mus par l'extension de leur contrôle, de leur prérogatives et des groupes sociaux mobilisés, faisant appel au pouvoir symbolique de l'État ou à sa capacité d'intervention (capital d'État) afin d'institutionnaliser leur position, de garantir leur activité ou de

comparison of the social and economic incidence of taxes collected for the central government», *Journal of European Economic History*, 5, 1976, p. 601-650 et John Brewer, *The Sinews of Power. War, Money and the English State, 1688-1783*, London, Routledge, 1989.

³⁵ Par contraste avec ce premier âge de l'État militaro-fiscal (Léviathan 1.0), Charles Maier intitule son chapitre « Léviathan 2.0 » dans Emily Rosenberg (ed.), *A World Connecting, 1870-1945*, Cambridge (Mass.), p. 27.

³⁶ Entendue comme une forme du pouvoir politique qui s'exerce avec d'autant plus d'efficacité qu'elle repose sur un travail de légitimation qui la naturalise, l'a fait passer aux yeux des gouvernés comme naturelle, normale, légitime. En ce sens la domination c'est « ce rapport très général par lequel des groupes d'individus parviennent à rendre dépendants d'autres groupes et à leur faire accepter, voir désirer l'inégalité de positions, de statuts et de ressources qui profitent aux premiers » (Jacques Lagroye, Bastien François, Frédéric Sawicki, *Sociologie Politique*, Paris, 2006, Presse de Science.Po, 5^e éd. p 37).

³⁷ Sur ce point voir la synthèse de Luc Rouban, *La Fonction publique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2004.

codifier la concurrence avec leurs rivaux³⁸. Si le succès de l'État moderne a partie liée avec sa capacité à résoudre ces conflits, la dynamique de socialisation du travail de domination et les luttes politiques qu'elle engendre pour capter les postes et les places « de serviteurs de l'État » permettent aussi de voir la bureaucratisation comme un mécanisme d'intéressement à l'État.

En voie de bureaucratisation, l'État se transforme également en élargissant ses domaines d'action civile³⁹ aux réseaux de communication physique et symbolique, évolution au principe de la « nationalisation » des sociétés nord-atlantiques. En France, cette étatisation au nom de la nation - ce processus de socialisation au fait national - se réalise par exemple à travers l'unification géographique et linguistique qu'opèrent –non sans résistance- les réformes de l'armée (la généralisation de la conscription, lois de 1872, 1889 et 1905) et de l'instruction publique (lois Ferry 1881-1882) ou encore le plan (chemin de fer) de Freycinet de 1878, autant de mesures qui participent d'une intensification des liens à distances. Au terme de ces décennies d'expansion et de transformation, avec bien sûr des succès contrastés, l'État est doublement transformé : il est en capacité de saisir et rendre mobiles des ressources à une échelle inédite d'une part, de modeler en profondeur la vie quotidienne de ses sujets d'autre part. La puissance publique peut désormais réaménager une partie des dynamiques sociales, assigner aux individus des identités⁴⁰ et territorialiser le lien social au point de « naturaliser » le pouvoir d'État par la fiction des « sociétés » nationales ou « nations »⁴¹. Et cette « colonisation [par l'État] du monde vécu »⁴² s'opère également à travers un élargissement des prérogatives étatiques à la régulation des rapports sociaux dans la société industrielle.

Souvent présentée comme une réponse à la montée des tensions sociales résultant de la révolution industrielle et de l'urbanisation - qui se concrétisent avec l'émergence des mouvements ouvriers et d'une nouvelle forme de conflictualité sociale (lutte des

³⁸ Dans la lignée des travaux de Max Weber (*Économie et société* et *La Domination*) et de Norbert Elias (*La dynamique de l'Occident*), Pierre Bourdieu analyse la sociogenèse de l'État moderne comme un processus d'accumulation de capitaux multiples dont il acquiert progressivement le monopole (monopole de la violence physique légitime, monopole fiscal et d'émission de la monnaie, monopolisation des sources d'information via par exemple la statistique). Voir en particulier Pierre Bourdieu, « Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1993/ n°96-97, p 49-62 et « De la maison du roi à la raison d'État. Un modèle de la genèse du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1997/n°118, p. 55-68.

³⁹ Michael Mann, *The Source of social power. The rise of classes and nation-states, 1760-1914*, volume 2, Londres, Cambridge University Press, 1986, notamment le chapitre 14 ; Christopher Alan Bayly, *La Naissance du monde moderne, 1780-1914*, Paris, Éditions ouvrières, 2006 (2004) ; Sandrine Kott, *L'État social allemand: représentations et pratiques*, Paris, Belin, 1995.

⁴⁰ Gérard Noiriel, *État, nation et immigration vers une histoire du pouvoir*, Paris, Belin, 2001.

⁴¹ Michael Mann, *Sources of social power, op. cit.*, p 505 et suivantes.

⁴² Empruntée au philosophe Jürgen Habermas par Gérard Noiriel (*État, nation et immigration vers une histoire du pouvoir*, ouvr.cité) l'expression désigne en ce sens le fait que la vie quotidienne se trouve colonisée par la rationalité instrumentale qui, pour Weber, est au cœur du processus de bureaucratisation.

classes)⁴³ - , l'intervention de l'État dans les domaines du travail (lois sur le travail des enfants et des femmes de 1841 et 1874), de la bienfaisance (création de la direction de l'assistance publique, 1886) et de la santé (assistance médicale gratuite 1893) doit aussi se comprendre comme le résultat d'un processus au long cours de « collectivisation » de différents biens sociaux (santé, éducation, logement, assistance) qui renforce les interdépendances et les solidarités entre les individus et dont les linéaments s'inscrivent dans l'histoire des corporations d'Ancien Régime (abolies en 1791)⁴⁴. Or ce processus concerne particulièrement la protection sociale, entendue dans le double sens (extensif) de dispositifs de « *réduction et de socialisation des incertitudes de l'existence* » et de « *protection contre des risques socialement identifiés et individuellement perçus* » (se protéger, être protégé)⁴⁵, mais également comme un ensemble de mécanismes de régulation des rapports sociaux et de contrôle social (le « gouvernement de la misère et des classes dangereuses »). Dans la France du 2nd Empire et de la Belle époque, la « protection sociale » est un monde polymorphe, pléthorique et segmenté, un paysage complexe que l'on peut dessiner en distinguant deux grands régimes de « protection » : ceux qui relèvent de la « prévoyance libre » et les formes de protection solidaires ou mutualisées⁴⁶. En gardant à l'esprit cette logique de différenciation il est aussi possible de présenter la protection sociale au XIX^e siècle comme un secteur d'activité se structurant autour de quatre pôles en partie autonomes : la prévoyance libre et individuelle, la prévoyance collective (sociétés de secours mutuels), le secteur (privé et public) de la bienfaisance publique et l'assurance.

Dans un pays encore largement rural, à l'économie villageoise forte⁴⁷, qui ne s'est pas industrialisé avec la même intensité que l'Allemagne ou l'Angleterre⁴⁸, la prévoyance libre prime. Parce qu'elle correspond à la fois à la structure des intérêts économiques des fractions dominantes de la société de la Belle époque (elle est fondée sur la rente, la propriété foncière, et les placements immobiliers ou mobiliers, actions et titres étrangers)

⁴³ C'est notamment le schéma explicatif mobilisé dans la grande majorité des manuels d'histoire et de science politique destinés aux premiers cycles.

⁴⁴ Abram de Swaan, *Sous l'aile protectrice de l'État*, traduit par Laurent BURY, Paris, Presses universitaires de France, 1995.

⁴⁵ Voir l'ouvrage éponyme : Michel Dreyfus, Vincent Viet, Daniel Voldman, *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Rennes, PUR, 2006, p.19.

⁴⁶ Sur les logiques de ce mode de classement voir *Ibid.*, p. 19.

⁴⁷ Voir les travaux de Claire Lemerrier et Paul André Rosental sur les migrations dans le bassin du Nord qui correspond pourtant au modèle de « l'exode rural » : Claire Lemerrier, Paul-André Rosental, « Les migrations dans le Nord de la France au XIX^e siècle : Dynamique des structures spatiales et mouvements individuels. Nouvelles approches, nouvelles techniques en analyse des réseaux sociaux », Mars 2008, Lille, France. <halshs-00319448>.

⁴⁸ Pour une synthèse des travaux et des débats sur la voie française de l'industrialisation, voir Emmanuel Fureix, François Jarrige, *La Modernité Désenchantée. Relire l'histoire du XIX^e siècle français*, Paris, La Découverte, coll. écriture de l'histoire, 2015 ; en particulier le chapitre 2 « Les voies sinueuses de la modernisation », p.68-84.

- et aux valeurs promues par elles (responsabilité individuelle, prévoyance par l'épargne), la prévoyance libre est de loin le modèle de protection le plus légitime. Il est celui des professions juridiques (avocats, notaires, avoués, magistrats, professeurs de droit) des fractions intellectuelles (artistes, hommes de lettres, journalistes, médecins, pasteurs, professeurs du secondaire et d'université, rabbins, vétérinaires), des hauts fonctionnaires et des politiques (parlementaires, hauts fonctionnaires des ministères et des Grands corps, officiers supérieurs) et des fractions possédantes (rentiers, grands marchands, banquiers, industriels et entrepreneurs).

Pour les classes populaires en revanche, la réduction des « incertitudes de l'existence » s'opèrent via deux types d'institutions qui peuvent partiellement se confondre : la mutualité de secours, institution placée sous le double contrôle des patrons et des autorités publiques, et la mutualité ouvrière de prévoyance, qui concerne d'abord les métiers qualifiés des centres urbains. Rassemblées sous le vocable plus générique de sociétés de secours mutuels, elles apparaissent en France à la veille de la Révolution et dans la première partie du XIX^e siècle elles se construisent largement sans l'État qui les tolère et les surveille sans les soutenir, sauf dans certains secteurs d'activités stratégiques⁴⁹. Si elles prennent d'abord en charge les conséquences de « l'invalidité » (sans distinguer forcément l'accident de la maladie), elles sont fondées sur la prévoyance volontaire et constituent un premier mais mince filet de protection.

Sans remettre en cause la prévoyance individuelle qui correspond parfaitement à la politique sociale libérale qu'elles mènent, les autorités impériales reconnaissent officiellement les caisses de secours, d'épargne et autres sociétés de prévoyance. Mieux, le décret du 26 mars 1852 définit un type nouveau de sociétés, les « sociétés approuvées » auquel le pouvoir - qui cherche à drainer l'épargne des fractions supérieures des classes populaires et de la petite bourgeoisie pour financer les infrastructures du pays - accorde des avantages substantiels. Alors que les notions de « travail » et « d'économie sociale » se précisent et se fixent dans les congrès internationaux et que nombre de pays européens créent des organes de contrôle (offices et bureaux du travail etc.)⁵⁰, les libéraux-sociaux

⁴⁹ Le chemin et de fer et les mines en particulier dont les régimes de protection présentent de nombreuses similitudes en dépit de leur chronologie différente. Voir Jean-Louis Escudier, « De la mutualité à la solidarité nationale : la protection sociale et sanitaire des salariés des mines 1773-2006 », *Cahier d'histoire de la sécurité sociale*, 2009, n°5, p. 19-200. Jean-Louis Escudier, « Les ingénieurs du corps des Mines et l'évolution de la sécurité du travail minier aux XIX^e et XX^e siècles », *Annales des Mines - Réalités industrielles* 2011/1 (Février 2011), p. 52-59. DOI 10.3917/rindu.III.0052.

⁵⁰ Isabelle Moret-Lespinet, *L'Office du Travail, 1891-1914. La République et la réforme sociale*, Rennes, PUR, coll. Pour une histoire du travail, 2007. Voir en particulier le chapitre 2 « Une création dans l'air du temps », p. 42-55.

républicains⁵¹ perçoivent le potentiel politique d'une réorganisation de la mutualité : « école de la vertu civique » (prévoyance) elle pourrait devenir un rempart à l'État Providence (*i.e.* à l'obligation de protection) ce qui justifie que l'État intervienne – en levant le carcan réglementaire mis en place sous Napoléon III – pour ne plus avoir à intervenir⁵². C'est le sens de la Charte de la Mutualité votée le 1^{er} avril 1898 - qui reconnaît des sociétés de trois types - libres, approuvées et reconnues d'utilité publique – auxquelles elle accorde des prérogatives bien plus larges et le droit se fédérer, de s'organiser au niveau départemental et national. Toujours fondée sur une logique territoriale, la mutualité s'articule alors parfaitement avec le système politico-administratif de la III^e République. Elle permet aux élus et notables locaux de constituer ou de fidéliser des clientèles politiques et elle leur offre également des positions d'attente ou de secours qui leur permettent de survivre en politique.

Mais la loi du 1^{er} avril 1898 ne peut se comprendre sans rappeler qu'elle est votée 8 jours à peine avant l'adoption d'un autre texte considéré comme fondateur dans la construction de l'État social français : la loi sur l'assurance contre les accidents de travail du 9 avril 1898. Cette dernière dont François Ewald a analysé la genèse et dont il considère qu'elle est au principe de l'institutionnalisation du « paradigme assurantiel » fait rupture parce qu'elle renverse l'imputabilité : en cas d'accident l'ouvrier n'a plus à démontrer qu'il n'a pas fauté. Pour autant, elle ne rend pas l'assurance obligatoire. En reportant la responsabilité sur le patronat, elle produit une insécurité financière (comme anticiper les condamnations et les dommages afférents) suffisamment incitative pour que les patrons qui n'étaient pas encore assurés (la moitié environ) le fassent. Mais le compromis qu'elle institue, quoique fondé sur la théorie du risque professionnel (le patron est responsable de la sécurité de son personnel) ne va pas jusqu'au bout de la logique puisque la réparation est forfaitaire (et non intégrale) ce qui revient à partager le coût du risque entre l'ouvrier et le patron alors que celui-ci est théoriquement responsable. Les deux textes votés en avril 1898 entérinent en outre un partage peu favorable à la mutualité qui obtient la gestion du « risque maladie » quand les compagnies privées d'assurance obtiennent, elles, le marché du « risque accident », bien moins complexe à gérer parce que beaucoup plus prédictible dans ses évolutions. Par ailleurs, s'il y a bien, dans les deux cas, socialisation d'un risque, il n'y a pas obligation d'assurance mais de réparation.

⁵¹ Pour comprendre comment la notabilité se reconfigure sous la République voir Jean-Louis Briquet, *Notables et processus de notabilisation dans la France des XIX^e et XX^e siècles* : (consulté en ligne le 26/08/2018) [<https://www.politika.io/fr/notice/notables-processus-notabilisation-france-xixe-xxe-siecles>].

⁵² Michel Dreyfus, Vincent Viet, Daniel Voldman, *Se protéger, être protégé*, ouvr.cité, p.28.

L'obligation assurantielle s'impose avec le vote de la loi sur les Retraites Ouvrières et Paysannes (Loi ROP, le 5 avril 1910) qui institutionnalise la logique interventionniste en matière sociale. Cette législation constitue l'aboutissement politique d'un long processus intellectuel et social – engagé depuis le milieu du XIX^e siècle – au terme duquel, la question de la vieillesse ouvrière et des liens entre âge et vulnérabilité sociale et sanitaire devient, dans les années 1880, un problème politique légitime et une catégorie d'intervention publique⁵³. Votées au terme de 30 ans de luttes et de conflits, les ROP se concrétisent dans un format minimaliste : leur périmètre d'application - qui aurait pu concerner jusqu'à 18 millions de personnes – est restreint à 7 millions de bénéficiaires potentiels. En réalité 2,5 millions d'ouvriers et de paysans, au plus, furent couverts. Il faut préciser en outre que la loi n'inaugure pas le principe de l'obligation, car il existe depuis plusieurs décennies une multitude de régimes « spécifiques »⁵⁴ fondés sur l'obligation et protégeant de « la vieillesse ».

La bureaucratie fonctionnant comme un mécanisme de régulation des intérêts sociaux, « l'État patron » met alors en œuvre des formes de protection obligatoire pour ses « serviteurs ». Les premières pensions ont d'ailleurs été créées à l'initiative de l'État et intéressent les plus précieux de ses agents, ceux des armées et de la marine royales. Les inscrits maritimes et leur famille bénéficient en effet très tôt (dès la fin du XVII^e) d'un régime de « faveurs » qui constitue le socle de leur protection jusqu'à la fin du XIX^e siècle (1896)⁵⁵. Avant même les fonctionnaires, qui bénéficient d'un droit à la retraite en 1853 (loi du 9 juin)⁵⁶, les agents de la banque de France (1808) et les militaires de l'armée de terre et de la Marine (1831) peuvent prétendre, sous condition, faire valoir un droit à la retraite (qui par dérivation couvre aussi l'inaptitude liée à l'invalidité). C'est le cas aussi dans certains hôpitaux, où chez les agents des chambres de commerce et des ports autonomes comme chez les agents départementaux. C'est encore le cas pour les cheminots et les mineurs. À la veille de la guerre, 200 000 mineurs et autant de cheminots, 300 000 fonctionnaires et 100 000 ouvriers d'État sont affiliés à des institutions de prévoyance collectives à caractère obligatoire et qui peuvent être territorialisées, sectorielles, « professionnelles » ou « interprofessionnelles ». Au total, on

⁵³ Sur la question des modalités historiques de construction de la « vieillesse » en catégorie d'action publique voir Christophe Capuano, *Que faire de nous vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Science-Po les presses, 2018.

⁵⁴ On les appellerait aujourd'hui « spéciaux » mais la notion s'oppose à celle de « régime général » et un tel régime n'existe pas sur la période considérée ici.

⁵⁵ Patrick Chaumette, « De l'évolution du droit social des gens de mer : Les marins sont-ils des salariés comme les autres ? Spécificités, banalisation et imbrication des sources ». *Annuaire de Droit Maritime et Océanique*, 2009/ vol. 27, CDMO, Université de Nantes, p.471-499. <<http://www.cdm.univ-nantes.fr>>. <halshs-01481254>.

⁵⁶ Guy Thuillier, *La retraite des fonctionnaires. Débats et doctrines (1790-1914)*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996.

peut estimer qu'en 1914 - des fractions dominantes des élites à « l'aristocratie ouvrière » en passant par les indépendants ou les agents du public – un maximum de 9 à 10 millions de français.es, soit un peu moins de 25% de la population environ, relèvent de la prévoyance libre ou obligatoire (qu'elle soit collective ou individuelle) ou des assurances sociales.

Qu'en est-il alors des indigents, « surnuméraires » ou « inutiles au monde »⁵⁷ ? Jusqu'aux années 1880, les grands notables n'ont pas seulement vocation à encadrer la petite bourgeoisie et les bons ouvriers (les prévoyants), ils ont aussi, comme « devoir d'honneur », et en collaboration avec les institutions religieuses, un quasi monopole du « gouvernement de la misère ». Dans une société appréhendée par ses élites sur un mode contractualiste, l'instauration du libéralisme économique, fondé sur le principe de la liberté du travail, a pour corollaire l'obligation de travailler. L'identification des « populations » qui relèvent de la bienfaisance s'organise alors autour de la question du travail. La mise au travail généralisée⁵⁸ suppose en effet de définir la/les catégorie(s) de celles et ceux qui sont « hors d'état de travailler » car c'est seulement pour ces derniers.ères que les secours publics constituent une « dette sacrée » (art. XXI de la Constitution de 1793 et préambule de la Constitution de 1848). Les trois décennies qui précèdent la Grande Guerre, disons la période 1880-1914, constituent un point de bifurcation dans l'objectivation des « populations cibles » relevant de l'intervention publique. Elles marquent un [...] *moment crucial* [...] *où sont définis les problèmes à résoudre, et du même coup les phénomènes qui s'imposent à l'observation, les chaînes de causalité à privilégier, la famille des solutions concevables*⁵⁹. Répartition des rôles entre assistance publique et œuvres privées (production d'une frontière tangible entre secteur public et secteur privé), langage, méthodes et solutions proposées se veulent désormais « scientifiques », et une [...] *cohorte de spécialistes va entreprendre de segmenter et de dissoudre la vieille question sociale en une série de problèmes spécifiques traitables par des moyens appropriés*⁶⁰. Concrètement, les indigent.es pour lequel.es la preuve de leur impossible mise au travail peut être administrée relèvent du secours public, tandis que celles et ceux qui sont considéré.es comme « valides », sont pris en charge par des sociétés d'assistance par le travail et relèvent du secteur privé de la bienfaisance publique⁶¹. Les franges les plus vulnérables de la société font ainsi peu à peu l'objet d'investigations

⁵⁷ Voir Robert Castel, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, coll. l'espace du politique, 1996.

⁵⁸ Jean Bart, « La Révolution française, le manque d'ouvrage et le devoir de travailler », p.15-29 dans Jean Bart, *Droit et changement social. Les Sans-emploi et la Loi. Hier et aujourd'hui*. Actes du colloque de Nantes — juin 1987. 1988.

⁵⁹ Christian Topalov (dir.), *Laboratoire du nouveau siècle. La Nébuleuse Réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, éd. EHESS, Paris, 1999, p. 40.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 40.

⁶¹ *Ibid.*, p. 18.

juridiques, administratives et scientifiques qui travaillent cette frontière perméable et poreuse qu'est l'incapacité de travailler.

En définitive, on peut identifier, dans la seconde partie du siècle, deux configurations historiques successives avant 1914. La première qui correspond à peu près à une séquence allant des années 1850 aux années 1880 se caractérise par l'expansion d'un modèle libéral de protection sociale articulant renforcement du secteur privé de la bienfaisance publique (charité, philanthropie) et montée en puissance des institutions de prévoyance collective (mutualité) et libre (assurances privées et « caisses »). La seconde configuration qui se met en place dans les années 1880-1890, se caractérise par la levée de « l'objection libérale⁶² » à l'endroit de l'obligation d'assistance (et de protection) et par une rupture avec « l'épistémologie de la charité » qui se matérialisent avec la construction d'un secteur public de la bienfaisance publique (création de la direction de l'assistance publique, 1886) destiné à prendre en charge des populations-cibles identifiées comme les plus vulnérables d'une part et, d'autre part, par la mise en œuvre d'une obligation de réparation d'abord, d'une obligation assurantielle (pour le salariat) ensuite. Cette dernière marque l'émergence d'un nouveau régime de protection légale des travailleurs basé sur le contrat de travail. L'assurance obligatoire fondée sur la cotisation salariale est loin toutefois de constituer le socle commun d'une protection sociale à vocation générale. À la veille de la Grande Guerre, la plupart des techniques d'intervention et de protection sociales connues de nous aujourd'hui sont utilisées et une constellation de dispositifs de protection ou d'autoprotection, dont les modalités d'exercice sont plus ou moins contraignantes (du libre choix à l'obligation en passant à l'incitation), coexistent mais il n'existe aucun « régime général » et le caractère fragmenté des régimes de protection favorise, dans chaque strate du monde social, les mieux dotés. Tous les registres existent individuel /collectif, local/national, avec ou sans garantie de l'État, et en dehors de la prévoyance libre, aucune technique ne l'emporte sur les autres, tout est encore possible.

Pour le dire autrement, l'hétérogénéité de ce qui n'est pas encore le champ du social montre bien que l'étatisation n'est pas un processus descendant (du centre vers les périphéries, des élites étatiques vers les classes « inférieures »). Il est le produit d'une double dynamique de différenciation des activités sociales - au principe de la formation d'une multitude de sous-espaces plus ou plus spécialisés dans la prise en charge de la vulnérabilité sociale et sanitaire et en particulier des effets l'invalidité (qu'elle soit liée à l'âge, à la maladie, à l'accident ou à la « nature ») - d'une part, et de concentration, de centralisation, de rationalisation bureaucratique d'autre part. Or cette bureaucratisation

⁶² Voir : Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France. 1850-1940*. Paris, Armand Colin, 1971. Christian Topalov, *Naissance du chômeur, 1880-1910*, Paris, Albin Michel, coll. « L'évolution de l'humanité », 1994.

de l'espace social de la « protection » s'explique très largement par l'avènement au sein des institutions d'État et chez les agents qui les peuplent d'une rationalité préservatrice (biopolitique) – non exclusive – qui les amène à traiter et à concevoir certaines « populations » (fonctionnaires, militaires, travailleurs de l'industrie etc.) à la fois comme une menace (« classes laborieuses, classes dangereuses ») et comme un capital à préserver, voir à entretenir.

L'Armée, la guerre et la préservation du capital humain

Depuis le milieu des années 2000, différents travaux ont mis en évidence (directement ou indirectement) le rôle éminemment ambivalent joué par l'armée dans cette mutation du mode de gouvernement la société. Si elle est encore et toujours à la fin du XIX^e siècle une institution disciplinaire, une fabrique à soldats qui passe par l'élimination des « faibles »⁶³, elle est aussi la seule institution d'État à disposer d'une administration sanitaire de plus d'un millier d'agents et d'un réseau d'hôpitaux couvrant une large partie du territoire. Creuset de la clinique⁶⁴ et lieu de production et de diffusion de la logique préventive, la médecine d'armée contribue à la construction de savoirs médicaux, à la diffusion de nouvelles pratiques de santé⁶⁵ et participe, *in fine*, de la genèse des « politiques de population »⁶⁶. Mais l'articulation de ces deux régimes de gouvernement des hommes en armes est au principe d'une profonde contradiction interne sur laquelle achoppe la construction d'une armée de soldat-citoyens (1872-1905)⁶⁷ et que la Grande Guerre va pousser à son paroxysme. L'expérience 14-18 correspond en effet à un moment où s'affirme, de manière inédite mais différenciée, l'emprise disciplinaire de l'armée sur le citoyen et la société (militarisation) et le rôle de l'État comme régulateur de l'économie et du social. Elle constitue une séquence pendant

⁶³ Sur la fabrique du soldat (et la construction sociale de « l'identité masculine ») voir Odile Roynette, Bon pour le service. L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e siècle, Paris, Belin, 2000. Sur l'armée comme institution disciplinaire, voir les pages consacrées à la question dans Mathieu Marly, *L'âme des régiments, le corps des sous-officiers : promotion, recrutement et discipline dans les rangs de l'armée française (1872-1914)*, thèse doctorat d'histoire, Jean-François Chanet (dir.), Université Lille 3, 2015.

⁶⁴ Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815 : politique, institutions et savoirs*, Genève Montréal, Georg Éditeur et Presses de l'Université de Montréal, 2002.

⁶⁵ Patrice Bourdelais, Olivier Faure, *Les nouvelles pratiques de santé XVIII-XX siècles*, Paris, Belin, 2005. Voir en particulier le chapitre 5 : Anne Rasmussen, « La résistible ascension du comprimé. Pharmaciens, médecins et publics face aux nouvelles formes pharmaceutiques », p. 103-123 et le chapitre 12 : Bertrand Taithe, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre. Le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) », p. 227-241.

⁶⁶ Anne Rasmussen, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 2015/1, n° 33, p. 71-95 [<https://www.cairn.info/revue-mil-neuf-cent-2015-1-page-71.htm>] et de la même « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, 2016/4, n° 257, p. 71-91. DOI 10.3917/lms.257.0071.

⁶⁷ Jean-François Chanet, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006.

laquelle se construit et se recompose la gouvernementalité d'un régime démocratique en guerre, notamment en matière de santé⁶⁸.

L'histoire sociale et culturelle de la médecine - qui depuis les années 1980-1990 s'est essentiellement donné pour objet l'intégration de nouvelles normes et pratiques médicales et sanitaires - s'est intéressée à la Grande Guerre et notamment à la question de savoir si la séquence 14-18 avait requalifié les définitions et le traitement de pathologies comme la syphilis ou la tuberculose. Pour Olivier Faure, la guerre constitue à l'évidence une rupture dans les politiques sanitaires en ce qu'elle a transformé les modes de prise en charge de la tuberculose, de la syphilis, de l'alcoolisme et du cancer⁶⁹. À cette conclusion, en partie fondée sur l'idée d'un franchissement de seuil quantitatif dans le déploiement des dispositifs, Lyon Murard et Patrick Zylbermann opposent un démenti catégorique⁷⁰. Pour eux, la Grande Guerre est le lieu d'une utopie sanitaire et l'essor de la biopolitique est plus fantasmé que réel, plus discursif que pratique. En plaçant la focale sur la lutte contre la tuberculose, les auteurs entendent montrer que ces transformations s'expliquent bien davantage par l'investissement d'un secteur privé de la bienfaisance publique (la fondation Rockefeller) venu combler les lacunes d'un État paralysé par les luttes intestines entre ministères et services (la Guerre et l'Intérieur notamment) que par un processus d'étatisation, de nationalisation de la prise en charge. Ces deux approches aux conclusions opposées ont toutefois en partage un même angle mort. Les gains heuristiques indiscutables qu'elles ont produits se sont faits au prix d'une forme de segmentation des analyses. En articulant la construction de leur objet de recherche aux catégories de classement produites par le monde médical et/ou les hygiénistes (la lutte contre les maladies contagieuses et les fléaux sociaux) ces travaux sont passés à côté d'un fait majeur de la période : la mise en œuvre, entre 1915 et 1918, d'une politique de santé publique certes éphémère mais largement inédite.

La parution, au terme d'un travail de recherche engagé au tournant des années 2010, du livre de Vincent Viet marque une avancée de ce point de vue dans le sens où l'ouvrage s'attache précisément à restituer la genèse, les enjeux, les réalisations et les effets de cette réforme de la santé en guerre⁷¹. En s'appuyant en premier lieu sur l'analyse des archives privées (jusque là inédites) du sous-secrétaire d'État au service de santé militaire

⁶⁸ Voir Sylvain Bertschy, Philippe Salson (dir.), *Les mises en guerre de l'État. 1914-1918 en perspective*, Lyon, ENS éditions, coll. Sociétés, Espaces, Temps, 2018.

⁶⁹ Olivier Faure, *Histoire sociale de la Médecine XVII^e – XX^e Siècles*, Paris, Anthropos historiques, 1994.

⁷⁰ Lyon Murard, Patrick Zylbermann, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée*, Paris, Fayard, 1996.

⁷¹ Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, SciencePo Les Presses, 2015.

Justin Godart, l'auteur nous fait pénétrer dans les coulisses de cette toute nouvelle direction politique de la santé militaire créée en juillet 1915.

« *Je suis le blessé et toute votre activité sera jugée par moi dans la mesure où elle sera en accord avec cette formule* ». C'est par ces mots que le vice-président de la Chambre, fraîchement nommé au poste créé pour lui s'adresse à ses collaborateurs en juillet 1915. La formule, Godart la réutilisera plusieurs fois publiquement, notamment au congrès dentaire interallié l'année suivante : « *Je ne suis ni un militaire de profession, ni un fonctionnaire, ni un médecin... Je suis le blessé* ». Cette « curieuse profession de foi » a le mérite de dresser un tableau aussi succinct qu'efficace des forces sociales auxquelles le nouveau sous-secrétaire d'état pense avoir affaire, des intérêts avec et contre lesquels il pense devoir composer : les militaires, l'administration (l'intérieur) et la médecine (libérale). Pour autant, l'antienne qu'il répète comme un mantra s'inscrit aussi dans une évidente stratégie de légitimation qui vise à rallier à sa cause les mouvements de blessés dont Antoine Prost a reconstitué la genèse⁷². Aussi offre-t-elle une vision nettement irénique des motifs de son action politique. Si nul ne peut douter de la sincérité de l'engagement (l'homme est ancré de longue date dans les réseaux réformateurs ; ceux du travail pour le dire vite) son équipe doit en réalité répondre à deux injonctions sociales et politiques en partie exclusives l'une de l'autre : il faut « recycler » un maximum de blessés et malades pour les rendre au Commandement d'une part, et veiller, de l'autre, au respect des droits des blessés qui, dès le printemps 1915, s'organisent et revendiquent un meilleur traitement. C'est sur cette mince ligne de crête et pour résoudre cette « *casuistique de guerre*⁷³ » que le sous-secrétariat réorganise en profondeur le système de santé militaire et engage, plus largement, « *un effort sanitaire sans précédent, déployé et coordonné pour la première fois, à l'échelle de la nation* » moyennant « *de fortes et nombreuses ruptures avec les politiques sanitaires d'avant la guerre, traditionnellement locales*⁷⁴ ».

L'ouvrage revient d'abord, fort logiquement, sur les premiers de mois de guerre et les raisons de la déroute sanitaire du SSM dont il rend parfaitement compte⁷⁵. Le Service de Santé Militaire (SSM) essuie alors de nombreuses critiques notamment au sein des grandes commissions parlementaires (Budget, Armée, Hygiène publique) qui travaillent à reprendre en main des secteurs clés du gouvernement de guerre jugés trop importants pour rester plus longtemps le monopole des autorités militaires. L'épisode qui nous est

⁷² A. Prost, « Les origines. Les associations de mutilés », chap. cité.

⁷³ V. Viet, *La santé en guerre 1914-1918*, ouvr. cité, chap. 9, p. 291-388 et du même « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2012/2 (n° 59-2), p. 85-107. DOI : 10.3917/rhmc.592.0085. [<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2012-2-page-85.htm>].

⁷⁴ V. Viet, *La santé en guerre 1914-1918*, ouvr. cité, p. 85

⁷⁵ *Ibid.*, p. 63-85.

ainsi donné à voir est celui d'un pouvoir civil (re)conquérant qui dépossède le Grand Quartier Général (GQG) et le ministre de la guerre d'une partie de leurs attributions.

Lorsque Godart prend la tête de la santé militaire au ministère de la guerre, celle-ci est en effet étroitement cloisonnée. La zone des armées (les 5 régions militaires du quart nord-est de la France) est entièrement contrôlée par le GQG et chaque armée dispose de son propre service de santé sans qu'il n'existe aucune liaison directe avec le ministère. En bref, c'est le commandement qui décide de la conduite sanitaire de la guerre. En zone intérieure, l'hospitalisation des malades et des blessés est sectorisée (personnels et blessés sont répartis dans des secteurs chirurgicaux), tandis que la surveillance et la lutte contre des maladies contagieuses - qui relèvent à la fois des prérogatives du ministère de la guerre (populations militaires) et de celle du ministre de l'intérieur (populations civiles) - est, sous sa forme militaire, régionalisée et, sous sa forme civile, départementalisée.

Pour Godart et ses équipes, cette configuration institutionnelle confine à l'absurde et dans un premier temps, l'équipe s'efforce de décroisonner, centraliser, rationaliser et mettre en synergie les acteurs intervenant en zone intérieure. L'objectif est de faire système et de transformer l'archipel de la protection sanitaire en un ensemble de structures inter-reliées tendues vers la « préservation du capital humain » et dans lesquelles les pratiques, méthodes et procédures sont harmonisées, normées et contrôlées. Simultanément, le SSESSM entreprend de réorganiser de bout en bout le dispositif de prise en charge des blessés et malades en redistribuant les places et les postes pour une meilleure adéquation entre les compétences, les grades et les affectations. Surtout, il systématisé la spécialisation des structures hospitalières - jusqu'alors organisées pour l'essentiel en fonction de leur capacité d'accueil (grands, moyens et petits hôpitaux) tout en limitant leur prolifération. Pour assurer l'unité de doctrine et de direction administrative, les réformateurs renforcent les services d'inspection et organisent la mutualisation et la circulation des savoirs et des pratiques médico-chirurgicaux, à la fois en interne (avec la mise en place de réunions périodiques des médecins chefs de centre des diverses spécialités) et avec les Alliés, (dans les cadres de conférences sanitaires et chirurgicales interalliées notamment). Le régime d'administration des blessés et malades de guerre qui s'élabore alors repose ainsi sur une articulation inédite entre « soin - rééducation fonctionnelle (motrice) - expertise » et le triptyque « gratification/pension-rééducation professionnelle - placement ».

Reste que Godart n'a pas la main en Zone des armées et que le SSESSM doit anticiper sur les besoins des services de santé des armées sans rien savoir ce qui se prépare ou se fait à l'avant. Le SSESSM n'a ainsi de cesse d'essayer d'obtenir l'autonomie fonctionnelle du Service de Santé vis-à-vis du GQG, de tenter d'abattre le « *mur opaque* »

séparant la zone des armées de la zone intérieure. Ces tentatives se heurtent à la double résistance du ministère de la Guerre (Millerand) et du Grand Quartier Général (Joffre), soutenus par une partie des généraux commandant les corps d'armée, peu disposés à voir les médecins leur contester la conduite sanitaire de la guerre et menacer leur empire sur les corps des troupiers. C'est l'affaire du Chemin des Dames (avril 1917) et son « *désastre sanitaire* » qui, *in fine*, offre à Godart le levier décisif lui permettant d'obtenir l'autonomie fonctionnelle du Service de Santé vis-à-vis du GQG. Reconnue par décret le 21 mai 1917, cette réforme décisive n'est appliquée qu'à partir de février 1918, après le remplacement de Godart par Mourier. Après trois ans et demi de guerre, le Haut Commandement et les pouvoirs civils sont enfin « *officiellement coresponsables de la collectivité des citoyens/soldats mobilisés* ».

Cette politique élaborée par le cabinet Godart n'a toutefois pas perduré au lendemain de la Grande Guerre. Elle ne fut qu'une « *parenthèse* », un système d'exception conçu pour des temps d'exception, lequel céda, dès la paix revenue, devant la force des intérêts coalisés : ceux des représentants syndicaux de la médecine libérale et ceux des pouvoirs publics qui tous considéraient que l'État n'avait pas, n'avait plus, à s'immiscer dans l'organisation des soins. Certes, la guerre a légitimé la création d'un ministère de l'Hygiène (créé en 1920) et une partie des institutions fondées par ou avec le SSESSM a bien rejoint les ministères sociaux. C'est le cas notamment de la Commission Consultative Médicale créée en 1915 et du Service Général des pensions tous deux passés au Ministère des Pensions (1920). Mais à la fin de la guerre s'opère un « retour » à la normale, une « désétatisation » de la médecine dont rend bien compte l'auteur mettant ainsi en lumière la grande force de résistance des institutions historiques de la santé et du social. Au total c'est bien l'institutionnalisation ratée d'une expérience réussie qu'a retracée Vincent Viet dont le livre apporte ce faisant une contribution décisive à la question des rapports entre santé en guerre et construction de l'État social.

Si la thèse ne vise pas à répondre à cette interrogation générale à partir d'un terrain étroitement circonscrit, elle entend participer pleinement à une configuration historiographique qui réinscrit 14-18 dans une séquence bien plus longue tout en lui restituant son historicité propre ; elle en est d'ailleurs, en partie, le produit. Elle s'en différencie toutefois, en ce qu'elle s'intéresse moins aux motifs politiques de la réforme de la santé en guerre, à ses causes, qu'à l'analyse des dynamiques qui l'ont rendue possible et aux conditions sociales de sa production.

De la possibilité d'une réforme de la santé en temps de guerre

Poser la question des conditions de possibilité de la réforme de la prise en charge des blessés et malades de guerre c'est tenter de sortir d'une histoire largement pensée et écrite sur le mode de la causalité et d'échapper aux impasses qu'elle produit en expliquant « comment » un événement peut advenir au lieu d'expliquer « pourquoi » il est advenu⁷⁶. De ce petit décalage on peut, me semble-t-il, espérer des gains heuristiques notables au regard des éléments d'intelligibilité avancés par les spécialistes de 14-18.

Les schèmes argumentatifs qu'ils mobilisent peuvent en substance se résumer de la manière suivante : « *l'invention d'une politique sanitaire à l'échelle nationale s'est faite en réaction contre les insuffisances flagrantes du Service de Santé Militaire* ». En ce sens, la nomination de Justin Godart est « *indissociable de la volonté des grandes commissions parlementaires de l'Armée, du Budget et de l'Hygiène de reprendre le contrôle du gouvernement*⁷⁷ ». L'épisode qui nous est ainsi donné à voir est celui d'un pouvoir civil (re)conquérant qui dépossède le QGQ et le ministre de la guerre d'une partie de leurs attributions. Si la lecture n'est guère contestable, elle ne va pas sans poser question. Que les parlementaires tentent de reprendre en main des secteurs du gouvernement de guerre jugés trop importants pour être plus longtemps abandonnés au Haut Commandement, ne fait guère de doute, mais cela ne dit pas comment l'administration des blessés et malades de guerre devient un « enjeu », un de ces secteurs clés dont, justement, les parlementaires jugent nécessaires de se réapproprier le gouvernement.

Sur ce terrain, la production historiographique a fourni de nombreux éléments dont peu sont convaincants. Ni les dysfonctionnements du service de santé, ni le nombre des blessés qui affluent par milliers à l'arrière, ni l'émotion – sans doute bien réelle – provoquée par leur sort n'expliquent la prise en charge par les acteurs politiques de la « question des blessés ». L'impératif catégorique que constitue l'impérieux besoin en hommes de l'institution militaire n'en rend pas mieux compte : il naît surtout de la « crise des effectifs » qui n'est pensée et formulée comme telle par les autorités civiles et militaires qu'à partir du printemps 1915 à peu près au moment même où les associations

⁷⁶ Je transpose ici à l'enquête historique un raisonnement formalisé par Howard Becker à propos de l'entretien oral. Pour saisir les implications de la différence entre les questions « comment » et « pourquoi » et les gains heuristiques que permet la substitution d'une pensée processuelle à une analyse en termes de causalité voir Howard Becker, *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, coll. Guides « Repères », 2002, p. 105-117.

⁷⁷ Pour les deux citations voir Vincent Viet, « Médecins et médecine de guerre. Les origines confisquées de la santé publique en France », dans François Bouloc, Remy Cazals, André Loez (dir.), *Identités troubles, 1914-1918 : les identités sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*, Toulouse, Privat, 2011, p. 214-215.

de blessés commencent à s'organiser et à se mobiliser. Difficile dès lors de voir en eux le ressort d'une politisation qui intervient en amont.

Mais il y a plus. Dans tous les cas, l'administration des blessés et malades de guerre est présentée comme un problème objectif dont la « prise de conscience » appellerait forcément une réponse, qu'elle soit d'ordre thérapeutique, organisationnel ou politique. Est-ce parce que le service de santé est désorganisé et que les blessés sont mal soignés, parce qu'ils constituent un « problème social » appelant une réponse, que les parlementaires s'emparent de la question ? La grille de lecture qui fait de la réforme de l'institution une réponse au choc de la guerre condamne les discours savants qui la mobilisent à reproduire, quasi mécaniquement, un discours de sens commun sur la réforme en vertu duquel cette dernière est toujours le produit de la nécessité ou des contingences. C'est là un premier niveau de lecture mais il fait l'impasse sur ce que sont les problèmes sociaux. S'en tenir là, c'est confondre un fait social (par exemple la consommation régulière et intensive d'alcool) et un problème social (l'alcoolisme), ce qui équivaut à dire qu'un problème peut exister en dehors de tout travail de désignation, d'énonciation.

L'administration des blessés et malades militaires comme « problème public »

Ce « paradigme de la prise de conscience », très répandu dans la discipline historique, considère l'action politique comme un ensemble de réponses (nécessaires) à un ou des problèmes préexistants (ici les effets des dysfonctionnements du service de santé) et élude par la même la dimension socialement construite des problèmes sociaux et des problèmes publics. Serait-ce parce que la métaphore de la « *construction sociale de la réalité* » est devenue un tel lieu commun des sciences sociales⁷⁸ que les auteur.es ont pensé n'avoir rien gagné en mobilisant un fourre-tout conceptuel éculé ? Pour ma part, j'y vois plutôt un effet de socialisation professionnelle, la conséquence d'un cloisonnement disciplinaire si bien institué qu'il est possible aujourd'hui comme hier de décrire et d'analyser une politique publique comme une réponse à un problème sans faire référence (y compris pour les contester) aux travaux de sciences sociales menés depuis plus d'un demi siècle aux États-Unis et en France⁷⁹.

⁷⁸ Sur la question des effets et limites heuristiques de la notion de construction sociale : Ian Hacking, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales », 2008.

⁷⁹ Dans le sens où l'entendent Gilles Pollet et Renaud Payre pour lesquels les « habitus professionnels » segmentent les champs de recherche et provoquent des « impensés disciplinaires », voir Gilles Pollet, Renaud Payre, « Analyse des politiques publiques et sciences historiques : quel(s) tournant(s) socio-historique(s) ? », *Revue française de sciences politiques*, 2005/1, vol. 55, p. 134.

Les recherches des interactionnistes nord-américains et leur prolongements contemporains fournissent néanmoins une boîte à outils conceptuelle bien utile pour qui voudrait se déprendre de cet impensé fonctionnaliste en vertu duquel les problèmes sociaux et/ou publics sont définis par leurs dimensions objectives. On doit notamment à Herbert Blumer, Joseph.R. Gusfield ou encore John Kitsuse et Malcom Spector, d'avoir rompu avec les approches naturalisantes des problèmes sociaux. Pour Blumer, ces derniers sont « [...] *le produit d'un processus de définition collective et non un ensemble de conditions sociales objectives existant de façon intrinsèquement indépendantes*⁸⁰ ». Pour Kitsuse et Spector – dont l'ouvrage *Constructing Social Problems* s'est imposé comme une référence – ce sont « *les activités d'individus ou de groupes qui se plaignent ou demandent réparation d'une situation supposée ou réelle* »⁸¹ qui font exister un problème comme tel. Pour le dire autrement, un problème n'existe socialement comme tel qu'à partir du moment où des agents sociaux qualifient des situations et des comportements d'anormaux et qu'ils dénoncent ce qu'ils considèrent comme un dysfonctionnement, une injustice, une déviance, bref comme la transgression d'une norme⁸².

Pour autant, l'existence d'un processus d'identification, d'objectivation, de « mise en problème » du monde social ne saurait suffire à faire d'une situation présentée comme problématique, transgressive, un problème public. Pour qu'un problème social puisse devenir un problème public « [...] *il faut disposer à son propos d'informations et de cadres pour les interprétés* »⁸³. Or, la production d'un socle épistémique commun, d'un sens commun « moralisateur » et/ou « réformateur » n'a rien d'une évidence dans la mesure où le processus de problématisation des situations sociales est alimenté par des conflits de légitimation. Dans *Symbolic Crusade*⁸⁴, Gusfield met en évidence l'importance des rapports entre les différents groupes qui composent le mouvement étasunien de tempérance. Pour lui, les luttes de définition auxquelles se livrent protestants et catholiques prohibitionnistes témoignent autant de la volonté de résoudre le problème de l'alcoolisme que d'une concurrence pour la définition d'une situation sociale. La question cruciale est celle de la production du sens. L'imposition d'une définition est une condition de la prédominance du groupe qui la promeut, un moyen pour lui de capter

⁸⁰ Herbert Blumer, «Social Problems as Collective Behavior», *Social Problems*, vol. 18, no 3, 1971, p. 298.

⁸¹ John Kitsuse, Malcom Spector, *Constructing Social Problems*, New York, Adeline de Gruyter, 1987, p. 75.

⁸² On peut définir une « norme sociale » comme un ensemble de règles formelles ou informelles qui porte sur la vie en société et traduisent les valeurs qu'un groupe est parvenu à faire reconnaître comme légitimes par ses membres et par les autres groupes.

⁸³ Vincent Dubois, « L'Action publique », *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2010, p 321.

⁸⁴ Joseph Gusfield, *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, Chicago & London, University of Illinois Press, 1970.

une parcelle de pouvoir symbolique et de légitimer sa représentation du bien public, de l'ordre public, de ce qui fait ou non problème. Un problème public est donc le produit d'un rapport de force entre différents groupes d'agents qui luttent pour imposer une représentation du monde qui légitime l'ordre social qu'ils défendent. En réalité il n'y a pas « *de lien direct entre l'importance objective d'un problème et la surface publique qu'il occupe*⁸⁵ ».

Le cas des accidents domestiques l'illustre bien. S'ils causent environ 4,5 millions de blessés et 20 000 morts par an (soit 5 fois plus de morts que les accidents de la route et 20 fois plus que les accidents de travail)⁸⁶, ils n'ont suscité ni « croisade » (à l'image de celle menée par La ligue contre la violence routière), ni politiques publiques comparable à celles menées en matière de sécurité routière depuis 1972. En prenant ces dernières pour objet, Matthieu Grossetête a mis au jour les représentations du monde social et de l'ordre qu'elles véhiculent. Il a montré qu'en dépit des régularités statistiques mettant en évidence la surmortalité routières de classes populaires de plus en plus précarisées, les effets des inégalités sociales demeuraient indicibles dans le monde de la gestion du risque routier qui continue de penser et de construire le fait social mortalité routière comme le produit des seuls comportements individuels⁸⁷. Rendre compte de la manière dont les faits sociaux sont constitués en problèmes sociaux et comprendre comment certains deviennent des problèmes publics nécessite donc de prendre au sérieux les processus d'établissement des faits, de problématisation et les procédés rhétoriques (emphase, dramatisation, culpabilisation ou, au contraire, rhétorique de la neutralité) mobilisés par les agents (collectifs et individuels) impliqués dans cette lutte symbolique pour dire le normal et l'a-normal.

Les maladies chroniques et/ou professionnelles, qui sont toujours des maladies « négociées », fournissent un bon terrain d'observation des confrontations et des luttes qui président à la naturalisation des faits sociaux ou, au contraire, à leur problématisation⁸⁸. Exemple paradigmatique des bienfaits heuristiques de la démarche, le *Golden Holocaust* de l'historien des sciences, Robert Proctor⁸⁹ analyse en se fondant sur les

⁸⁵ Emmanuel Henry, « Construction des problèmes publics », dans *Dictionnaire des mouvements sociaux*. Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Références », 2009, p. 147.

⁸⁶ D'après des estimations basées sur les statistiques de l'Institut de Veille Sanitaire et de l'Agence Nationale de l'Habitat. [<http://invs.santepubliquefrance.fr/>] (Consultée le 17/09/2018).

⁸⁷ Matthieu Grossetête, *Accidents de la route et inégalités sociales. Les morts, les médias et l'État*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, Collection champ social, 2012.

⁸⁸ Voir entre autre Paul-André Rosental, « De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 56-1, 2009, p. 83-98 ; Marc-Olivier Déplaud, « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003/5 (Vol. 53), p. 707-735. DOI : 10.3917/rfsp.535.0707.

⁸⁹ Robert Proctor, *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkeley (Ca.), University of California Press, 2012, 752 p.

archives judiciaires - les stratégies des cigarettiers américains pour empêcher que leur produit ne soit perçu comme une menace socio-sanitaire. L'enquête montre d'abord comment les industriels sont parvenus à enrôler tout au long du XX^e siècle de multiples personnalités (sportifs, acteurs ou musiciens) mais aussi des médecins, des juristes, des chimistes et ... des historiens venus convaincre les jurés de l'insuffisance des données permettant d'établir les dangers du tabac. Elle met ensuite en lumière les stratégies élaborées par les cigarettiers pour circonscrire la production d'un savoir sur leur produit dont ils tentent de conserver le caractère partiel et fragmenté. Comme le souligne Paul-André Rosental⁹⁰ dans la belle note critique qu'il consacre au livre, c'est le fractionnement qui caractérise en premier lieu la connaissance sur les dangers de la cigarette produite tout au long du XX^e et, comme d'autres, l'industrie du tabac fait tout pour entretenir l'ignorance en invoquant simultanément le droit et la liberté de fumer⁹¹. Si l'ouvrage (et plus globalement l'agnotologie) insiste sur le caractère délibéré et intentionnel de la fabrique de l'ignorance, c'est loin d'être toujours une constante⁹². Il n'en reste pas moins que dans ce cas comme dans d'autres, la production du savoir ne s'opère pas de manière cumulative et qu'elle n'est en définitive qu'une des conditions (nécessaire mais pas suffisante) pour qu'une politique de prévention et/ou de réparation puisse exister. Un problème social peut ainsi exister, être localisé dans l'espace social, sans jamais devenir un problème public, ou seulement au prix de mobilisations très longues.

En France l'amiante est identifiée comme un toxique professionnel dès 1906, l'asbestose est reconnue comme maladie professionnelle en 1945 et le caractère cancérigène de la matière documenté médicalement depuis les années 1950, soit 45 ans avant que n'éclate le « scandale de l'amiante » (en 1995). Emmanuel Henry montre, loin des théories du complot ou de la dissimulation, que la mobilisation réussie contre l'amiante s'explique notamment par l'intervention, dans les années 1990, de nouveaux acteurs qui vont contribuer à requalifier cette problématique. D'un risque professionnel strictement limité à une population ouvrière en déclin, la mobilisation initiée par le comité anti amiante de Jussieu parvient à faire une menace environnementale susceptible d'affecter toute la population. Si les victimes se mobilisent et participent du processus de publicisation, c'est la capacité à universaliser un problème jusqu'alors circonscrit au

⁹⁰ Paul-André Rosental, «Les guerres du poumon. La cigarette ou l'ignorance distribuée», *La Vie des idées*, 30/01/2013.[www.laviedesidees.fr/Les-guerres-du-poumon.html.] (Consultée le 12/04/2017).

⁹¹ Steve Rayner, « Uncomfortable knowledge: The social construction of ignorance in science and environmental policy discourses », *Economy and Society*, vol. 40, n° 1, Londres, 2012.

⁹² C'est l'une des critiques qu'adresse Nathalie Jas à l'agnotologie - dont Proctor est un des fondateurs - que d'être trop intentionnaliste. Voir « Agnotologie », dans Emmanuel Henry *et al.*, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, coll.« Références », 2015, p. 33-40.

monde industriel qui semble être la condition de possibilité première de la transformation de l'amiante en problème de santé publique⁹³.

Le parallèle avec le cas de la névrose traumatique, objet plus familier des historien.nes de la guerre et de la santé se révèle fort stimulant. Paru en 2007 sous la direction de Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'Empire du traumatisme*, analyse notamment la genèse de la reconnaissance des « troubles psychiques » chez les militaires (des années 1890 aux années 1970). Mettant en évidence la permanence des stratégies de disqualification et des politiques du soupçon menées à l'endroit des « blessés psychiques » Fassin et Rechtman montrent – après d'autres et en s'appuyant largement sur les travaux alors en cours de Stéphane Latté⁹⁴ - que les conditions de félicité de la reconnaissance du traumatisme - et son corollaire, l'avènement de la catégorie de victime – sont produites hors du champ psychiatrique lorsque les mouvements anti-guerre du Viêtnam et les mouvements féministes entrent en scène dans les années 1970.

En définitive, nombre de travaux convergent pour montrer que l'institutionnalisation d'un problème public suppose la combinaison de trois types de conditions: d'abord qu'une ou plusieurs catégories d'acteurs produisent des connaissances et les cadres pour les interpréter (processus de problématisation et construction d'un socle épistémique), ensuite que celles-ci puissent être relayées et diffusées (processus de publicisation), enfin que ces deux dynamiques aboutissent à sa prise en charge, au moins partiellement, par des membres du personnel politique (politisation). Et ces conditions de possibilité, qu'on a présentées ici comme trois étapes successives par souci de clarté, interviennent fréquemment de manière synchrone tout en conservant leur historicité propre. Bien que réalisés sur d'autres terrains et dans d'autres contextes, ces travaux achèvent de convaincre de la nécessité de traiter la question du manque de soins des blessés sous l'angle de la construction des problèmes publics et, corollaire de ce premier décalage, ils invitent à penser la réforme de l'administration des blessés et malades non plus comme une simple réponse à la demande sociale mais bien comme le produit d'une configuration spécifique issue de la rencontre entre un évènement singulier – la guerre 14-18 – et l'espace social des producteurs de biens de santé, ils engagent à questionner la dialectique des rapports entre gouvernement de la santé en guerre et mise en guerre du champ médical.

⁹³ Voir Emmanuel Henry, *Amiante un scandale improbable: sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p 1- 15 et 86-89.

⁹⁴ Stéphane Latté, *Les "victimes". La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective* », thèse pour le doctorat d'études politiques, Paris, EHESS, 2008.

Mise en guerre du champ médical et dynamique sociale de la réforme

Avant d'aller plus loin, il faut dire en quoi on gagne à « penser par champs » et à quoi sert de distinguer « mise en guerre » et mobilisation. La distinction que j'opère ici entre « mise en guerre » et la notion émique de « mobilisation » (au sens militaire du terme) vise à solutionner un problème de recherche très concret : comment rendre compte des formes différenciées de participation à la guerre des agents sociaux ?

Omniprésent dans la littérature historique spécialisée, le terme « mobilisation » désigne une pratique militaire – la convocation dans les casernes des hommes de 20 à 48 ans ayant pour devoir de participer à la défense nationale – et, de fait, il ne dit rien des modalités d'implication de celles et ceux qui n'ont pas à s'y soumettre. Trop restrictif, le substantif « mobilisation » est souvent associé à un adjectif afin d'en élargir le sens : mobilisation industrielle, économique, idéologique, culturelle etc., mobilisation des ouvriers, des paysans, des médecins et chirurgiens etc. sans que l'expression ne gagne en précision. Catégorie d'entendement de l'encadrement militaire, la notion de « mobilisation » opère au fond une double réduction : elle circonscrit la participation des agents à l'effort de guerre à la militarisation (être incorporé ou non), elle la cantonne à la seule question du succès ou non de l'incorporation des hommes (toujours envisagée au plan quantitatif) et elle donne, au final, une perception aplanie du monde social : dire que l'armée, en 1914-1915, a mobilisé entre la moitié et deux tiers des médecins du pays c'est dire beaucoup et peu à la fois.

C'est mettre en lumière l'intensité de la concentration du capital médical par l'institution militaire, mais c'est aussi laisser dans le domaine de l'implicite les effets de ce processus sur les institutions qui peuplent le champ médical. La mobilisation des médecins vide en bonne partie les hôpitaux, les facultés, les écoles de médecine et les laboratoires de leurs forces vives et suspend le fonctionnement social ordinaire du champ. Au-delà de l'incorporation dans les cadres du SSM, la guerre se traduit par ailleurs par l'essor du secteur privé du soin, souvent sous l'égide des « sociétés d'assistance militaire » de la Croix-Rouge mais pas seulement. La mise en guerre du champ médical désigne donc ce double processus de militarisation, d'étatisation de la médecine d'une part, d'extension du domaine d'action des secours privés (dits « auxiliaires » et/ou « complémentaires ») d'autre part. Il faut donc bien distinguer la situation des agents qui sont dégagés de leurs obligations militaires de ceux qui ne le sont pas tout en s'efforçant de les penser ensemble. Si on pense seulement en termes de « mobilisation », tous les médecins civils qui en ont fini avec leurs obligations militaires mais interviennent dans la prise en charge des blessés et malades sont exclus du champ de l'analyse, notamment les plus anciens des hospitaliers et des universitaires qui occupent les postes de pouvoir à

l'hôpital et/ou à la faculté. Poser la question de la « mise en guerre du champ médical » ce n'est donc ne pas seulement tenter d'avoir une approche plus inclusive, c'est aussi et surtout s'attacher à restituer l'expérience de guerre des agents et leur position dans la configuration de la santé en guerre sans la dissocier des positions qu'ils occupent dans le monde social avant le conflit.

La médecine est un monde très stratifié et l'hétérogénéité des pratiques, des situations, des trajectoires et des positions est telle dans cet espace social qu'évoquer la mobilisation des « médecins » ou « du corps médical » semble à tout le moins réducteur. Médecins de campagne ou praticiens, exerçant en libéral dans une clinique privée d'une grande ville de médecine, agrégés des facultés (avec ou sans poste) et professeurs en chaire, chefs de clinique, internes et externes des hôpitaux ou chefs de service, prosecteurs, personnels des laboratoires, médecins des asiles ou des stations thermales, médecins des prisons, des écoles ou des chemins de fer, des bureaux de bienfaisance etc., les termes « docteur » et « médecin » renvoient à des réalités très différentes qui sont loin d'être sans effet sur les manières de faire, de vivre et de dire la guerre.

Mais penser par champs ce n'est pas seulement prendre acte de l'extrême diversité des positions des agents qu'on désigne sous le vocable générique de médecins, c'est avoir en tête que celles-ci se distribuent dans « *trois espaces construits autour d'institutions distinctes, et produisant de la médecine clinique, de la médecine sociale et des sciences dites accessoires* »⁹⁵ ; qui sont eux-mêmes travaillés par des logiques de différenciation internes au principe de la formation de sous-champs plus ou moins autonomes. Dans cette structure, la médecine anatomo-clinique occupe une position dominante construite à la jonction de trois espaces institutionnels : les hôpitaux publics, les cabinets médicaux de pratique libérale (où les cours privés, notamment d'anatomie, sont nombreux) et les chaires de cliniques des écoles et facultés. La position qu'elle occupe dans le champ s'explique en grande partie par la nature de ses activités. En caractérisant les entités morbides (ce qui est une maladie), en établissant les classifications étiologiques (en fonction des causes) et les diagnostics et en assurant la prise en charge et le suivi thérapeutiques, les cliniciens disposent du monopole de productions des « *biens de santé relatifs aux maladies* »⁹⁶, monopole au principe même de l'autonomie du champ médical

⁹⁵ Patrice Pinell, « La genèse du champ médical, le cas de la France (1795-1870), *Revue française de sociologie*, 2009/ vol. 50, no. 2, p 318-319.

⁹⁶ Sur la domination des cliniciens et, plus largement, sur la structuration du champ médical français en trois espaces de pratiques eux-mêmes divisés en sous-espaces hybrides plus ou moins autonomes et sur les formes de spécialisation qu'ils connaissent (par différenciation ou par extension) voir Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champs », dans Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, coll. « Lectures de... », 2012, p. 305-318.

(seuls les cliniciens peuvent définir une entité pathologique, classer les maladies etc.) et qui confère à l'hôpital une place éminemment centrale dans le champ (par rapport à la Faculté).

À l'inverse, l'espace des « sciences accessoires », où sont produites des connaissances scientifiques mobilisables par les médecins est un sous-champ hybride dont les institutions clés sont les chaires de chimie, de physique et de pharmacie des écoles et facultés des sciences et les laboratoires. Mais les connaissances issues de la chimie, de la physique médicale ou de la biologie naissante ne sont pas immédiatement perçues et reconnues comme « médicales ». Qu'il s'agisse de recherche fondamentale ou de recherche appliquée, les agents qui les produisent, s'ils peuvent être médecins, appartiennent d'abord au champ scientifique. La légitimité de leur production en médecine est donc liée à leur reconnaissance par les élites médicales⁹⁷, aux verdicts des instances de consécration du champ médical (facultés, académies) quant à leur utilité et aux usages qui en sont faits⁹⁸. Les enjeux sont particulièrement importants puisque c'est en partie en mobilisant les apports théoriques et pratiques de ces sciences « auxiliaires », que chirurgie et médecine commencent à se spécialiser. Tandis que la première se divise en domaines d'intervention spécifiques organisés par zone anatomique (urologie, gynécologie, orthopédie ORL) la seconde étend ses domaines d'intervention de deux manières : elle définit de nouvelles entités pathologiques qui deviennent des domaines de spécialité⁹⁹ et/ou elle prend en charge des catégories de population définies comme socialement et médicalement problématique (les fous, les enfants « débiles » ou anormaux, les criminels etc.)¹⁰⁰.

La médecine sociale constitue un idéaltype de ces espaces de pratiques qui naissent de la construction d'un objet (comportements, mœurs et santé des populations-cibles) en problème social et dans lesquels objectivation médico-administrative et approches scientifiques s'articulent et favorisent la naissance de nouveaux regards cliniques. Des trois espaces, il est sans doute celui qui est le moins autonome, puisque intrinsèquement

⁹⁷ Pour George Weisz, les critères d'appartenance à l'élite (fin XIX^e siècle début XX^e siècle) sont l'occupation d'une position dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris (chef de laboratoire, médecin des hôpitaux) et/ou à la Faculté de médecine (chef de clinique, professeur agrégé, professeur titulaire) Il exclut les médecins d'asiles, de sanatoriums et d'hôpitaux publics. J'ai repris cette définition en y intégrant tous ceux qui pouvaient se prévaloir d'un titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris qui est un facteur de distinction manifeste dans le monde médical. George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, 7, 1994, p. 178.

⁹⁸ Claude Bernard (1813-1878) et Louis Pasteur (1822-1895) en constituent deux exemples paradigmatiques.

⁹⁹ Dans le cas où l'institutionnalisation d'une spécialité réussie.

¹⁰⁰ Sur la question des disciplines qui se pérennisent en construisant leur objet en problème social on lira : P. Conrad, J. Schneider J., *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Temple University Press, 1992. L'ouvrage offre une recension minutieuse des effets de la « médicalisation » sur la formulation des problèmes publics aux pages 248 et suivantes.

lié à la capacité de l'offre à susciter ou entretenir la demande sociale de médicalisation et à sa capacité à la convertir au plan politique.

Faire travailler la problématique « mise en guerre du champ médical » est donc une manière de prendre au sérieux l'idée selon laquelle l'arrivée de Godart au pouvoir « [...] peut aussi s'interpréter comme la conséquence (socio) logique de l'entrée massive de civils dans les cadres du SSM » qui devient une « armée sanitaire de 168 000 non combattants, composée majoritairement de civils : 19 474 médecins de complément versus 1 707 médecins du cadre actif ; 3 828 pharmaciens, 120 350 infirmiers et 10 100 infirmières pour la plupart civils ¹⁰¹ ». Cela suppose d'aller au-delà de la question du nombre et de s'intéresser aux effets de la rencontre entre ces deux espaces de pratiques en partie étranger l'un à l'autre - le champ médical d'une part, la médecine militaire d'autre part - tout en s'efforçant de penser ensemble la situation des agents impliqués dans les dispositifs de secours privés et de ceux qui sont directement incorporés (mobilisés et engagés volontaires) dans les rangs du SSM.

Tous les travaux qui portent sur le service de santé ou la médecine en 14-18 ont montré qu'il existe des conditions objectives à la structuration d'un clivage médecins civils / médecins militaires et que celui-ci n'est pas sans effet. Médecins, chirurgiens, pharmaciens etc. civils occupent pour l'essentiel des positions subalternes dans le SSM au début de la guerre et il semble qu'on ait mésestimé la portée de cette expérience. Vincent Viet est le seul à ma connaissance à avoir analysé cette situation comme génératrice de « frustrations » alimentant une « irritation [...] diffuse, composite et discordante » chez les « médecins » ¹⁰². Mais on peut aller plus loin. Très vite, les institutions qui peuplent le champ - les associations professionnelles et les sociétés savantes - se mobilisent et, tout au long de l'année 1914-1915, elles négocient les conditions de participation à la guerre de leurs agents. Pour l'essentiel, les pressions qu'elles exercent visent à obtenir une meilleure péréquation entre le grade et les compétences, entre le statut civil et le statut militaire. Le passage sous l'uniforme transformerait-il des agents dominants (dans le champ médical) en dominés (dans l'institution SSM) en les plaçant dans des positions de subalternes où leur capital spécifique n'aurait pas ou plus beaucoup de valeur ? Le cas échéant, quel rapport peut-on établir entre cette situation de déclassement relatif et la mise en forme et la promotion d'un programme de réforme ?

Tout se passe comme si les titres, les qualifications et les fonctions civiles des hospitaliers et des universitaires, de « leurs » internes et de leurs « agrégés » - au fondement de leur « valeur professionnelle » et de leur pouvoir dans le champ médical -

¹⁰¹ V. Viet, « Médecins et médecine de guerre », art.cité, p.215-216.

¹⁰² *Ibid.*, p.82.

étaient démonétisées par la guerre, comme si la subordination à l'autorité de médecins (civils ou militaires) souvent moins bien dotés au plan scientifique et/ou médical alimentait chez ses agents une « souffrance de position¹⁰³ » au principe de l'opposition à la 7^e direction. En ce sens la production et la mise à l'agenda d'un programme de réforme ne saurait se lire comme une simple réponse aux besoins suscités par la guerre. Elle pourrait être aussi et surtout le produit de la mobilisation d'agents cherchant à reconquérir une autonomie en partie perdue, travaillant à faire de la médecine de guerre une médecine en guerre, à « normaliser » la médecine militaire, c'est-à-dire à l'aligner sur les critères, les principes, les logiques de fonctionnement et les normes qui prévalent dans le champ médical. Dans cette perspective, l'éviction de 7^e direction et son remplacement par une direction politique (le Sous-secrétariat d'état au service de santé militaire) se donne à voir comme le produit d'une « conjoncture fluide¹⁰⁴ », d'une séquence marquée par la confrontation normative entre agents appartenant à des espaces sociaux différenciés mais interconnectés - ici entre les hospitaliers, universitaires et fondamentalistes du champ médical et les autorités médico-militaires - et débouchant sur un réajustement des relations de pouvoir entre les différentes fractions composant la configuration sociale de la santé en guerre.

Le carton et l'objet (sources et méthodes)

L'enquête présentée dans les lignes qui vont suivre n'est pas née de la découverte d'archives inédites comme c'est parfois le cas et elle ne s'est pas construite sur le dépouillement d'une série ou d'un fonds en particulier. Elle a au contraire mobilisé des sources très diverses appartenant à des ensembles très différents : les archives « administratives » de la Direction du Service de Santé des Armées conservées pour partie au Service Historique de la Défense (SHD) et au Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées du Val-de-Grâce¹⁰⁵, deux sous-séries des Archives Nationales¹⁰⁶, un fonds (Barrès) du département des manuscrits de la BNF¹⁰⁷ et, enfin, un

¹⁰³ Pierre Bourdieu, *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.

¹⁰⁴ Michel Dobry, *Sociologie des crises politiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.

¹⁰⁵ Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées du Val-de-Grâce, Archives de la direction du service de santé militaire (CDM/VdG/ADSSM). Voir notamment Agnès Chablat-Beyot, Amable Sablon du Corail, *Guide des sources conservées par le Service Historique de la Défense relative à la Première Guerre Mondiale*, Vincennes, Novembre 2008. Frédéric Queguineur, Archives de la Défense, Ministère de la Guerre, Archives rapatriées de Moscou, Direction du service de santé Répertoire numérique détaillé, Sous-série GR 9 NN 7 (ex 9 NN, récolée depuis).

¹⁰⁶ Sous-série F/7 Police, Rapports des préfets et des commissaires de police et Sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale (1852-1951) » - cartons 530 à 542 .

¹⁰⁷ BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II. Voir Florence Callu et Marie-Odille Germain (dir.), *Correspondance de Maurice Barrès. Inventaire des lettres reçues 1874-1923*, Paris, éd. Bibliothèque Nationale, 1992.

des « fonds privés » conservés aux archives du Musée de l'Institut Curie¹⁰⁸. Des publications les plus officielles comme les débats parlementaires à la correspondance personnelle en passant par la production administrative ordinaire (rapports, notes, instructions des agents du ministère de la guerre), elle a sollicité des matériaux de factures diverses aux statuts très différents.

L'éclectisme dans le choix des sources, n'est ni particulièrement novateur, ni même original. Il mérite toutefois quelques mots dans la mesure où il est le produit d'une démarche d'enquête que l'on peut résumer de la manière suivante : « *ce n'est pas le carton qui fait l'objet, mais l'objet qui fait le carton* »¹⁰⁹. Par cette formule en chiasme qui sonne (ou sonnait à l'époque du moins) comme une provocation, Michel Offerlé condensait en quelques mots une ambition programmatique qui est devenue celles des « socio-historiens »¹¹⁰ : il s'agit à partir d'une question préalable de constituer les matériaux qui correspondent à l'objet de recherche et, d'une certaine manière, « d'inventer » ses sources. C'est ce à quoi je me suis appliqué ici en m'efforçant de centrer mes recherches sur celles auxquelles j'avais des questions à poser. Un « terrain » en effet ne répond que si on l'interroge et en ce sens les sources mobilisées ici ne prétendent nullement représenter de manière équilibrée l'espace des sources disponibles, sources qu'il a d'ailleurs fallu parfois « inventer ».

Très peu d'archives permettent par exemple d'analyser le régime d'administration des infirmités militaires issu de la loi de 1831 dont on connaît fort mal le fonctionnement et les effets. Pour cerner la politique des pensions et secours, j'ai réunis et croisé trois types de sources : des travaux et thèses de droit (7), des données statistiques produites par l'armée et les Recueils d'arrêts de la Section du Contentieux au Conseil d'État. Les productions juridiques m'ont permis de restituer la procédure, ses évolutions et de saisir en définitive la configuration institutionnelle dont cette politique était le produit. En croisant les données de la Statistique Médicale de l'Armée et les décisions du Contentieux en matière de pensions (dépouillées, dans les deux cas, sur près de 20 ans) la démarche produit des gains heuristiques notables : elle donne à voir la manière dont l'armée gère le

¹⁰⁸ Voir le catalogue en ligne sur Calames : [<http://www.calames.abes.fr/pub/>].

¹⁰⁹ Michel Offerlé, « L'électeur et ses papiers. Enquête sur les cartes et les listes électorales (1848-1939) », *Genèses*, 13, 1993, p. 29-53.

¹¹⁰ Voir entre autres, Philippe Bezès, Frédéric Pierru, « Les dé-liaisons dangereuses. Les trajectoires croisées de la sociologie de l'État, de l'analyse des politiques publiques et de la science administrative. Un essai de comparaison franco-américaine », communication à la Section thématique n°14 – « L'analyse des politiques publiques existe-t-elle encore ? », 10ème Congrès de l'AFSP (2009). François Buton, « Portrait du politiste en socio-historien : la « socio-histoire » dans les sciences politiques », dans François Buton et Nicolas Mariot (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire du politique*, Paris, PUF-CURAPP, 2009, p. 23-44. François Buton, Nicolas Mariot, Entrée « Socio-histoire » du *Dictionnaire des idées*, « Notionnaires » vol.2, *Encyclopaedia Universalis*, 2006, p. 731-733. Renaud Payre, Gilles Pollet, *Socio-histoire de l'action publique*, Paris, La découverte, 2013.

capital humain et elle éclaire les pratiques ordinaires de l'État en matière d'administration du dommage corporel au moment où le système de 1831 commence à faire problème dans le champ politique.

De la même manière, les sources permettant de saisir les processus de publicisation et de politisation des questions de santé aux armées, avant ou pendant la guerre, ne sont pas légion. Pour en rendre compte, j'ai utilisé la presse et les débats parlementaires, deux types de productions qui exigent qu'on en fasse des usages très contrôlés. Aussi, je me suis attaché dès que possible à les traiter de manière sérielle et à les mettre en perspectives en les croisant avec d'autres, en essayant de toujours préciser qui prend la parole et d'où parlent ceux qui le font. Si la constitution d'un petit corpus de coupure presse s'est avérée très utile pour saisir les registres de disqualification mobilisés contre le service de santé au début la guerre et la dynamique de l'échange de coups qui s'engage avec sa direction, l'opération ne permettait pas en revanche d'appréhender les ressorts sociaux du « scandale des blessés » qui émerge dans l'espace public au lendemain de la Marne. Saisir les mécanismes de la production sociale de l'intolérable supposait donc de chercher ailleurs, d'avoir recours à d'autres types de sources et notamment à la correspondance d'un des principaux entrepreneurs en scandale (Barrès) dont j'ai exploité un échantillon d'une quarantaine de lettres. Cinq rapports produits entre mars et juillet 1915 par une commission interministérielle et deux des grandes commissions de la Chambre (Hygiène) et du Sénat (Armée), ont ensuite été passés au crible. Ce sont des sources bien connues que j'ai réinterrogées de manière différente afin d'approcher les logiques de production du discours de la réforme qu'ils véhiculent. Il s'agissait d'essayer de voir ce que la prise en charge du « problème des blessés » dans le champ politique faisait à la cause.

Il y a différentes manières de saisir une entreprise réformatrice à l'œuvre et d'essayer d'observer au plus près le travail ordinaire qu'elle produit. Vincent Viet l'a fait à partir des « archives Godart », autrement dit à partir de son centre (le sous-secrétariat) et dans une perspective globale ; il s'agissait pour lui de saisir tous les aspects de la politique de santé publique mise œuvre. J'ai choisi pour ma part d'adopter une focale plus longue (qui rapproche le sujet) et de mobiliser des archives produites par des agents opérant « sur le terrain » en suivant au plus près deux avant-postes de la réforme : l'inspection médicale des usines de guerre et le Groupement des Service Chirurgicaux et Scientifiques (GSCS).

J'ai exploré le premier terrain à partir des archives de « l'organisation médicale des usines de guerre » versées par le Ministère du Travail aux Archives Nationales et celles des usines de guerre de l'État elles-mêmes, conservées par le Service Historique de la Défense

sur le site de l'ancienne Manufacture d'Armes de Châtellerault (MAC)¹¹¹. Ces sources produites par les agents des cabinets ministériels de la Guerre, de l'Armement et du Travail en charge de l'administration des mains-d'œuvre, par les directeurs civils et militaires des différents établissements et par les médecins eux-mêmes, ne laissent guère de place pour écrire une histoire du point de vue des subalternes. Le dépouillement des échanges entre services, des notes, rapports et autres documents internes, permet en revanche d'ouvrir une fenêtre sur l'arrière-cour d'une entreprise de réforme dont rien ne garantit le succès. En éclairant l'histoire de l'inspection médicale des usines de guerre du point de vue de ses acteurs¹¹², ces archives permettent aussi de mieux cerner les modalités concrètes de l'administration sanitaire et médicale des mains-d'œuvre de l'armement pendant la guerre et d'en réévaluer la portée.

La logique d'investigation est la même concernant le GSCS dont les archives étaient, jusqu'il y a peu, inconnues des chercheurs. Les archives privées du directeur scientifique du Groupement déposées aux archives du Musée de l'Institut Curie dans les années 2000 et inventoriées tout récemment¹¹³ se composent de 24 cartons, dont 15 consacrés à l'abondante correspondance reçue sur la période 1912-1926, et 6 à des documents écrits par Regaud en tant que directeur du Groupement (notes et brouillons et copies de la correspondance officielle). Je me suis appuyé en particulier sur le dépouillement exhaustif des documents relatifs au centre d'instruction médico-militaire de Bouleuse, des écrits de Regaud en tant que directeur du Groupement et sur l'intégralité de la correspondance échangée entre janvier 1917 et juin 1918, complétée le cas échéant par celle de l'année 1915. Là encore, ces archives donnent à voir le fonctionnement de l'institution de l'intérieur, en quelque sorte depuis les coulisses, du point de vue de son directeur et de ses collaborateurs mais aussi de certains supérieurs hiérarchiques. Elles offrent ainsi l'opportunité de mieux décrire et comprendre une entreprise réformatrice en action, avec ses ambitions, ses coups, ses tactiques et ses difficultés et *in fine*, elles donnent à voir les logiques d'action des agents qui la mènent et des limites pratiques qu'ils rencontrent.

Je voudrais dire un mot enfin des principes (qui sont aussi des buts à atteindre) qui ont conditionné mon rapport à l'empirie. Tout au long des lignes qui vont suivre, je me suis

¹¹¹ Archives Nationales – sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale (1852-1951) » - cartons 530 à 542 : « Guerre de 14-18 : usines de guerre, placement des mutilés de guerre, transformation des fabriques de guerre en fabrique de paix, lutte contre le chômage. 1914-1919 ». SHD - Centre des archives de l'armement et du personnel civil (CAAP - Châtellerault) - sous-séries 2H2 Archives de la MAC, 2H3 MAT, 2G2 Bergerac, 3H10 Tarbes.

¹¹² L'historique du fonds est peu disserte sur sa provenance mais l'importance quantitative des pièces émanant de l'Armement et/ou de la Guerre dans ces archives versées par le Ministère du Travail permet de penser qu'une part significative de ces documents (cartons 532 à 539) a été rassemblée par l'inspecteur du travail Marcel Frois qui codirigera « l'inspection ».

¹¹³ Voir Anaïs. Massiot, Natalie Pigeard-Micault, « Le fonds Hôpitaux d'Origine d'Étape de Bouleuse, Prouilly et Épernay (1917-1918) », *Histoire des sciences médicales*, 47(3), 2013, p. 355-362.

efforcé de produire une histoire incarnée dans laquelle les processus ne se saisissent qu'à travers l'histoire des agents sociaux qui les portent, ce qui suppose de toujours dire qui ils sont et d'où ils parlent. J'ai tenté, avec une inégale réussite, de le faire de manière systématique ce qui demande d'utiliser un matériel sans doute un plus restreint mais permet, en retour, d'en mieux connaître les conditions de production et d'en faire en définitive un usage à la fois plus intensif et mieux contrôlé.

Temps long des institutions et temps court de l'évènement

Pour ordonner ces analyses les développements s'organisent en six chapitres. Les trois premiers montrent comment la construction de l'État national impérial moderne transforme le gouvernement des corps aux armées. Dans un premier temps, l'enquête revient sur la genèse militaire de la santé publique, montre que la logique de préservation qui la fonde ne s'impose que partiellement dans l'armée quand, à partir des années 1850, une première politique de santé militaire prend forme. Elle analyse alors les contestations dont celle-ci fait l'objet dans l'arène parlementaire à partir des années 1900. Dans un second temps, la recherche met en lumière le fonctionnement et les logiques du régime d'administration des infirmités militaires issu de la loi sur les pensions d'avril 1831 et en éclaire la dimension profondément différentialiste. Dans les deux cas, les années 1870-1880, sont décisives : la santé des troupes et la vulnérabilité sociale des blessés et malades militaires y sont à la fois objectivées médicalement et politisées. Des médecins, juristes, publicistes, politiques et hauts fonctionnaires, tous liés aux réseaux hygiénistes et/ou réformateurs, contestent le monopole du commandement sur le corps des hommes en armes. Pour ces agents, la construction d'une armée nationale fondée sur la généralisation de la conscription suppose une autre gestion, plus scientifique et moins disciplinaire, des « populations » militaires - désormais envisagées comme un « capital humain » - et la construction d'une véritable citoyenneté sociale sous l'uniforme. Ces trois chapitres soulignent qu'en dépit de transformations bien réelles qui s'opèrent à partir des années 1890-1900, le gouvernement des corps dans l'armée - ce qu'elle fait et non ce qu'elle prétend faire - demeure très éloigné de la rationalité préservatrice et du mythe du soldat-citoyen portés par les hygiénistes et les réformateurs civils et militaires. En août 1914, le troupier reste pour le commandement, qui prépare « une guerre à coups d'hommes », un matériau obéissant et consommable que, dans la perspective d'une guerre courte, rien n'invite à préserver. Quant aux agents qui voulaient « faire une [18]98 des militaires », ils ont échoué à faire advenir la réforme et en août 1914, le dispositif issu de la loi de 1831 est toujours en vigueur.

Les trois chapitres suivant s'attachent à mettre en lumière les effets de la mise en guerre du champ médical sur ses agents et la manière dont ces derniers, en retour, agissent pour transformer le gouvernement de la santé en guerre.

Les chapitres quatre et cinq changent la focale et se concentrent sur la première année de guerre dont ils entendent montrer qu'elle ne constitue pas une rupture dans l'histoire de l'administration des blessés et malades de guerre mais un espace d'opportunités et un point de bifurcation. Malgré la force du « discours dominant patriotique » et l'intensité des pratiques de contrôle (censure et surveillance), la situation des blessés et malades militaires est constituée en problème dans l'espace médiatique, et la direction du service de santé militaire est « mise en scandale ». L'enquête met en lumière le rôle des civils mobilisés, notamment des professionnels de santé – jeunes patrons de la médecine universitaire, agrégés et internes, hospitaliers, chercheurs (fondamentalistes) - qui vivent avec leur mise en guerre une expérience malheureuse de désajustement et de désœuvrement. Placés en position de subalternes dans un corps de santé où prime une logique bureaucratique, une partie de ces élites médicales mobilise dès l'automne ses réseaux politiques et appelle à une « réforme globale » de l'organisation sanitaire, envisagée comme une « remise en ordre » de la médecine de guerre en ce qu'elle est censée remettre tout le monde à sa place, selon ses compétences, en restaurant les normes et hiérarchies du champ médical. Cette « académisation » du service de santé est à la fois un moteur, un enjeu de la réforme et, pour ceux qui la promeuvent, une condition de son succès. L'accès au pouvoir des réformateurs en juillet 1915, incarné par la création d'un sous-secrétariat au service de santé dirigé par Justin Godart, s'explique alors moins par la « prise de conscience » de la situation objective des blessés et malades ou par les mobilisations des premières associations de blessés que par l'entrée dans le jeu des élites hospitalo-universitaires à partir de janvier 1915.

Le dernier chapitre réunit deux études de cas permettant de saisir concrètement, les logiques, les tensions, les contradictions et les effets du processus de réforme engagé par l'équipe de Godart. L'histoire de l'inspection médicale des usines d'armement éclaire d'abord les conditions et modalités de mise en œuvre d'une politique de santé dans les usines de guerre et permet de saisir ce que la guerre fait à l'espace social naissant de la santé au travail. De manière assez contre-intuitive, l'enquête révèle que si la logique de santé publique peut entrer en contradiction avec l'impératif productiviste, elle peut aussi jouer contre la santé des travailleurs et travailleuses. Le cas du Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques, véritable poste avancé de la réforme en zone des armées, permet également d'analyser, sous un autre angle, l'ordinaire d'une entreprise de réforme confiée, elle, à l'histopathologiste lyonnais Claudius Regaud. La mobilisation, autour de et par Regaud, de segments spécifiques du champ médical (réseaux lyonnais, vivier de

Pasteur), et l'alliance avec certains médecins militaires donne à voir ce que la guerre fait au champ et ce que ses agents (certaines fractions) font de la guerre.

CHAPITRE PREMIER

GOUVERNER LA SANTÉ DES HOMMES EN ARMES. GENÈSE, INSTITUTIONNALISATION ET POINTS DE VÉTO D'UNE POLITIQUE (1770-1914)

13 mai 1891, Ernest Constans (1833-1913), ministre de l'intérieur du quatrième cabinet de Freycinet (1828-1923)¹, adresse un courrier au président du Comité consultatif d'hygiène de France (CCHPF), le doyen de la faculté de médecine de Paris, Paul Brouardel (1837-1906). Il lui demande de le « *mettre le plus tôt possible en mesure de répondre aux critiques formulées par M. le Président du Conseil des Ministres*² », critiques déclenchées par le dernier rapport du titulaire de la chaire de médecine légale³ :

« L'examen du rapport que M. le Professeur Brouardel a fait au comité consultatif d'hygiène publique de France sur la répartition de la fièvre typhoïde [dans les villes de garnison] et que le journal officiel du 30 avril dernier a publié, m'a causé une pénible surprise. Non seulement tous les faits empruntés par M. Brouardel à la statistique médicale de l'armée émanant de mon département n'ont actuellement qu'une valeur rétrospective [...] mais je ne saurais comprendre comment, même pour la période

¹ Charles de Freycinet a déjà été trois fois Président du conseil depuis sous la présidence de Jules Grévy. S'il a déjà cumulé présidence du conseil et ministère, c'est la première fois que ce soutien de Gambetta et Ferry prend le portefeuille de la guerre (1890-1892) et c'est le premier civil à occuper le poste.

² Archives et manuscrits de la bibliothèque interuniversitaire de santé - Ms 2397-2401 : Papiers scientifiques du Professeur Paul Brouardel (1837-1906) - Ms 2397 « Notes, essai, cartes, croquis, correspondance (1872-1903) », Lettre d'Ernest Constans, 13 mai 1891.

³ Paul Brouardel, « Répartition de la fièvre typhoïde en France d'après les documents fournis par la statistique médicale de l'armée et la statistique de la population civile », *Recueils des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France*, séance du 20 avril 1891, vol. 21, p. 193-272.

antérieure au 1^{er} janvier 1889 on peut écrire que la fièvre typhoïde fait chaque année 1 300 victimes dans l'armée de terre [...]»⁴.

Sur quatre pages d'une écriture serrée, le chef du gouvernement - qui est aussi le ministre de la guerre -, se livre à une déconstruction en règle des arguments avancés par Brouardel. Il rappelle au passage qu'il expose chaque année depuis 1889, dans un rapport au président de la République consacré à « L'hygiène de l'armée », les résultats des réformes entreprises dans le cadre de la politique de lutte contre les épidémies. Autrement dit, le rapport de Brouardel le contredit ouvertement, publiquement, et le désaveu est d'autant plus mal venu que la critique est jugée infondée. Dès le 14 mai, le président du CCHPF répond à son ministre de tutelle⁵. La lettre du président du conseil « *l'a ému* » et il serait « *coupable* » s'il avait négligé « *de reconnaître les efforts persistants et couronnés de succès que le ministre de la guerre a fait pour arriver à diminuer le nombre des victimes de la typhoïde dans l'armée* »⁶. Répondant point par point au ministre il plaide la maladresse mais la bonne foi et s'efforce de désamorcer le conflit. Il y parvient, semble-t-il, comme l'indique ce dernier courrier par lequel de Freycinet lui fait savoir que le problème est en passe d'être réglé :

« Mon cher Président,

Je vous remercie de votre communication du 2 c^t, dont je m'empresse de donner connaissance à M Dujardin-Beaumetz [directeur du service de santé]. Elle suffira, je n'en doute pas, à dissiper tout malentendu avec le corps de santé militaire⁷ ».

Petite fenêtre ouverte sur les coulisses de l'État, cet échange inégal à trois bandes est riche d'enseignements. Il offre d'abord un éclairage intéressant sur les rapports ordinaires entre administrations ; celle de la guerre (direction du service de santé militaire) et celle de l'intérieur en l'occurrence (dont dépend le CCHPF). L'État n'est pas un bloc, une entité homogène agissant d'un seul tenant, c'est un espace social structuré par des oppositions liées aux types de capitaux détenus par les agents qui y participent et à leurs intérêts. Composés de sous-espaces distincts (mais liés entre eux), l'État est un champ de force - toujours susceptibles de devenir un champ de luttes - dans lequel les acteurs

⁴ *Ibid.*, Lettre de Charles de Freycinet, 10 mai 1891.

⁵ Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France est un organe consultatif fondé en 1848 et rattaché au ministère du Commerce où il remplit un rôle d'expertise. Il est chargé des questions sanitaires (salubrité des villes et de l'habitat, alimentation en eau potable, surveillance des denrées alimentaires, hygiène industrielle, protection légale des travailleurs, etc.), et des mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation d'épidémies et d'épizooties (isolement, désinfection, prophylaxie sanitaire maritime, etc.). À partir de 1889, les principaux services d'hygiène - notamment le CCHPF - sont transférés du Commerce au ministère de l'Intérieur. C'est désormais un ministère régalien (bras armé de l'État) qui prend en charge la mise en œuvre des mesures d'hygiène confiées aux conseils généraux et aux municipalités (déjà chargées de l'administration des hôpitaux et des hospices).

⁶ *Ibid.*, Lettre de Paul Brouardel à Ernest Constans, 14 mai 1891.

⁷ *Ibid.*, Lettre de Charles de Freycinet, 6 août 1891.

détenteurs des ressources organisationnelles collaborent et luttent pour énoncer et produire l'officiel⁸. Or c'est précisément ce que donnent à voir ces courriers. Le recadrage du ministre vise à empêcher que le clivage entre la direction du service de santé et le CCHPF ne se transforme en lutte ouverte (il faut « *dissiper tout malentendu* ») mais aussi à conserver le monopole du discours légitime sur la politique de lutte contre les épidémies aux armées. Mais ce n'est pas tant le conflit lui-même que l'objet du conflit qui retient ici l'attention. Le fait que le ministre perçoive le rapport Brouardel comme une source possible de délégitimation de son action politique et que la lutte antiépidémique (dans l'armée) fasse l'objet d'affrontements à la jonction des champs politique, bureaucratique et médical n'est pas anodin. Cela signifie que la santé des troupes est devenue un enjeu politique de premier ordre et que la mise en œuvre d'une politique destinée à préserver et à entretenir la santé des hommes en armes – en temps de paix comme en temps de guerre - est un élément central du registre de légitimation du ministère. Gouverner l'armée, c'est donc aussi préserver la santé des soldats ; mieux, c'est l'améliorer comme l'écrit le général ministre de la guerre Émile Zurlinden (1837-1929) en préambule de son instruction sur l'hygiène des troupes en 1895 :

« En temps de paix, la préoccupation constante de tout commandant de troupe, quel que soit son grade, doit être de ménager et de conserver intacte la santé de ses soldats. D'un autre côté, il a le devoir d'entraîner progressivement ses hommes, d'en faire des soldats alertes et vigoureux, de les rendre aptes à supporter moralement et physiquement les fatigues et les privations de la guerre⁹ ».

En cette fin de XIX^e siècle, il ne s'agit plus seulement de soigner les blessés et les malades et d'endiguer les épidémies dont on sait de longue date qu'elles trouvent dans la guerre des conditions favorables à leur développement. Ces deux exemples – le recadrage de 1891 et les prescriptions ministérielles de 1895 – attestent l'affirmation d'une rationalité préservatrice, l'émergence d'une forme nouvelle de gouvernement des corps dans l'institution militaire. C'est l'histoire de cette transformation, qui n'a rien d'évidente ni de naturelle, que ce premier chapitre entend éclairer en trois temps. Il montrera en premier lieu que c'est entre les années 1770 et 1840 qu'émerge une rationalité préservatrice aux armées, quand des savoirs scientifiques, médicaux et administratifs « nouveaux » prennent la population pour objet et commencent à quantifier le social¹⁰. Les

⁸ Voir Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au collège de France 1989-1992*, Éditions Seuil/Raisons d'agir, 2012.

⁹ Général Zurlinden, « Note ministérielle du 30 mars 1895 au sujet de la nécessité de l'initiative pour assurer le maintien de la santé des troupes ». Elle fait office d'avant-propos à l' « Instruction ministérielle sur l'hygiène des hommes de troupes », publiée le même jour. Voir *Journal Militaire*, 1^{er} semestre 1895, n°9.

¹⁰ Pour une vue d'ensemble de ce moment voir les pages incontournables de B. P. Lecuyer, « *L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850* », dans C. Salomon-Bayet éd., *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Payot, 1986, p. 67-139. Pour une analyse renouvelée de cette séquence voir l'ouvrage de synthèse très riche de Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe. De la fin du XVIII^e aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Paris, Éditions SEDES, coll. Histoire, 2012 (1^{ère} éd. 2011). Pour

élites de la médecine opérant aux armées, souvent proches du pouvoir royal, jouent un rôle décisif dans ce processus en élaborant une hygiène militaire qui contribue à la diffusion de savoir-faire à visée préventive et d'un ensemble de prescriptions normatives ayant vocation à transformer les conditions de vie des gens de guerre. Mais l'Empire et la Restauration correspondent pour le service de santé à une période de rationalisation bureaucratique et budgétaire peu favorable à la prévention dans un monde qui reste dominé par la chirurgie et la logique curative.

Les lignes qui vont suivre s'efforceront ensuite de montrer que c'est dans la seconde moitié du XIX^e que l'administration sanitaire des populations militaires se consolide et qu'il devient possible d'envisager la production d'une politique de santé militaire. Les campagnes de Crimée (1853-1856) et d'Italie (1859) jouent un rôle décisif dans ce processus en ce qu'elles permettent aux promoteurs de la logique préventive de présenter ces victoires militaires comme des crises sanitaires justifiant une réforme du corps de santé qu'il faut libérer de ses entraves (l'intendance). Cette quête d'autonomisation s'appuie également sur l'élaboration et la diffusion de nouveaux savoirs et savoir-faire de gouvernement à forte composante médicale que sont « l'épidémiologie », l'hygiène et la statistique¹¹. La défaite de 1870, l'hécatombe variolique qui l'accompagne ouvre alors un espace d'opportunités politiques décisif aux agents qui - du dedans comme du dehors - travaillent à mettre sur pied une politique pérenne de santé aux armées.

La démonstration s'attachera enfin à mettre en lumière la multiplicité des usages politiques dont la question sanitaire (dans l'armée) fait l'objet dans les années 1900. Elle en mettra en lumière les justifications médicales et éclairera les effets contradictoires de cette politisation (légitimation et segmentation de la cause).

I L'Émergence d'une rationalité préservatrice dans le monde militaire : des années 1770 aux années 1840

Comprendre comment les hommes en armes sont devenus une population cible relevant d'une intervention publique spécifique visant à préserver leur santé suppose d'opérer un retour sur la construction de la médecine d'armée et de se dépendre du récit de soit épique que livre l'institution militaire en assimilant bien vite la présence de

une synthèse récente et affûtée sur la question des savoirs administratifs voir Isabelle Laboulais, « La fabrique des savoirs administratifs », dans Dominique Pestre (dir.), *Histoires des sciences et des savoirs*, tome 1, Stéphane Van Damme (dir.) *De la renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 2015, p.447-463.

¹¹ Claire Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées dans les expéditions lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique)*, thèse pour le doctorat d'histoire, dir. Daniel Nordman, EHESS, 2006.

chirurgiens et de médecins aux armées à une politique de santé publique. À rebours de cette mythologie d'institution qui manque singulièrement de précision historique, les lignes qui vont suivre s'attacheront à montrer comment la forte croissance des appareils militaires¹² européens et la formation des champs académiques et scientifiques nationaux rendent possible l'émergence d'une politique de santé militaire. Il s'agit en effet de rendre compte des transformations cognitives qui interviennent alors sans les déconnecter des conditions sociales de leur production, autrement dit, de faire aussi l'histoire des institutions, des personnels et pratiques qui conditionnent ces transformations. Je reviendrai d'abord sur la construction de l'administration sanitaire militaire (au XVIII^e) en montrant en quoi elle contribue à la naissance de la clinique d'une part (1.1). Dans un second, j'insisterai sur le rôle moteur joué par les médecins et chirurgiens « des grands » dans la genèse de la médecine publique et de l'hygiène, en particulier aux armées (1.2). Enfin, je montrerai que la formation du champ médical moderne se traduit, au début du XIX^e siècle par une relative marginalisation de l'hygiène militaire (1.3).

1.1 La santé aux armées : construction d'une administration sanitaire et naissance de la clinique au XVIII^e siècle

« Ce ne fut donc véritablement que lorsque les différents corps d'armée furent soumis à une même police, à un seul chef, enfin lorsque les Rois prenant les troupes à leur solde, leur donnèrent une organisation régulière et permanente, que l'on s'avisait de former des hôpitaux à la suite des armées, ou à leur portée, pour y recevoir des blessés et malades de tout grade ».

Félix Vic d'Azyr, 1816. p. 228-229.

Depuis les années 1960-1970, des travaux d'histoire et de sociologie historique nombreux et convergents ont montré comment s'était opéré, entre les XI^e et XVI^e siècles, avec la captation de la souveraineté politique par le pouvoir royal, la construction d'un centre politique autonome, différencié du pouvoir spirituel et du reste de la société. Ils ont également mis en évidence le fait que la sociogenèse de l'État centralisé de type national reposait sur la monopolisation des ressources fiscales et militaires¹³. Si on voulait résumer, on pourrait dire qu'à partir de la « Révolution militaire »¹⁴, cette forme

¹² C'est une caractéristique de la période comprise entre la seconde moitié du XVII^e siècle et 1815, que cette forte croissance des appareils militaires et fiscaux, donc de l'armée et des agents de l'État chargés de collecter, entre autre, l'impôt qui la finance.

¹³ Voir parmi bien d'autres : Norbert Elias, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1973 et 1975, trad. de l'allemand par Pierre Kamnitzer, rééd., Pocket, 2006, « Sociogenèse de l'État, p.5-179. Ch.Tilly, *Contraintes et capital dans la formation de l'Europe : 990-1990, op. cit.*, P. Bourdieu, « De la maison du roi à la raison d'État [Un modèle de la genèse du champ bureaucratique] » art. cité, p. 55-68. DOI : <https://doi.org/10.3406/arss.1997.3222>.

¹⁴ J'emploie ici par commodité de langage ce concept utilisé par l'historien anglais Michael Roberts (1909-1958) dans sa conférence inaugurale à l'Université de Belfast (1955) et qui désigne un ensemble

spécifique d'organisation du pouvoir politique se construit et se renforce, par et dans la guerre au point que « *la structure de l'État apparaît comme un produit secondaire des efforts faits par les gouvernants pour acquérir les moyens de faire la guerre* »¹⁵. C'est particulièrement net dans le cas « français » sous le règne des Bourbons où multiplication des conflits armés et croissance de l'appareil d'État s'autoalimentent¹⁶. La transformation des modalités de recrutement et de formation des hommes, l'accroissement des effectifs, l'augmentation de la puissance de feu et, de manière plus générale, la « technicisation » de la guerre s'accompagnent de la création de systèmes logistiques (proto)industriels (les arsenaux) et de l'intégration dans les armées royales de « corps de soutien » (non combattants). Dans ce contexte de profondes mutations de l'outil militaire, de massification et « professionnalisation » des armées, chirurgiens, médecins et apothicaires/pharmaciens commencent à intervenir au près des « gens de guerre ».

1.1.1 Naissance une administration sanitaire

Les blessés et malades des troupes royales de Louis XIV sont les premiers à être pris en charge, à la fin du XVII^e siècle, par des institutions à vocations disciplinaire et thérapeutique spécialement conçues pour eux. Sous le ministère Louvois (1646-1691), la réorganisation de l'armée passe, entre autres, par la construction ou la réfection de plus d'une centaine de places fortes aux frontières du royaume. Le système défensif conçu alors par Vauban (1633-1707) intègre tous éléments jugés nécessaires à la vie quotidienne d'une armée : casernes, magasins, églises et ... hôpitaux permanents¹⁷. Entre l'ouverture de l'hôpital militaire de Lille (hôpital Saint-Louis, 400 lits) en 1673 ou celle de l'hôpital de la Charente (hôpital maritime de Rochefort)¹⁸ en 1675 et la fin du XVIII^e, la royauté dote le territoire d'un dispositif hospitalier articulant des hôpitaux militaires permanents¹⁹

d'innovations techniques (nouveaux armements notamment l'arquebuse), tactiques (puissance quantitative et qualitative de l'infanterie) et stratégiques (développement de l'artillerie et réforme de la cavalerie et des systèmes de fortification) apparus pendant et suite à la guerre menée par les Provinces-Unies contre l'Espagne à la fin du XVI^e siècle et au début du XVII^e. Il a été discuté pendant près d'un demi-siècle. Pour une synthèse (déjà ancienne) voir: Clifford, J., Rogers (dir.), *The Military Revolution Debate: Readings on the Military Transformation of Early Modern Europe*, ed. Boulder CO, Westview Press, 1995. Rogers considère qu'il n'y a pas de révolution au sens littéral du terme mais une mutation qui débute en amont de la période considérée par Roberts.

¹⁵ Ch. Tilly, *Contraintes et capital dans la formation de l'Europe*, *op.cit.*, p.38.

¹⁶ Sur les réformes de l'armée et la politique militaire des monarques bourbons voir Olivier Chaline, *Les armées du Roi: Le grand chantier - XVII-XVIII siècles*, Paris, Armand Colin, 2016.

¹⁷ Voir Jean Guillermand (dir.), *Histoire de la médecine aux armées*, tome 1, Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1982, p. 370-380.

¹⁸ Sur l'hôpital de Rochefort voir le chapitre intéressant mais trop hagiographique de Michel Sardet : « Activité et statistiques médicales de l'hôpital maritime de Rochefort au XIX^e siècle » dans Élisabeth Belmas, Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII-XVIII siècles*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2010, p. 75-85.

¹⁹ Voir les cartes des hôpitaux militaires en 1708 et 1781 dans J. Guillermand (dir.), *Histoire de la médecine aux armées ? t.1, op. cit.* p. 400 et 432.

des hôpitaux « de charité » (« monté sur le pied militaire), des hospices « mixtes » (*i.e* structure civile accueillant des militaires) et depuis 1702 des stations thermales²⁰. En temps de guerre, des hôpitaux « ambulants » (provisoires) suivent les armées et complètent ou complexifient le dispositif. L'édit royal du 17 janvier 1708 crée des offices de médecins et chirurgiens du Roy.

Les premières années, les charges des médecins-major²¹, de chirurgiens et de contrôleurs des hôpitaux s'achètent, se vendent et peuvent être transmises. Début 1716, le pouvoir central abolit la vénalité de ces charges renforçant ainsi sa main mise sur le recrutement et la distribution de ces offices²². Le 11 août de la même année, le Conseil de la Guerre publie un règlement qui fixe les fonctions des apothicaires/pharmaciens, chirurgiens et médecins et entérine la supériorité hiérarchique de ces derniers : ils prescrivent (donc commandent aux deux autres corps) et exercent la surveillance des hôpitaux. Leurs attributions, droits et devoirs respectifs sont repris et précisés dans l'ordonnance de 1717 sur l'administration des hôpitaux et par le règlement du 20 décembre 1718 qui institue un corps d'officiers de santé permanent de 300 médecins, chirurgiens et apothicaires affectés dans les 50 hôpitaux militaires fixes des garnisons frontalières ou des ports de guerre qu'il reconnaît (essentiellement dans le Nord et l'Est du Royaume). Quatre médecins et huit chirurgiens forment alors une « inspection » chargée de contrôler l'ensemble. L'ensemble de l'organisation est réaffirmé par l'ordonnance du 22 novembre 1728 qui pérennise le système dit de « l'entreprise ». Les hôpitaux sont propriétés de l'administration de la guerre qui les construit, les dote en personnel d'encadrement²³, fixe les règles en matière de discipline, d'approvisionnement en consommables (eau, alimentation et « remèdes »), de propreté et de salubrité, mais leur gestion ordinaire est déléguée (par adjudication), sous le contrôle de commissaires de guerre²⁴, à des « entrepreneurs » auxquels la Guerre paye un prix à la journée. Le directeur

²⁰ Sur le thermalisme militaire voir Giersende Piernas, « Introduction à l'histoire des hôpitaux thermaux militaires en France », dans Élisabeth Belmas, Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires, op.cit.*, p 113-149.

²¹ Le « major » surveille la répartition des sommes allouées aux capitaines et il est dépositaire des masses communes destinées à l'habillement, l'armement, l'équipement etc. et règle les litiges entre capitaines (grade dont il est issu). En résumé, c'est un officier sans troupe (sans compagnie) qui prend en charge les attributions administratives jusqu'alors dévolues aux colonels (propriétaires des régiments). Ces officiers d'administration deviennent des officiers supérieurs en 1749. À cette date, seuls les médecins peuvent être « majors », les chirurgiens et les apothicaires/pharmaciens sont cantonnés dans les grades inférieurs. Voir Lucien Mouillard, *Les régiments sous Louis XV*, Paris, éd. L. Baudoin, 1882.

²² L'achat, la vente et la transmission des charges de médecins, chirurgiens et inspecteurs du corps de santé sont interdits par l'Édit du 20 juin 1716.

²³ Les médecins et chirurgiens « majors » des hôpitaux sont des officiers supérieurs et relèvent de la Guerre, le personnel « subalterne » (chirurgiens et apothicaires « aides-major » et les « élèves ») sont à la solde des entrepreneurs.

²⁴ Agents qui reçoivent une lettre de commission fixant leur tâche et leurs attributions. Sorte de « missi dominici » du pouvoir royal, ils sont révocables à merci et ne disposent d'aucun droit sur leur poste.

de l'hôpital est désigné par l'entrepreneur pour le compte duquel il dirige l'établissement, les commissaires, eux, nomment un contrôleur qui les représente sur place. L'ordonnance de 1728 introduit cependant deux nouveautés. Elle prescrit l'hospitalisation des « vénériens » - qui jusqu'alors étaient isolés dans des établissements spéciaux ou directement dans leurs régiments - et impose la mise en place de cours de médecine dans les hôpitaux en plus des cours d'anatomie et de chirurgie qui devaient y être délivrés. Mais le texte de 1728 ne prévoit aucun moyen pour réaliser les transformations que nécessitent ces enseignements.

Les années 1740-1750 sont alors décisives à plusieurs titres et d'abord parce qu'elles marquent le point de départ d'une série des réformes hospitalières (menées dans toutes l'Europe), qui transforme en profondeur les infrastructures sanitaires des armées. Dans les constructions nouvelles, la disposition des locaux est repensée dans le sens d'une massification de la pratique hospitalière. L'hôpital militaire de Strasbourg dont la construction (commencé en 1691) est achevée en 1742 compte 1 800 lits, ceux de Metz et Nancy, un millier. En Grande-Bretagne, l'hôpital naval Haslar et l'hôpital royal de la Marine (Plymouth) totalisent respectivement 2 000 et 1 200 lits²⁵. Dans le même temps, les hôpitaux - souvent de taille plus modeste - se multiplient dans les garnisons de l'intérieur (hôpital militaire des gardes françaises, 1759), les ports ou aux colonies (5 au « Canada »). Au-delà du changement d'échelle et de l'accélération du rythme de construction, des formes de différenciation de l'activité hospitalière sont également observables avec l'apparition de « services » spécifiquement dédiés à la prise en charge de certaines catégories de malades : galeux, vénériens, fiévreux.

Au niveau réglementaire, les mesures édictées en 1728 sont à nouveau reprises et précisées dans l'ordonnance du 1^{er} janvier 1747. Les chirurgiens et apothicaires cependant changent de statut et sont désormais commissionnés par le ministre de la guerre (et non plus employés des munitionnaires)²⁶. Pour l'essentiel, le texte durcit la surveillance des hôpitaux en renforçant le pouvoir disciplinaire qu'exercent les commissaires de guerre sur l'ensemble des personnels et réaffirme le caractère obligatoire des enseignements (médecine, anatomie, chirurgie) dans les hôpitaux²⁷. Mais comme l'ordonnance de 1728 celle de 1747 ne s'accompagne d'aucune mesure financière et dans la plupart des hôpitaux

²⁵ Voir l'ouvrage tiré de la thèse de doctorat d'Othmar Keel dirigée par Georges Canguilhem : *Cabanis et la généalogie épistémologique de la médecine clinique*, Montréal, Mc Gill University, 1977, p 404 et suivantes et le chapitre 10.

²⁶ L'administration d'Ancien Régime ne dispose pas d'une fonction publique unifiée et on distingue au moins trois catégories « d'agents » relevant du « public ». Les officiers dont on a dit qu'ils étaient titulaires d'un office vendu par le roi, les commissaires sur lesquels je reviendrais plus loin et, à partir du XVIII^e siècle, une troisième catégorie qui « préfigure la fonction publique moderne » : les commis. Voir L. Rouban, *La fonction publique, op. cit.*, p.8.

²⁷ Elle consacre aussi les établissements thermaux.

militaires du royaume les enseignements s'improvisent sans salle de dissection, ni salle qui permette de réunir des élèves pour les leçons. C'est pourtant ce texte qui régit le fonctionnement du dispositif hospitalier militaire et le statut des officiers de santé pendant trois décennies.

Le recrutement et la « carrière » obéissent encore largement aux règles générales du favoritisme et de la « présentation » et il n'existe ni système de formation cohérent et unifié ni concours d'accès au corps. Par ailleurs, les tensions et les luttes entre les trois corps d'officiers, entre officiers, intendants, commissaires-ordonnateurs des provinces et « entrepreneurs », minent l'administration sanitaire du royaume.

Produits de l'œuvre de rationalisation administrative entreprise au nom de la nécessité financière à la fin de l'Ancien Régime (dans les années 1770 et 1780), les règlements et projets de règlement de 1775, 1780, 1781 et 1788 portent la trace des logiques et intérêts contradictoires qui s'affrontent alors. En résumant, on peut dire que deux types de projets concurrents se proposent « d'améliorer » le fonctionnement du service de santé tout en réduisant les coûts des hôpitaux militaires : d'un côté (celui des médecins notamment) on cherche à renforcer le contrôle sur les hôpitaux permanents - soit en confiant les attributions des contrôleurs aux médecins et chirurgiens majors soit en créant une commission permanente chargée de leur inspection -, de l'autre (le corps des chirurgiens) on vise leur suppression et leur remplacement par des hôpitaux régimentaires. À la centralisation administrative s'oppose la réaffirmation du pouvoir régimentaire et dans les deux cas, l'enjeu c'est bien le contrôle du dispositif sanitaire et, *in fine*, de savoir qui gouverne les hospitaliers et les hospitalisés.

1.1.2 L'hospitalisation militaire et la naissance de la clinique

Les réformes et projets de réformes de l'administration sanitaire des armées du royaume dans les vingt dernières années de l'Ancien Régime ont cependant beaucoup plus en commun que ces clivages ne laissent paraître. Le principe de la formation et de l'instruction complémentaire des officiers de santé par des enseignements délivrés au sein des établissements hospitaliers n'est par exemple jamais mis en cause. En 1775, le ministre Claude-Louis de Saint-Germain (1707-1778) valide le principe de création d'écoles élémentaires et pratiques et crée (par ordonnance-règlementaire) trois écoles qu'on appelle « établissements d'amphithéâtre, dans les hôpitaux de Lille, Metz et Strasbourg²⁸. Quatre médecins surnuméraires et un chirurgien aide-major démonstrateur sont chargés dans chacune d'elle des enseignements d'anatomie, de médecine, de chirurgie, de

²⁸ Secrétariat d'État à la guerre. Règlement fait par ordre du roi, pour établir dans les hôpitaux militaires de Strasbourg, Metz & Lille, des amphithéâtres destinés à former en médecine, chirurgie & pharmacie, des officiers de santé pour le service des hôpitaux militaires du royaume & des armées. 22 décembre 1775. En ligne [<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96161742>] (consulté le 12/03/2018).

physiologie et de pharmacie. Brièvement supprimées en 1780²⁹ par une ordonnance qui voulait en généraliser le principe à tous les établissements, les trois écoles sont rétablies en 1781³⁰ et le dispositif est renforcé par la création de deux écoles à Brest et à Toulon.

D'abord exclusivement attachés à la personne du roi et/ou aux « grands » de la noblesse militaire, les médecins, chirurgiens et apothicaires sont devenus en un peu moins d'un siècle des agents de l'État formant trois corps distincts mais appartenant à une même administration sanitaire. À la veille de la révolution, le service de santé dispose d'un effectif permanent de 723 hommes que dirigent 3 inspecteurs généraux - un chirurgien (Jean Colombier), un médecin (Jean-François Coste), un pharmacien (le chimiste Pierre Bayen) – qui jouèrent un rôle déterminant dans la structuration de l'hygiène militaire et sur lesquels je reviendrai plus avant³¹. À titre de comparaison, on estime à 600 le nombre total des agents officiant dans les différents ministères à la même période³². Les 90 hôpitaux militaires du royaume comptent alors 86 médecins-majors, 94 chirurgiens-majors et 118 élèves chirurgiens quand 192 chirurgiens-majors sont affectés dans les régiments ; 65 chirurgiens aides-majors et 38 sous-aides-major complète l'effectif qui compte également 130 apothicaires/pharmaciens³³.

Leur formation connaît un début de centralisation, d'harmonisation, qui se déploie également dans les 23 hôpitaux de charité et 61 hospices mixtes (civils donc) qui reçoivent des militaires. L'extension de l'hospitalisation militaire et l'essor des administrations sanitaires, la multiplication des inspections et « missions » dans les hôpitaux militaires et « mixtes » - ou médecins d'armée et civils se côtoient et collaborent - amorcent un fonctionnement en réseau autorisant des formes de mutualisation des savoirs et des pratiques³⁴, autant de transformations qui donnent du crédit à la thèse d'une naissance militaire de la clinique mais également à l'idée d'une genèse militaire de la médecine sociale et de l'hygiène.

²⁹ Cf. *Ordonnance* du roi concernant les *hôpitaux militaires* et ceux de charité au compte de sa majesté, du 1^{er} janvier 1780. Paris, Imprimerie royale, 1780.

³⁰ Cf. *Ordonnance* du roi portant *règlement* général concernant les *hôpitaux militaires*, du 2 mai 1781. Paris, Imprimerie royale, 1781.

³¹ Sur Pierre Bayen, la chimie et la pharmacie militaire, voir les travaux de Pierre Labrude et notamment « Pierre Bayen (1725-1798), organisateurs de la pharmacie militaire, chimiste », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 1999, vol.324, p.459-464.

³² L. Rouban, *La fonction publique*, *op.cit.*, p.9.

³³ Chiffres donnés par le « premier médecin d'armée » Jean-François Coste en 1788 à partir des états de dépenses sont repris dans Paul Delaunay, *La vie médicale aux XVI^e, XVII^e, XVIII^e siècles*, Paris, 1935 et partout depuis semble-t-il, notamment dans *Histoire de la médecine aux armées*, tome 1, *op.cit.*, p. 424.

³⁴ C'est l'argumentaire développé dans le chapitre XI : « Militaires dans les hôpitaux et hospices civils » de la thèse de Lydie Boule, *Hôpitaux parisiens, malades et maladies à l'heure des révolutions (1789-1848)*, thèse de doctorat d'histoire et philosophie des sciences, Mirko Drazen Grmek (dir.), Paris I Sorbonne-Panthéon, 1986.

Les travaux d'Othmar Keel³⁵, en dépit des critiques justifiées que leur adresse Christelle Rabier³⁶, ont mis en évidence les effets de ces nouvelles conditions de pratique et souligné le rôle moteur des politiques sanitaires développées dans les armées européennes (entre 1750 et 1800) dans le passage d'une médecine au lit du malade à une médecine hospitalière fondée sur l'observation à grande échelle, l'expérimentation et l'enseignement. Médecins, chirurgiens et pharmaciens des armées, en dépit des luttes corporatistes qui les opposent sont amenés à collaborer davantage et bénéficient par rapport aux structures civiles d'un avantage concurrentiel en ce qu'ils disposent de populations de blessés et malades doublement captives parce que soumises à l'autorité militaire et à l'autorité médicale. Pour Kell et Hudon, c'est dans les hôpitaux militaires européens du XVIII^e (et non avec la médecine hospitalière parisienne du début du XIX^e) que naît et s'impose une conception localisée de la maladie dans les organes et les tissus (anatomo-pathologie tissulaire) et à partir d'eux (notamment les hôpitaux d'instruction) que se diffuse le paradigme anatomo-pathologique, mutation épistémologique déterminante dans l'histoire de la médecine européenne parce qu'au principe de la fondation de la clinique³⁷. Parce qu'elles autorisent et encouragent la fondation d'« institutions laïcisées et médicalisées – thérapeutiques ou thermales – qui serviront de modèle aux hôpitaux civils du XIX^e siècle »³⁸, l'étatisation de la guerre et la militarisation des États modernes européens contribuent directement (quoique de manière collatérale, non désirée, non planifiée), à la naissance de la clinique.

Conditions indispensables à l'émergence d'une politique sanitaire dans l'armée, la création de corps d'officiers de santé et la médicalisation des hôpitaux militaires ne constituent pas pour autant des conditions suffisantes pour attester d'un « souci » du soldat ou de la troupe fondé en raison préventive. L'émergence d'une logique et de pratiques préservatrice ne peut se comprendre qu'en relation avec la formation - à la croisée des mondes académique, politique, juridique et administratif- de l'hygiène

³⁵ Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815 : politique, institutions et savoirs*, Genève Montréal, Georg Éditeur et Presses de l'Université de Montréal, 2002.

³⁶ Voir son compte-rendu acéré dans *Revue d'histoire Moderne et Contemporaine*, 2013/4-4bis, n°60, p.175-177. Voir également Jean-Luc Chappey, « Othmar KEEL, *L'avènement de la clinique moderne en Europe 1750-1815*, Montréal, Presses Universitaires de Montréal, 2001, 542 p. », *Annales historiques de la Révolution française*, 2003/331, p. 203-206.

³⁷ Voir Othmar Keel, Philippe Hudon, « L'essor de la pratique clinique dans les armées européennes (1750-1800) », *Gesnerus*, 1997, n°54, p. 34-58. Ils apportent un démenti bien fondé aux travaux de Michel Foucault (*Naissance de la clinique*, Paris, Puf, 1963) qui font remonter au début du XIX^e l'émergence de la clinique et qui attribuent à « l'école de Paris » le rôle de moteur dans cette mutation. Caroline Hannaway et Ann La Berge ont largement décapé ce « mythe » dans *Constructing Paris Medicine*, Atlanta, Georgia, B. V. Rodopi, 1998 ; mythe qu'Erwin. H. Ackerknecht avait déjà écorné dans *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1967 (traduit et réédité en français aux éditions Payot en 1988).

³⁸ Texte de la 4^e de couverture de Élisabeth Belmas, Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2010.

publique, espace social hybride et faiblement autonome qui se constitue, en Europe, dans le dernier tiers du XVIII^e siècle et commence à s'institutionnaliser, en France, à l'articulation des XVIII^e et XIX^e siècles. Qu'en est-il alors de la relation entre pratique militaire de la médecine, hygiène et médecine sociale ? Avant-garde de la médicalisation de l'hôpital, la médecine d'armée serait-elle restée à l'écart de ce mouvement « d'hygiénisation de la société » qui tend à faire de la médecine une science de gouvernement ?

1.2 Médecine sociale et hygiène : une genèse militaire ?

Bien qu'aucune étude n'ait pris spécifiquement pour objet cette question, un faisceau d'indices convergents suggère au contraire que le monde militaire constitue également un terreau et un terrain privilégié de déploiement de cette rationalité nouvelle qui fait de la troupe une population à préserver, un capital à entretenir et développer. En ce sens, l'histoire de la « médecine militaire » est certes celle des grands chirurgiens d'armée et de la clinique, mais elle est aussi, très largement, celle de son ancrage dans l'espace moderne de la santé publique³⁹.

Dans un premier temps, on verra que ce sont l'institutionnalisation des relations entre sciences, médecine et État monarchique d'une part, et l'apparition d'un processus de différenciation interne au monde médical d'autre part qui rendent possible l'émergence d'une « première hygiène », environnementaliste, fondée en grande partie sur une approche infectionniste (les miasmes) des maladies (1.2.1). Dans un second temps, je tenterai de montrer que l'hygiène doit beaucoup aux militaires pour deux séries de raisons au moins : d'abord parce qu'ils sont très liés aux entrepreneurs en médecine sociale de la Société Royale de Médecine, ensuite, parce qu'ils ont développé, de manière

³⁹ Le terme « moderne » suppose qu'il existe un « ancien régime » d'administration de la santé publique comme il existe un « ancien régime des sciences et des savoirs » (voir Stéphane Van Damme, dans *Histoire des sciences et des savoirs*, vol.2, *op. cit.*, p. 19-40). Des premières formes d'administrations sanitaires élaborées (à Venise, Orvieto, Pistoia) suite à la peste de 1348 à la création des premiers Lazarets (Venise 1423) en passant par la mise en place de contrôles sanitaires (duché de Milan) et l'invention de la quarantaine, les cités-états d'Italie septentrionale des XIV^e et XV^e siècles ont inauguré les premiers dispositifs d'endiguement, de contingentement des épidémies. Des travaux récents d'histoire médiévale ont par ailleurs mis en évidence l'existence de processus de médicalisation - entendu en termes: « *d'extension du domaine de compétences des médecins, de diffusion de leurs savoirs hors des sphères savantes, d'interventions en tant qu'experts [...] dans un certain nombre d'instance publique de décision, mais aussi d'accès élargi des populations à leurs soins [...]* » dans les sociétés curiales des cités méridionales (notamment italiennes) des XIV^e et XV^e siècles (Marilyn Nicoud, « Formes et enjeux d'une médicalisation médiévale : réflexions sur les cités italiennes (XIII^e-XV^e siècles) », *Genèses* 2011/1, n° 82, p. 7-30. Sur ces questions voir Marilyn Nicoud *Aux origines d'une médecine préventive: les traités de diététique en Italie et en France (XII-XV siècles)*, Paris, Éditions de l'EPHE, 2000, *Les régimes de santé au Moyen-âge, Rome*, École française de Rome, 2007 et *Le Prince et les médecins. Pensée et pratiques médicales à Milan (1402-1476)*, Rome, École française de Rome, 2014. Voir aussi, dans la même perspective, Élisabeth Andretta, *Roma medica. Anatomie d'un système médical au XVI^e siècle*, Rome, École française de Rome, 2011.

plus autonome, lors de leurs expériences de guerre de la seconde moitié du siècle, un véritable projet d'hygiène militaire (1.2.2).

1.2.1 Médecins d'armée « réformateurs » et logiques de santé publique

Sous le terme santé publique je désigne ici un mode d'exercice du pouvoir politique, une technique de gouvernement qui prend pour objet la gestion des naissances, « *la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité, avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par une série d'interventions et de contrôles régulateurs* »⁴⁰. Elle est à la fois le produit et le vecteur d'une rationalité politique nouvelle que Michel Foucault a appelé « biopolitique » et qui consiste, pour l'essentiel, en une transformation des modalités d'exercice de la domination, des principes de légitimation du pouvoir⁴¹. Gouverner supposerait dès lors d'assurer (et de parvenir à faire croire qu'on assure) la sécurité des gouvernés, notamment au plan sanitaire. Les travaux menés ces trente dernières années en histoire sociale de la médecine, en histoire des sciences et en histoire de la santé ont confirmé, précisé, amendé cette interprétation en décrivant et en analysant en détail la genèse, les logiques et les impasses de cette nouvelle dimension du travail de légitimation politique⁴².

Ils ont notamment montré que les conditions de possibilité de son émergence procèdent de la combinaison de trois phénomènes dans « l'Europe des Lumières ». La première de ces conditions, c'est la sécularisation et la professionnalisation du champ académique qui, depuis la Renaissance voit s'affirmer, dans quelques universités ou à leur périphéries, « *des cénacles de savants suffisants puissants pour substituer aux établissements contrôlés par l'Église d'autres établissements contrôlés par la cour et l'État* »⁴³. Ce renforcement des liens entre établissements « scientifiques » dominés par des savants professionnels et bureaucraties des États modernes en construction favorise l'émergence,

⁴⁰ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris, NRF Éditions Gallimard, Collection Bibliothèque des Histoires, 1976, p.183.

⁴¹ Entendu ici dans le sens wébérien du terme, c'est-à-dire d'un « rapport très général par lequel des groupes d'individus parviennent à rendre dépendants d'autres groupes et à leur faire accepter, voir désirer l'inégalité de positions, de statuts et de ressources qui profitent aux premiers ». Jacques Lagroye, Bastien François, Frédéric Sawicki, *Sociologie Politique*, Paris, Presses de Sciences de Po et Dalloz, coll. « Amphi », 2006 p 37.

⁴² Je pense d'abord au grand livre de Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubiers, collection historique, 1981 et parmi tant d'autres à : Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII-XX siècles)*, Paris, Belin, 2005 ; Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine en France, XVIII-XX siècles*, Paris, Anthropos, 1994 ; Jean Paul Gaudillière, *La médecine et les sciences, XIX-XX siècles*, Paris, La Découverte, 2006.

⁴³ Norbert Elias *La dynamique sociale de la conscience. Sociologie de la connaissance et des sciences*, Paris, Éditions de la découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales », trad. Marc Joly, Delphine Moraldo, Marianne Woollven et Hélène Leclerc, préface de Bernard Lahire, présentation de Marc Joly, 2016.

au XVIII^e siècle, d'un mouvement social « transnational »⁴⁴ préconisant l'intervention publique en matière de santé qui, en retour, renforce l'institutionnalisation de ces relations. En Autriche, en Suisse, dans les États de Hanovre comme en Bavière et en Prusse, en Angleterre, en Écosse, en Italie et en Espagne, en Russie et en Suède comme dans le royaume de France, c'est tout un ensemble de disciplines et de proto-disciplines – médecine, pharmacie, chimie, médecine vétérinaire, génie civil et militaire, administration publique, « statistique », sciences camérales ou encore économie politique, qui travaille à objectiver le lien entre santé des populations (ou de sous-groupes de populations) et « environnement », à intéresser à leur cause les bureaucraties étatiques pour obtenir leur soutien (donc des ressources), et qui parvient, *in fine*, à faire des populations un enjeu de gouvernement, et de leur santé une affaire d'État⁴⁵. Autrement dit, l'émergence de la santé publique moderne procède de la formation d'une configuration sociale⁴⁶ - pour reprendre la formule d'Élias – organisée autour de la production de savoirs et savoir-faire de gouvernement appliqués à la préservation de la santé et des mœurs⁴⁷. Dans cette première configuration d'action publique porteuse de la logique biopolitique, le mouvement hygiéniste joue un rôle central. L'histoire de l'hygiène en France est particulièrement bien documentée et l'on sait que si les médecins n'en n'ont pas le monopole, son émergence est directement liée à l'affirmation d'un processus de différenciation interne au monde médical.

Le traité des maladies des artisans de Ramazzini (1633-1714)⁴⁸ comme les travaux de James Lind (1716-1794) sur le scorbut des marins⁴⁹ en participent. La classification des

⁴⁴ J'emploie ici par défaut le qualificatif de « transnational » puisque le processus de nationalisation des sociétés européennes - et par voie de conséquence des différents secteurs sociaux d'activité qu'on peut désigner par la suite comme des champs – date du XIX^e siècle.

⁴⁵ Pour une vue d'ensemble de ce moment dans le monde administratif voir Isabelle Laboulais, « La fabrique des savoirs administratifs », art.cité et pour le monde médical voir les pages incontournables de B. P. Lecuyer, « *L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850* », dans C. Salomon-Bayet éd., *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Payot, 1986, p. 67-139. Pour une analyse renouvelée de cette séquence voir l'ouvrage de synthèse très riche de Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe. op. cit.*

⁴⁶ Pour Elias, la société est un tissu de relations, un réseau d'interdépendances dont le fonctionnement est comparable à un jeu (comme le football) dans lequel tous les coups des joueurs s'interpénètrent et modifient l'équilibre de l'ensemble des interactions. La configuration est alors la structure que prend le jeu à un moment donné. Le sociologue allemand la définit comme « *la figure globale toujours changeante que forment les joueurs. Elle inclut non seulement leur intellect mais toute leur personne, les actions et les relations réciproques. [...] Cette configuration forme un ensemble de tensions* ». Voir Norbert Elias, *Qu'est ce que la sociologie ?*, Presses-Pocket, Paris, 1993, p. 157.

⁴⁷ Le projet biopolitique ne se limite pas à la prévention et/ou aux « politiques de vie ». Elle désigne aussi à des entreprises aux visées morales indissociables de la médicalisation du social. Voir Fassin Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, 2006/2, n°16, p. 35-48.

⁴⁸ *De morbis artificum diatriba* (1700 et 1713). Sur Ramazzini et sa construction comme pionner de la médecine du travail voir Julien Vincent, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme », *Genèses*, vol. 89, n°. 4, 2012, p. 88-111.

maladies en « espèces » de Thomas Sydenham (1624-1689) (« constitution épidémiques »)⁵⁰ également, comme « l'invention » de la *mal'aria* par Giovanni Lancisi (1654-1720)⁵¹. La théorie de « police médicale » élaborée par Wolfgang Thomas Rau (1721-1772)⁵² alimente également à cette dynamique de différenciation comme l'avis au peuple sur sa santé du lausannois Samuel-Auguste Tissot (1728-1797)⁵³ ou, sur le terrain des pratiques la vaste entreprises d'inoculation mise en place par Robert Sutton (1707-1788)⁵⁴. Le XVIII^e siècle se caractérise ainsi par la montée en puissance d'un mouvement médical qui fait du milieu et des conditions de vie la cause première des maladies (notamment des maladies collectives que sont les épidémies) et qui s'attache à agir sur eux. En dépit de différences nombreuses et profondes qui caractérisent leurs approches, ces agents ont en commun de promouvoir une médecine d'emblée conçue comme une science appliquée à l'art de gouverner. Celle-ci se caractérise par son approche « populationnelle » et environnementaliste ou, mais c'est dire la même chose, néo-hippocratique⁵⁵. Médecine sociale, elle vise des populations et non des individus, son action se concrétise par des

⁴⁹ James Lind, *An essay on the most effectual means of preserving the health of seamen, in the Royal Navy : containing directions proper for all those who undertake long voyages at sea, or reside in unhealthy situations ; with cautions necessary for the preservation of such persons as attend the sick in fevers*, Londres, 1762.

⁵⁰ La « constitution épidémique » ou « médicale » s'inspire des modes de classification des botanistes. Sydenham en a fixé les principes. Visant à décrire l'ensemble des conditions intervenant dans un complexe pathogène donné (épidémie de dysenterie) elle dresse le tableau de toutes les causes principales et secondaires. Produit et le support de diffusion du renouveau de la pensée hippocratique, les constitutions du XVIII^e siècle sont labiles sur la forme mais toutes croisent données environnementales et nosologiques et incluent des observations empiriques.

⁵¹ Giovanni Lancisi, *De Subitaneis mortibus*. Libri duo. Romae, Typis Francisci Buagni 1707.

⁵² Wolfgang Thomas Rau, *Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policeyordnung in einem Staat*, Ratisbone, 1764.

⁵³ Ouvrage de « vulgarisation » des connaissances médicales, il vise à lutter contre les pratiques populaires en matière de santé, notamment infantile. Publié en 1761, il est largement diffusé en Europe et édité à dix-huit reprises jusqu'en 1791.

⁵⁴ L'inoculation ou « variolisation », est une pratique préventive qui consiste à inoculer (par injection) du pus humain infecté par la variole. Elle aurait été introduite en Grande-Bretagne via le salon londonien de Lady Mary Wortley Montagu (1689-1762) qui l'aurait « découverte » à épouse Constantinople. Voir parmi d'autres : Pierre Darmon, *La longue traque de la variole, les pionniers de la médecine préventive*, Librairie Académique Perrin, 1986 ; Anne-Marie Moulin, Pierre Chuvin Pierre, *L'Islam au péril des femmes, une Anglaise en Turquie au XVIII^e siècle*, Introduction, traduction et notes, Paris, La Découverte, 1991. Au XVIII^e siècle l'inoculation se développe dans les cours européennes mais le chirurgien britannique Robert Sutton (1707-1788) et ses six fils contribuent à la généraliser en en faisant un commerce très lucratif. Daniel Sutton (1735-1819) aurait pratiqué environ 22 000 inoculations entre 1763 et 1766. Voir S.L. Kotar, J.E. Gessler, *Small Pox : a history*, Jefferson, North Carolina, McFarland & Company, Inc., 2013, "The suttonian art of inoculation" p.18-21 ; Arthur Boylston, "Daniel Sutton, a forgotten 18th century clinician scientist", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2012/2, n°105, p. 85-87.

⁵⁵ Au XVIII^e siècle la référence au *Traité des airs, des eaux et des lieux* d'Hippocrate s'impose dans l'espace médical européen et avec elle l'approche néo-hippocratique dans laquelle le milieu joue un rôle primordial en matière de santé : mortalité et morbidité sont associées aux circonstances climatiques, météorologiques et topographiques locales, et en particulier de la terre, des vapeurs et des miasmes qui en émanent. Sur la question voir B. P. Lecuyer, « L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850 », art. cité, p. 67-139. Sur les différences et l'hétérogénéité du néo-hippocratisme qui rassemble et unifie des pratiques empiriques existantes voir Mary Lindenmann, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

mesures préventives et non curatives et elle prend pour objet les causes « externes » des maladies et non les désordres internes ; elle est, en un sens, l'envers de la clinique.

La fondation de la Société Royale de Médecine (SRM) et ses presque deux décennies d'activité constituent une expérience décisive dans l'histoire de la médecine sociale en France. La société est en effet le lieu de formalisation et diffusion d'un nouvel instrument d'objectivation du pathologique : les topographies médicales, dont les médecins d'armées se sont vite emparé. Créée par Lettres patentes le 20 août 1778, la SRM est issue de la fusion de la Commission des épidémies (créée en 1776) et la Commission des remèdes secrets et des Eaux minérales (créée en 1772) Chargée du « conseil du Roi », elle a pour mission :

« d'[...] entretenir une correspondance sur tout ce qui concerne les progrès de l'art de guérir, avec les chirurgiens les plus célèbres soit français, soit étrangers et principalement avec ceux qui sont chargés des maladies populaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les campagnes. Elle doit publier l'histoire des épidémies et des épizooties, elle doit répondre dans les délais à toutes les questions qui lui sont faites par les administratifs sur les objets de salubrité publique. Elle doit envoyer, lorsqu'elle en est requise, des commissaires sur les lieux où leur présence est jugée utile. Elle doit s'occuper de l'examen des remèdes nouveaux et des eaux minérales lorsqu'elle est consultée sur ces divers objets par l'administration. Elle doit proposer chaque année dans ses programmes des vues sur les recherches qui lui paraissent mériter le plus d'attention des médecins, et elle doit publier les observations et les mémoires qu'elle a recueillis et au préalable approuvés⁵⁶ ».

Concurrente directe de la « vieille Faculté de médecine de Paris (une « compagnie » de la Sorbonne) qui reste sous tutelle de la papauté, la SRM est considérée, si l'on ose l'anachronisme, comme la première « *agence d'État en matière de santé* »⁵⁷. Mais si l'on suit Virginie Tournay, son institution et son fonctionnement ne relèvent pas d'une innovation imposée par « en haut ». La SRM naît à la suite d'une succession d'entreprises antérieures (la Société Royale de Chirurgie en particulier) menées par des « *groupes déjà bien organisés* » qui cherchent à rompre avec les approches « traditionnelles » des épidémies/épizooties (fondé sur l'isolement des individus malades ou suspects de l'être) et à fonder un nouveau paradigme disciplinaire d'une part, et qui entendent représenter le pouvoir royal dans les Provinces d'autre part⁵⁸.

⁵⁶ Voir en ligne [<http://www.calames.abes.fr/pub/#details?id=FileId-1226>] (consulté le 06/02/2018).

⁵⁷ Virginie Tournay, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix*, 2007/1, n° 77, p. 174.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 175-176.

Sous la direction du médecin et anatomiste Félix Vicq d'Azyr (1748-1794)⁵⁹, la SRM travaille à établir des corrélations entre les événements pathologiques et les phénomènes climatiques. Dans ce cadre, elle généralise l'usage d'instruments de mesure climatique (thermomètre et baromètre) qui permettent un suivi longitudinal des données et favorisent l'harmonisation des topographies médicales produites par les sociétaires. En d'autres termes, la SRM est la première expérience réussie de standardisation des pratiques de recueil et conservation de données thermométriques dans le royaume, matériaux que d'aucun considèrent aujourd'hui comme les premières données « épidémiologiques » fiables produites en France. La « *continuité et la reproductibilité des observations* » permettent ainsi à la société d'imposer un nouveau régime d'administration de la preuve et de transformer corrélativement les modalités de l'action politique (en imposant par exemple l'abattage en lieux et place de l'isolement des bêtes malades en cas d'épizooties). Surtout, « l'armée des correspondants de province »⁶⁰ travaille avec les intendants et assistent l'administration royale dans la prise en charge des épidémies humaines et animales ce qui permet en retour aux facultés, sociétés et académies de province, d'accéder de manière démultipliée aux ressources de l'État central qui les soutient. Or ces médecins des académies, sociétés et facultés de province sont loin d'être tous des civils. Cherchant à saisir les relations entre conditions de vie et pathologies et à fonder sur cette base de nouvelles classifications étiologiques des « fièvres », les promoteurs de la médecine sociale prennent pour terrain d'observation, et parfois d'expérimentation, les populations « captives » des grandes institutions disciplinaires : écoles, hôpitaux, prisons et armée⁶¹. Ils se recrutent donc en priorité chez les praticiens qui ont déjà partie liée aux bureaucraties sanitaires naissantes (ou qui cherchent à accéder à cette ressources) : médecins des épidémies (créés en 1750), des

Vicq d'Azyr enseigne l'anatomie comparée à partir de 1773 au Jardin des plantes et devient professeur d'anatomie comparée à l'École royale vétérinaire d'Alfort. Il entre à l'Académie royale des sciences en 1774 où il se lie d'amitié avec Condorcet (1743-1794). Quatre ans plus tard, il prend la tête de la SRM qu'il a fondé avec François de Lassone (1717-1788), premier médecin du Roi. Présenté comme le fondateur de l'anatomie comparée, on lui attribue la théorie de l'homologie, théorie centrale de la biologie moderne sur laquelle repose l'édifice conceptuel évolutionniste. Proche de Turgot (1727-1781) qui le soutient, il sera médecin de la reine Marie-Antoinette en 1789.

⁵⁹ Pour plus de précisions voir François Vallat, « Félix Vicq D'Azyr et l'épizootie de 1774-1776 », *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine et des sciences vétérinaires*, 2007, 7 : 127-140 et, surtout, les travaux de Rafael Mandressi, notamment : « Félix Vicq d'Azyr : l'anatomie, l'État, la médecine » : [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/vicq.php>] (consulté le 3/3/2018).

⁶⁰ La formule est celle d'Ann La berge.

⁶¹ Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe, op. cit.*

hôpitaux, des hospices, des prisons, mais aussi médecins et chirurgiens de la marine et des armées. Le très long « article » consacré à la médecine militaire dans l'Encyclopédie Méthodique⁶² montre combien la SRM est liée à la médecine d'armée qui fournit nombre de topographies médicales et sollicite en retour l'expertise de la Société là où les médecins d'armée ne disposent pas eux-mêmes d'information. Vicq d'Azyr insiste à plusieurs reprises sur le rôle central des médecins d'armée, surtout pendant la période 1780-1789 qu'il présente comme « *l'une des plus brillantes de la médecine militaire* »⁶³ et pendant laquelle :

« [...] on trouve un effet très sensible de ce concours dans les Mémoires de la Société royale de médecine [...] on peut assurer que les médecins militaires, associés ou correspondants de ces sociétés et académies [*i.e* de province liées à la SRM] y coopérèrent beaucoup ; parce qu'étant portés à le faire, dans les hôpitaux militaires, [...] ils furent les premiers à en état d'en apprécier la valeur et les heureux résultats »⁶⁴.

Si l'un des principaux promoteurs et architecte de la médecine sociale pré-révolutionnaire accorde aux médecins militaires le titre de pionnier (ils furent les premiers) c'est qu'il n'ignore pas qu'il existe une autre source, un autre terreau de l'hygiène, plus autonome et directement lié aux expériences de guerre récentes: l'hygiène militaire à proprement parler.

1.2.2 Des plaidoyers aux premières instructions officielles : les élites médicales dans l'armée et la naissance de l'hygiène militaire

En France et en Angleterre comme en Prusse ou en Autriche-Hongrie, l'émergence de savoirs et de savoir-faire qui ne visent plus seulement à soigner les blessés et malades mais à préserver la santé des troupes en temps de paix comme en temps de guerre est également liée de manière très étroite aux expériences de guerre de la seconde moitié du XVIII^e siècle. C'est entre la guerre de succession d'Autriche (1741-1748) et la fin

62 Félix Vicq d'Azyr (éd.), Encyclopédie Méthodique, « Médecine, par une société de médecins. », Paris, Panckoucke, 1816, p. 233-234. Le volume est accessible en ligne via le site de la BIU de santé : [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?07410xM>] (consulté le 3 mars 2018). L'Encyclopédie méthodique, dite « Panckoucke » fut publiée par l'écrivain et éditeur lillois Charles-Joseph Panckoucke (1736-1798) puis par sa veuve et son gendre entre 1782 et 1832. Elle réunie une centaine d'auteurs et compte plus de 200 volumes. À la différence de *l'Encyclopédie* ou *Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* de Diderot et d'Alembert (que Panckoucke republie), les articles n'y sont pas présentés par ordre alphabétique, mais par « Ordre De Matières » où, pour le dire autrement et d'une mauvaise manière, par « disciplines » (27), chacune faisant l'objet d'un dictionnaire spécialisé. Le volume consulté ici est celui consacré à la médecine. Sur l'Encyclopédie voir Robert Darnton, *L'Aventure de l'Encyclopédie : 1775-1800, un best-seller au siècle des Lumières*, Perrin, 1982. Il donne notamment la liste des auteurs dans l'Annexe B, p. 419-429. Voir aussi Rafael Mandressi, « Félix Vicq d'Azyr et l'histoire de la médecine au XVIII^e siècle », *Medicina nei secoli*, n° 20, 2008, p. 183-212.

63 *Ibid.*, p.244.

64 *Ibid.*

des guerres napoléoniennes (1815) que l'administration sanitaire des troupes devient un enjeu décisif et que les médecins militaires - et/ou les élites médicales au service des royautés et de l'aristocratie⁶⁵ - élaborent le projet d'une « hygiène militaire ». Si elle s'en différencie progressivement, cette dernière n'est pas un sous-produit de l'essor de la médecine sociale civile en Europe, elle en est, à l'inverse, l'un des moteurs. Les trajectoires de John Pringle (1707-1782), Richard de Hautesierck (1713-1789) Johann Peter Frank (1745-1821), Benjamin Rush (1746-1813), Jean-François Coste (1741-1819) ou Jean Colombier (1736-1789) sont (parmi d'autres) particulièrement significatives de ce processus et disent bien l'intrication des enjeux civils et militaires dans la constitution de la médecine et de l'hygiène en savoirs de gouvernement.

Elles nous éclairent, d'autre part, sur le rôle spécifique de ces agents qui en ont en commun une grande proximité aux pouvoirs et l'expérience de guerres à l'occasion desquelles ils ont expérimenté des dispositifs de prévention, tenté d'imposer de nouvelles pratiques, réalisé des observations et produits des écrits qui ont contribué à faire advenir l'idée qu'une troupe doit être préservée, entretenue. Au début des années 1750, le médecin écossais John Pringle, très proche du pouvoir royal depuis qu'il a servi dans les Flandres, fait des cantonnements un terrain d'observation.

Il publie deux ouvrages qui vont faire de lui une figure incontournable de l'hygiène des Lumières. Le premier est consacré à la « fièvre des hôpitaux et des prisons », autrement dit au typhus, qui touche Londres, y compris les élites en emportant notamment des juges de la cour d'assise. Pringle qui l'a déjà observée dans les armées donne à son livre la forme d'une « lettre au docteur Mead » alors médecin du roi. Il y plaide notamment pour une amélioration des conditions de vie dans ces

Formé dans les universités de St Andrews, d'Édimbourg et de Leyde (Provinces Unies) où il suit les enseignements d'Herman Boerhaave (1668-1738), John Pringle est reçu docteur en médecine en 1730. Rentré en Écosse, il exerce comme médecin avant d'enseigner la philosophie morale à l'université d'Édimbourg (1734). En 1742, il entre au service du deuxième comte de Stair qui commande l'armée britannique dans les Flandres pendant la guerre de succession d'Autriche (1741-1748). Nommé médecin-chef des hôpitaux militaires il devient médecin-général des forces britanniques (1744-1749) puis médecin de la maison de la Reine (1751) et il effectue différentes missions militaires jusqu'en 1758.

⁶⁵ Les médecins des Rois et des élites aristocratiques accompagnent leurs clients aux armées en temps de guerre. Ils occupent des fonctions militaires sans être à proprement parlé médecin militaire, ne l'étant souvent qu'un temps. La construction de véritables « carrières » dans le corps de santé dans le dernier tiers du XVIII^e est indicateur probant du processus de bureaucratisation que connaît la médecine aux armées, processus dont on peut considérer qu'il sera achevé près d'un siècle plus tard avec la mise en œuvre d'un véritable dispositif de formation j'y reviendrai.

établissements qu'il juge surpeuplés et mal aérés⁶⁶.

Mais c'est son second livre, publié deux ans plus tard, qui lui vaut d'être présenté (à l'époque et encore aujourd'hui) comme l'un de ceux qui ont « révolutionner la prévention des épidémies les plus courantes » et, surtout, comme le « père » ou le « mentor » de l'hygiène militaire⁶⁷. Aux armées, il applique le modèle d'interprétation de la « constitution médicale »⁶⁸, établi un lien entre la paille souillée par les excréments des malades et la contamination des troupes⁶⁹ et met ainsi en évidence l'un des mécanismes de diffusion de la dysenterie qu'il considère comme une maladie contagieuse. Largement diffusé et réédité à sept reprises, son *Observation on the Diseases of Army in camp and garnison* demeure une référence pour les médecins militaires européens jusqu'aux guerres de l'Empire⁷⁰.

Du côté français, l'opportunité offerte par l'hospitalisation à grande échelle de patients « captifs » n'échappe pas à l'inspecteur-général des hôpitaux militaires Richard de Hautsierck (1713-1789)⁷¹. En 1763, ce dernier propose au gouvernement - sur le

François-Marie-Claude Richard de Hautsierck est le fils du baron d'Überherrn. Il se serait engagé à l'âge de 14 ans, comme sous-lieutenant au Régiment de Nassau, qu'il aurait rapidement quitté pour commencer des études médicales à Montpellier. Il est bachelier de médecine à Reims et docteur de cette université en 1736. Remarqué par le secrétaire d'État à la Guerre dont il soigne la femme en 1745, il devient médecin de l'hôpital militaire de Sarrelouis (1745) et accède ensuite aux grades supérieur du corps de santé avec la Guerre de 7 ans : premier médecin de l'armée de Westphalie (1754) et du Mayn (1759) il est fait médecin consultant du roi et inspecteur des hôpitaux militaires d'Alsace (1760). Il est ensuite nommé médecin des *Grandes et Petites écuries du roi* en 1765 et, quatre ans plus tard, il obtient le brevet de premier médecin des camps et armées du Roi et est promu inspecteur général des hôpitaux militaires (et de charité) et directeur générale de la médecine, chirurgie, pharmacie et jardins botaniques des hôpitaux. En 1774, c'est lui qui, après la mort de Louis XV, inocule la famille royale et ceux qui se pressent à la Cour pour bénéficier du même pus que le Roi.

⁶⁶ John Pringle, *Observations on the nature and cure of Hospital and Layl-Fevers*, Londres, 1750. Accessible en ligne ici : [http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb11269004_00001.html] (consultée le 24/02/2018).

⁶⁷ G.C Cook, « Influence fo diarrhoeal disease on military and nava campaigns », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2001, n°94, p. 95; la traduction est de mon fait. Voir aussi la notice en ligne : [<http://www.jamesboswell.info/biography/john-pringle-father-military-medicine>] (consultée le 24/02/2018). Anne Rasmussen le présente aussi comme le « mentor de la médecine militaire européenne » dans « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, 2016/4, n° 257, p. 76.

⁶⁸ Voir *supra*, p.10, note 47.

⁶⁹ Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe, op. cit.*, p. 245.

⁷⁰ Voir la notice biographique qui lui est consacrée dans Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe, op. cit.*, p. 244-245.

⁷¹ Voir les notices biographiques assez complète de Robert Favre dans le dictionnaire des journalistes en ligne [<http://dictionnaire-journalistes.gazettes18e.fr/journaliste/687-francois-richard-de-hautsierck>] et de Jean Lambert Des Cilleuls, « Un précurseur de la presse médicale en France, Richard de Hautsierck », *Histoire des sciences médicales*, 1972/3, n°6, p. 153-159. Voir sur le site de la SFHM [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1972x006x003/HSMx1972x006x003x0153.pdf>] (Les deux consultés le 13/03/2018)

modèle de ce qu'il a vu pratiquer Outre-Rhin - d'imposer aux officiers de santé chefs des hôpitaux militaires et des régiments « *de rendre régulièrement compte de leur pratique, et de correspondre sur cet objet avec l'inspecteur général* », lequel autorisera la publication des éléments les plus intéressants. Soutenu par Étienne-François de Choiseul (1719-1785) - ministre et secrétaire de la guerre qui, aux lendemains de la déroute de la guerre de 7 ans, épure et réforme l'armée⁷²-, il obtient de lui de faire financer l'entreprise par la royauté.

L'objectif est double il s'agit de collecter, selon des normes établies par de Hautesierk lui-même, les « *faits rares et observations utiles* » que les médecins et chirurgiens majors des hôpitaux et des régiments lui adresseront et des mémoires qui « *pourraient contribuer à l'amélioration du service de santé des troupes* » et aux « *progrès de l'art de guérir* »⁷³. En 1766, de Hautesierk en tire un « *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires* »⁷⁴ dont une lecture, même rapide, suffit à comprendre qu'il n'est pas uniquement un ouvrage de médecine militaire. La correspondance avec l'inspection se met en place lentement et les médecins des hôpitaux militaires et civils paraissent prendre le pli plus vite que ceux des régiments et garnisons ; sans doute leur position hospitalière est-elle plus ajustée à cette obligation nouvelle. Par ailleurs, le premier médecin des camps et armées du Roi est aussi inspecteur des « hôpitaux de charité » (ceux qui reçoivent des soldats) et il considère que les observations qui y sont réalisées sont « *applicables aux maladies des troupes* ». Une double logique de prospection sanitaire et d'observation clinique sous-tend l'ouvrage.

L'inspecteur insiste la nécessité d'étudier en premier lieu la topographie physique et « *médicinale* » du pays occupé par les troupes (sols, eaux, air) et la constitution de ceux qui l'habitent (alimentation, boisson, type d'activité, hygiène de l'habitation et du corps) en prenant soin d'embrasser les « *trois ordres de Citoyens [...] les riches, les pauvres, et ceux qui tiennent le milieu entre les deux* » et d'être attentif à « *la diversité de l'âge et du sexe* »⁷⁵. L'observateur doit ensuite porter le regard sur les hôpitaux militaires eux-mêmes, dont le but principal est « *la conservation des troupes du Roi* ». L'objectif justifie l'insertion dans les mémoires d'un article particulier décrivant « *l'exposition et la construction et la construction de ces hôpitaux et des casernes, le nombre des salles, des lits et des malades, le genre de maladies qui peuvent s'y trouver plus particulièrement que dans les villes* ».

⁷² Pour l'essentiel les réformes menées par Choiseul (avec Gribeauval) abolissent la vénalité des grades, créent des écoles militaires et participent à la modernisation du corps des mines et de l'artillerie. Voir sur ce point le classique : André Corvisier, *Histoire militaire de la France*, tome 2, De 1715 à 1781, Paris, Quadrige, Presses Universitaires de France, 1997.

⁷³ Félix Vicq d'Azyr (éd.), *Encyclopédie Méthodique, op. cit.*, p. 233-234.

⁷⁴ François Richard de Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, Paris, Imprimerie royale, 1766. En ligne : [<http://gazetier-universel.gazettes18e.fr/periodique/recueil-dobservations-de-m-decine-des-h-pitaux-1766-1772>] (consulté le 13/3/2018).

⁷⁵ Sauf mention contraire, toutes les citations faites ici sont extraites de : *Ibid.*, « Préface » p. XIJ-XIIV.

Les six mémoires (topographies médicales des villes de Montpellier, Châlons-sur-Saône, Toulon, Lille, Bitche et Strasbourg) qui composent la première partie de l'ouvrage ont vocation à servir d'exemple, à diffuser les bonnes pratiques en la matière. Ils sont suivis d'observations sur les maladies affectant les soldats dans les garnisons et le mémoire de Renaudin (1729-1784)⁷⁶, consacré, à Strasbourg est particulièrement remarqué, Vicq d'Azyr le présentera dans l'Encyclopédie comme le « *premier du genre* » et comme « *un modèle* »⁷⁷. Un « *précis sur la nature et les propriétés des eaux de Spa* » par Francis Home (1719-1813)⁷⁸ et une analyse des eaux de Barèges et Luchon par Pierre Bayen (1725-1798)⁷⁹ complètent le volume qui se termine par un « *formulaire des médicaments à l'usage des hôpitaux militaires* ». Sorte de vademécum des formules pharmaceutiques avant la lettre, le formulaire n'est pas nouveau en lui-même. On en trouve depuis le début du siècle au moins et de Hautesierck en avait lui-même édité un en 1761. L'innovation réside principalement dans la fonction attribuée à ce nouvel opus. Comme le précise habilement l'inspecteur, il n'a pas force de loi pour les agents des hôpitaux militaires auxquels il s'adresse, mais il vise bien à remplacer les formulaires en circulation qui sont manuscrits, très simples, peu uniformisés et n'ont « aucun caractère officiel ».

Six ans plus tard (1772), paraît un second tome du Recueil⁸⁰. Bien plus dense, l'ouvrage rassemblent 8 mémoires et 35 « observations », soit au total 43 contributions (contre 11 pour le premier tome). Le chapitre 7 qui rassemble 27 « observations »

⁷⁶ François-Antoine Renaudin est médecin ordinaire de l'armée du Rhin (1757), médecin des hôpitaux militaires du Nord (1777), premier médecin de l'armée du maréchal de Broglie, enfin premier médecin consultant des camps et armées (1781). Voir Louis Dulieu, « La médecine militaire à Montpellier sous l'ancien régime », Communication présentée à Société Française d'Histoire de la Médecine, 6 mai 1971: [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1973x007x001/HSMx1973x007x001x0057.pdf>] (consulté le 13/03/2018).

⁷⁷ Félix Vicq d'Azyr, *Encyclopédie Méthodique, op. cit.* p. 234.

⁷⁸ Issu d'une famille de l'aristocratie du Berwickshire, Home est étudiant en médecine de l'Université d'Édimbourg lorsqu'il intègre, comme chirurgien, un régiment de cavalerie (1742) pendant la guerre de succession d'Espagne (le « 6th (Inniskilling) Dragoons »). Il tire de cette expérience dans les Flandres un premier ouvrage sur la fièvre rémittente (1750) qui est remarqué et commenté par John Pringle. Voir W. E. Home, « Francis Home (1719-1813), First Professor of Materia Medica in Edinburgh », *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1928/6, n°21, p. 1013-1015.

⁷⁹ Le travail de Pierre Bayen – que de Hautesierck connaît depuis l'Allemagne au moins – opère une rupture par rapport à la doctrine « animiste » (alors dominante dans le monde savant) énoncée par le médecin allemand Stahl (1659-1734) dans son *Theoria medica vera*, 1^{re} édit., Halle, 1707. La théorie du phlogistique qui fonde la doctrine Stahl renouvelle le vitalisme et prône une séparation radicale de la chimie (des gaz, inorganique) et de la médecine. Bayen, au contraire, démontre l'utilité de la chimie organique et, par extension, d'une approche scientifique du pathologique. Sur P. Bayen voir l'article très hagiographique (« *il est unanimement considéré comme l'organisateur de la pharmacie militaire* ») mais bien documenté que lui consacre Pierre Labrude dans la *Revue d'Histoire de la Pharmacie militaire*, 1999, n°324, p.459-464.

⁸⁰ François Richard de Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, Paris, Imprimerie royale, 1772. Le lien pour y accéder en ligne est à la note 70.

intéressant l'hydropisie⁸¹ mérite une mention particulière. Consacrés aux effets de la pilule de Bacher⁸², les travaux relatent, selon l'Encyclopédie, la toute première expérimentation thérapeutique « *ordonnée par le gouvernement* »⁸³. Jacques de Horne⁸⁴ à Metz, Milleville à Lille, Daigan à Calais et Bonafos à Perpignan ont en effet été chargés d'expérimenter la méthode Bacher sur les patients des hôpitaux militaires dans lesquels ils exercent.

Douze ans avant la SRM, l'administration de la guerre élabore donc un modèle d'observation, de description et d'analyse très proche de celui mis en œuvre par l'équipe de Vicq d'Azyr. Système de collecte centralisé et normé de données empiriques sur les maladies affectant les troupes et populations du royaume, le dispositif remplit une triple fonction de production de connaissances, de contrôle (les officiers doivent « *rendre des comptes* ») et d'instruction. La publication et la diffusion des enquêtes sélectionnées sont, on l'a vu, conçues comme des moyens d'assurer la formation et le perfectionnement des officiers de santé en matière d'hygiène et de thérapeutique, complément d'instruction auquel Guillaume Mahieu de Meyserey entendait contribuer et qu'il appelait déjà de ses vœux en 1754⁸⁵. Toute la question est de savoir si et dans quelle mesure le dispositif s'est pérennisé puisqu'il n'y a pas eu d'autre tome publié. Favre et Lambert Des Cilleuls, qui voient dans l'entreprise les origines de la presse médicale, notent en ce sens que parmi les 54 médecins et chirurgiens qui collaborent au *Recueil*, on trouve Jacques De Horne (1720- ?)⁸⁶ : ex-premier médecin de l'hôpital militaire de Metz et premier médecin consultant des camps et armées du roi (et de la Comtesse d'Artois). Selon eux, c'est lui qui relance la dynamique engagée avec les Recueils en éditant à partir de 1782 le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie militaire*, un périodique dont le sous-titre précise qu'il

⁸¹ Le terme désigne de manière générique des accumulations anormales de fluide séreux dans les tissus cellulaires ou dans une cavité corporelle, une pathologie qui entraîne des rétentions d'eau et des œdèmes.

⁸² Issu d'une famille de médecins alsaciens George Frédéric Bacher (1709-1798) prend ses grades à l'université de Besançon, et s'installe à Thann où il fait une longue carrière de praticien et s'intéresse de près à la cure de l'hydropisie. En 1735, il met au point les Pilules dites « toniques de Bacher » (composées d'ellébore, d'extrait de myrrhe et de chardon béni) dont il fait commerce à grand renfort de publicité. La conduite thérapeutique est consignée dans son Précis de la méthode d'administrer les pilules toniques dans les hydropisies, (Paris, 1765, 12, 79 p.) plusieurs fois réédité. Le traitement lui vaut une notoriété certaine et sa formule, modifiée, est encore reprise dans les seconde et troisième éditions du Codex ou Pharmacopée française (1837-1839).

⁸³ Félix Vicq d'Azyr, Jacques Louis Moreau, *Encyclopédie Méthodique*, Tome 9, *op. cit.* p. 234.

⁸⁴ Horne (date de naissance et de mort inconnue), est *premier médecin de l'hôpital royal & militaire de Metz*.

⁸⁵ Je n'ai pas les dates de naissance ni de mort de cet ancien médecin des armées royales (en Italie, en Allemagne et à Minorque) dont on sait seulement - d'après la page de garde de son livre - qu'il est « *médecins ordinaires du roi à Étampes* » et correspondant de l'académie des sciences. Guillaume Mahieu de Meyserey, *La médecine d'armée, contenant des moyens aisés de préserver de maladies, sur terre & sur mer, dans toutes sortes de païs, & d'en guérir, sans beaucoup de remèdes ni de dépenses les gens de guerre, & autres de quelque condition qu'ils soient*, 3 vol., Paris, Chez la veuve Cavelier & fils, 1754. En ligne : [<https://archive.org/details/lemedecinedarmeeo2meys>] (consulté le 12/03/2018).

⁸⁶ Voir la notice biographiques que lui consacre Robert Favre dans le dictionnaire des journalistes en ligne [<http://dictionnaire-journalistes.gazettes18e.fr/journaliste/213-jacques-dehorne>], (consulté le 13/03/2018).

est « *Publié par ordre du Roi* ». Je n'ai pas les moyens de discuter ici leur hypothèse (sans doute trop continuiste) d'autant que par bien des aspects, elle dépasse le cadre de ce travail. En revanche, on sait que c'est dans le cadre de la réforme engagée par l'ordonnance de 1781 que le processus de publication est relancé sous le contrôle de la SRM dont de Horne est membre⁸⁷. Le Journal publié alors tous les 3 mois (jusqu'en 1789) devient une véritable institution, paraissant sans discontinuer, mais sous quatre titres différents, jusqu'en 1935⁸⁸. Dès lors, on peut à minima considérer que *le Recueil* comme le *Journal* marquent le début de l'institutionnalisation d'un « système scripturaire hiérarchisé » propre à la médecine militaire. Claire Fredj a remarquablement décrit et analysé ce système au mi-temps du XIX^e siècle et elle a montré qu'il avait trois fonctions principales étroitement solidaires: « obligation de service » les écritures imposées aux médecins militaires sont une contrainte de et dans l'institution, mais elles constituent aussi un encouragement à la production de connaissances directement opératoires au plan militaire. Mieux, elles visent à entretenir une « émulation » au sein du corps de santé pour alimenter une entreprise qui se veut scientifique. La reconnaissance scientifique est en effet un enjeu doublement stratégique pour le service de santé : elle est, pour l'institution et ses agents, un mécanisme de légitimation qui leur permet de préserver et ou de renforcer leur intégration dans champ médical d'une part et d'alimenter une stratégie de promotion et de défense corporatiste au sein même de l'armée d'autre part⁸⁹. La trajectoire de Johan Peter Frank offre également un prisme intéressant pour saisir cette genèse conjointe de la clinique et de la médecine sociale dans l'univers hospitalier militaire et civil. À Pavie, où il exerce dix ans, il forme « *toute une génération de médecins qui essaient à travers tout le Saint Empire et l'Europe* »⁹⁰. Présenté comme l'un des acteurs européens de la naissance de la clinique⁹¹, il est surtout connu aujourd'hui comme l'une des figures les plus influentes de la médecine sociale et de la santé publique moderne. Au service de différents pouvoirs européens pendant presque quarante ans, il poursuit pendant trois décennies la publication de son *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, publié en six volumes (les quatre premiers entre 1779 et 1788 et les deux derniers

⁸⁷ Félix Vicq d'Azyr (éd.), *Encyclopédie Méthodique*, op.cit., p. 239-240.

⁸⁸ Le Journal paraît sous le titre *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* de 1815 à 1883 date à laquelle il devient *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (jusqu'en 1935) voir : [http://data.bnf.fr/34423330/journal_de_medicine_de_chirurgie_et_de_pharmacie_militaires/] (consulté le 13/03/2018).

⁸⁹ Claire Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains*. thèse citée, voir les trois premiers chapitres, p.18-127.

⁹⁰ Philippe Edel, « Les professeurs de médecine d'origine française à l'Université impériale de Vilnius au début du XIX^e siècle », *Histoire des sciences médicales*, 2011/4, n° 45, p. 364.

⁹¹ Göttingen et Pavie sont, dans les années 1770-1790, des lieux clés, pionniers, de l'association de l'enseignement et de l'hôpital, de l'investissement de l'hôpital par les enseignants et leurs élèves.

entre 1808 et 1819) et traduit en français sous le titre « *Un système complet de politique médicale* ».

Le traité, dont l'ambition d'exhaustivité est manifeste, constitue un programme d'ensemble pour assurer l'hygiène de la population. Il prescrit des mesures pour assurer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la « sécurité alimentaire », la « santé scolaire », l'« hygiène sexuelle », la « protection maternelle et infantile », il édicte des règles de bonnes mœurs qui doivent régir les comportements des enseignants comme des prostituées et il organise la compilation de données statistiques dans les hôpitaux. L'ouvrage aborde également l'amélioration de l'hygiène des bâtiments publics, l'éclairage des quartiers, l'organisation de parcs dans les villes, le développement des sports et de la gymnastique dans les écoles et l'institution de pauses durant de travail.

Prolongeant la perspective caméraliste, Frank accorde une place centrale à l'armée comme école de la vigueur physique et particulièrement aux exercices physiques qu'il juge essentiel pour restaurer la « masculinité » de l'aristocratie et de la bourgeoisie culturelle germanique⁹². Déjà jugé obsolète (au plan des connaissances) lorsque le dernier tome paraît, le « *Système* » de Frank fait surtout référence en ce qu'il montre « [...] *comment l'autorité centrale d'un État peut s'occuper efficacement des problèmes d'hygiène* »⁹³ et propose un premier agencement institutionnel combinant expertise médicale et action publique. Le concept de « *polizey* » qui vient des sciences

Docteur en médecine de la Faculté de Heidelberg (1766), Johann Peter Frank est premier médecin du Prince-évêque de Spire à partir de 1771. En 1784, il est invité à enseigner à Göttingen qu'il quitte l'année suivante pour un poste de professeur et de directeur des études médicales à l'université de Pavie, alors des plus prestigieuses d'Europe. En Lombardie autrichienne, le comte de Wilzeck le nomme directeur général des affaires médicales du Duché de Milan, poste qu'il occupe jusqu'en 1795, année de son départ pour Vienne où François II lui confie la direction de l'hôpital général de la ville et celle du service de santé des armées qu'il a pour tâche de réorganiser. Il quitte l'Autriche 8 ans plus tard pour prendre la chaire de clinique médicale de l'Université de Vilnius et Alexandre I^{er} en fait son médecin personnel, position qui lui permet de diriger l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg jusqu'à qu'il rentre en Autriche pour raison de santé en 1808.

⁹² Voir Ute Frevert, « L'armée, école de la masculinité. Le cas de l'Allemagne au XIX^{ème} siècle », *Travail, genre et sociétés*, 2000/1, n°3, p. 45-66.

⁹³ Mirko D. Grmek, « *Les institutions sanitaires du Grand Empire et l'expérience médico-sociale de l'administration française en Dalmatie* », Communication présentée à la séance du 28 avril 1990 de la Société française d'Histoire de la Médecine., Paris, SFHM, 28 avril 1990, en ligne [http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1990x024x003_4/HSMx1990x024x003_4x0201.pdf] (consulté le 28 février 2018).

camérales⁹⁴ suppose en effet la formation d'un corps de spécialistes, d'experts compétents officiant pour l'État et ayant pour mission d'éduquer « la population » en vulgarisant des principes de conduite domestique, en proposant une réglementation de la vie quotidienne (ordre moral et matériel) d'une part, de surveiller et de contrôler tous les aspects de la vie tant publique que privée (commerce, voirie, transports, santé, mœurs et religion etc.) d'autre part⁹⁵. Peu lu et mal cités en France⁹⁶, les travaux de Johann Peter Frank restent globalement circonscrits à l'espace germanique et à l'Italie - où ils sont enseignés dès les années 1780 - quand ceux de John Pringle circulent dans toute l'Europe et même dans le monde atlantique. Ces derniers comptent notamment parmi les références du médecin Benjamin Rush (1746 - 1813), engagé dans l'armée révolutionnaire du « middle department » (1776-1777) où il occupe le poste de chirurgien général, puis de médecin général⁹⁷.

C'est de cette position qu'en avril 1777, il adresse à tous les officiers de l'armée américaine, au nom du maintien des capacités opérationnelles, un ensemble de recommandations destiné à préserver la santé des troupes⁹⁸. À la différence de Pringle, Rush ne fait pas de l'armée un terrain d'observation dont il tire des enseignements applicables à l'ensemble de la population ou un vecteur de régénération de la race. Il la prend pour objet exclusif et propose un programme d'amélioration global qui prend en compte l'alimentation, la tenue, l'hygiène corporelle et la salubrité des campements mais également le temps libre du troupier⁹⁹. Ses observations reprennent largement les travaux de deux vétérans de la guerre de 7 ans : l'Écossais Donald Monro (1727-1802)¹⁰⁰ qu'il a sans doute découvert à l'occasion de son séjour en Angleterre et John Jones (1729-1791), chirurgien consacré par le roman national américain comme le « père » de la chirurgie américaine, ancien de la guerre d'indépendance également et intime, comme Rush, de

⁹⁴ Sur les sciences camérales qui s'assignent pour objectif de travailler à la réalisation du « bien commun » et sur la notion de « police » chez les caméralistes, corps de fonctionnaires au service du pouvoir absolutiste voir Pascale Laborier, « La "bonne police". Sciences camérales et pouvoirs absolutistes dans les États allemands », *Politix*, 1999/12, n°48, p. 7-35

⁹⁵ Aude Labrit, Bordeaux - Trieste : médecine et cosmopolitisme au XVIII^e siècle : portraits croisés de Paul-Victor Desèze et Benedetto Frizzi. Thèse de doctorat en Histoire, Sandro Landi et Tullia Catalan (dir.), Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, 2017.

⁹⁶ Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe. op. cit.*, p. 46.

⁹⁷ Voir la notice biographique qui lui est consacrée sur le très officiel site du Congrès, en ligne [<http://bioguide.congress.gov/scripts/biodisplay.pl?index=R000514>] (consulté le 28/02/2018).

⁹⁸ Benjamin Rush, Direction for Preserving the health for Soldiers, Recommended to the Consideration of the Officers of the Army of United States, Dunlap's Pennsylvania, Packet or General Adversiter 6, n°284, 1777, (Tuesday, April 22d).

⁹⁹ Il faut lutter contre l'oisiveté qui favorise la consommation excessive d'alcool, assimilée par Rush à une maladie (il n'utilise pas le terme d'alcoolisme, le concept est forgé 50 ans plus tard).

¹⁰⁰ Formé à Édimbourg (docteur en 1753) et installé à Londres, Monro rejoint les troupes anglaises engagées aux côtés de Frédéric II contre les Français (Guerre de Sept ans, 1756-1763). Il dirige alors l'hôpital des forces britanniques de 1760 à 1763, date à laquelle il quitte l'armée (avec une pension) et rentre en Écosse. Il intègre successivement la Société Royale et le Collège Royal de Médecine et publie en 1764 ses *Observations on the Means of preserving the Health of Soldiers and conducting military hospital*.

Washington¹⁰¹. Mais ses directives portent également la marque d'une autre influence, celle de sa rencontre, à l'occasion de son séjour parisien (1769), avec Antoine Petit (1722-1794)¹⁰². Professeur d'anatomie au jardin royal des plantes médicinales, il a pris pour adjoint Félix Vicq d'Azyr dont on a vu qu'il jouait un rôle clé dans la dynamique de construction d'une hygiène en rupture avec la vieille salubrité publique fondée sur l'isolement. Mais il y a plus, Petit est également inspecteur des hôpitaux militaires du royaume et il soutient et patronne deux médecins militaires de haut rang: Jean-François Coste (1741-1819) un franc-tireur et un réformateur dont il fut le professeur et Jean Colombier à qui l'historiographie attribue la première occurrence française du terme « hygiène militaire »¹⁰³.

¹⁰¹ Né à Long-Island en 1729, docteur en médecine de l'université de Reims (1751), Jones prend part aux guerres franco-indiennes (front nord américain de la Guerre de 7 ans, qui constitue la trame du célèbre roman de James Fenimore Cooper : *Le dernier des Mohicans*) comme chirurgien de la milice New-yorkaise envoyée défendre Fort Edwards. Rentré à New-York il obtient (avec Samuel Bard, Samuel Clossy, Peter Middelton et James Smith) de Georges III de pouvoir fonder la première école de médecine et de chirurgie de l'État (1767) ; école qui deviendra le collègue de médecine et de chirurgie de l'Université de Columbia. Premier Professeur de chirurgie des colonies américaines il est aussi présenté par le monde médical comme le "père" de la chirurgie nord-américaine. Les deux ouvrages qu'il publie en 1775 « *Plain Concise Practical Remarks on the Treatment of Wounds and Fractures* » et *Vadecum of Military Hygiene* " sont considérés comme les premiers livres de médecine des États-Unis. Sans doute faut-il voir là, aussi, un effet de la proximité au pouvoir de Jones qui, comme Rush est membre du congrès continental et intègre l'armée révolutionnaire en 1777. Voir, entre autres, A.D Griesemer, W.D Widmann, K.A Forde et al. "John Jones, M.D.: Pioneer, Patriot, and Founder of American Surgery", *World Journal of Surgery*, 2010/4, n°34, p 605-609.

¹⁰² Reçu docteur régent de la Faculté de médecine de Paris (1746), Petit tient une consultation très réputée dont il tire sa fortune. Professeur d'anatomie au jardin royal des plantes médicinales (de 1769 à 1778) et chirurgien, il travaille au rapprochement des pathologies interne (médecine) et externe (chirurgie). Il est notamment un pionnier de la médicalisation de l'accouchement, un défenseur de l'inoculation et le fondateur du Bureau des Consultations gratuites de médecine et de jurisprudence (à Orléans), fondation financée par lui et qui rassemble quatre médecins et deux chirurgiens assurant des consultations gratuites en ville pour les indigents et sur les marchés pour les habitants des campagnes. Voir les notices biographiques et les documents disponibles en ligne (consultés le 28/02/2018) [http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/petit_antoine.htm], [<http://cths.fr/an/savant.php?id=117340#>] et [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?cle=10890>].

¹⁰³ Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cité*, p. 73.

Chirurgien militaire depuis 13 ans, Jean Colombier s'installe à Paris en 1769 et crée l'année suivante une consultation de « médecine économique à l'abonnement » qui suscite l'opposition de la Faculté de médecine de la capitale¹⁰⁴. Il y dispose tout de même de soutiens puisque son deuxième ouvrage¹⁰⁵ dans lequel apparaît pour la première fois la formule « hygiène militaire » fait l'objet d'un examen avant publication par la faculté, examen qui débouche sur rapport très favorable et très instructif sur deux points au moins¹⁰⁶.

Il permet d'abord de se faire une idée assez précise de la manière dont l'ouvrage est (officiellement) perçu et présenté. Définissant des normes en matière de casernement des troupes (logement, couchage), d'équipement (vêtement), d'approvisionnement (en eau et en nourriture) et prescrivant des règles relatives au service et à la discipline là où ses prédécesseurs s'étaient concentrés sur les maladies affectant les soldats, les « Préceptes » apparaissent aux rapporteurs comme novateurs. C'est notamment le caractère systématique de la démarche, qui s'attaque aussi à la question de l'éducation (dans le sens de l'instruction physique) des futurs officiers (qu'il faut renforcer) et à celle de la sélection des recrues (des classes populaires) qui frappe les examinateurs. Mais il me semble que c'est surtout le caractère « spécialisé » de l'entreprise qui vaut à Colombier les honneurs, parce qu'il parle « *presqu'autant en militaire qu'en médecin* »¹⁰⁷. Et c'est bien là ce qui se joue que la construction de ce rôle social et institutionnel double de médecin et de militaire. Mieux, la valeur de l'entreprise de Colombier repose sur sa capacité (reconnue par les examinateurs) à faire la

Fils d'un chirurgien-major de régiment de cavalerie, Jean Colombier fait ses humanités chez les jésuites, est reçu à la maîtrise ès-arts à Reims en 1753 et rentre comme élève dans un hôpital militaire d'instruction (sans doute celui de Metz) avant d'intégrer la faculté de médecine de Paris (d'octobre 1755 au printemps 1756). Deux ans plus tard, il est à son tour chirurgien d'un régiment de cavalerie (Landau). Il sert quatre ou cinq ans dans différents hôpitaux sédentaires des places fortes avant d'entrer (en 1762-1763) à la faculté de Caen (ou exerce Louis Lepecq de la Clôture, 1736-1804, fervent promoteur de l'hygiène et correspondant régulier et important de la SRM). Il est reçu à la licence de médecine à Douais en janvier 1765 et au doctorat à Reims quelques semaines plus tard. Suivant l'usage, il passe ses quatre thèses à Paris en 1767-1768 pour pouvoir s'installer dans la capitale.

¹⁰⁴ Pour l'ensemble de ces éléments biographiques voir Pierre Labruide, « Jean Colombier (Toul 1738-Paris 1789) médecin, chirurgien et hygiéniste, inspecteur des hôpitaux militaires et réformateur du Service de Santé Militaire ».

¹⁰⁵ Jean Colombier, *Préceptes sur la santé des gens de guerre et hygiène militaire*, Paris, Lacombe, 1775 (réédité en 1779 sous le titre : Avis aux gens de guerre et Précepte sur la santé. Ouvrage aussi utile qu'intéressant à la fin duquel on ajouté des conseils sur la manière de diriger des Gens de mer).

¹⁰⁶ Le rapport est publié dans les *Préceptes* de Colombier aux pages 431 à 434. Les titres et positions des commissaires mentionnés sont ceux qui figurent dans les notes *infra*.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.433.

démonstration de l'existence d'une convergence d'intérêts objective entre l'armée, les médecins et les hommes de troupes. Et c'est précisément cette convergence qui justifie l'extension d'une logique préventive non plus aux seules troupes en guerre et aux hôpitaux, mais à toute la vie ordinaire de l'homme des casernes et garnisons. Sous la plume du chirurgien, l'hygiène militaire relève du domaine de compétence des officiers de santé mais de la responsabilité du commandement.

Le rapport, par ailleurs, renseigne en second lieu sur la place des élites de la médecine d'armée dans ce centre du pouvoir médical qu'est l'université de Paris. Au nombre des (6) commissaires nommés par elle pour procéder à l'examen on retrouve Antoine Petit bien sûr, mais aussi Pierre Bercher¹⁰⁸, Degévigland¹⁰⁹, Jacques-Louis Alleaume¹¹⁰, Louis-Claude Guilbert¹¹¹, et Jean-Antoine de la Poterie¹¹² dont les titres indiquent qu'ils ont tous partie liée avec l'administration sanitaire des armées royales. Tenue par l'Église catholique, l'université de Paris paraît sous cet angle bien peu autonome à l'égard du pouvoir royal¹¹³. À tout le moins celui-ci est-il en capacité d'obtenir d'elle qu'elle légitime cette médecine sociale dont on a dit qu'elle se construisait en partie contre elle. Colombier devient lui-même un très proche du pouvoir qui, de 1774 à sa mort travaille pour quatre ministres (ou secrétaires d'État, les deux termes sont utilisés indistinctement) de la guerre dont le prince de Saint-Maurice de Montbarrey (1732-1796) lequel le charge en 1780 de réformer le service de santé. Désavoué par l'ordonnance de 1781, il porte jusqu'à sa mort (1789) son projet de suppression des hôpitaux permanents.

Colombier prône, dans le sens des économies demandées par Necker, la suppression d'une bonne partie des 90 hôpitaux militaires du royaume et leur remplacement par des hôpitaux (ou infirmeries) régimentaires, ce qui est aussi un moyen pour la bureaucratie militaire de mieux contrôler les hospitalisés et les officiers du corps de santé. C'est l'option retenue par la réforme de l'hospitalisation militaire de 1788 mais

¹⁰⁸ « Ancien Doyen de la Faculté de Paris, premier médecin de feu madame l'Infante et des armées du Roi ».

¹⁰⁹ « Médecin ordinaire des armées du roi pendant la guerre de succession d'Espagne ».

¹¹⁰ « Professeur de matière médicale et ancien médecin de sa majesté dans les armées et les colonies ».

¹¹¹ « Ancien médecin des camps et armées du roi, médecin de Montpellier et membre de la Société Académique des Médecins d'Édimbourg ».

¹¹² « Ancien médecin des hôpitaux de la Marine et inspecteur des hôpitaux militaires du royaume ».

¹¹³ Je réfléchis ici en termes d'autonomie relative en ayant en tête les modèles d'analyse de l'histoire sociale du XIX^e et XX^e siècles (les travaux de Christophe Charle notamment) mais ces derniers rendent mal compte de ce qu'est une université au XVIII^e. On gagnerait sans doute à les penser à l'aune des travaux portant sur les universités allemandes, par exemple à partir de Boris Klein, *Les chaires et l'esprit. Organisation et transmission des savoirs au sein d'une université germanique au XVII^e siècle*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2017. Ces institutions et notamment l'université de Helmstedt, à laquelle l'ouvrage est consacré, apparaissent plus « faibles » ou « souples » qu'elles ne le sont par la suite et elles se donnent à voir, en forçant un peu le trait, comme une juxtaposition de chaires.

elle ne fut jamais appliquée. L'entreprise suscite en effet de nombreuses oppositions, dont celle d'un autre héraut de la cause : Jean-François Coste¹¹⁴ qui défend, lui, la conservation et la modernisation du dispositif existant, réforme qu'il juge d'ailleurs moins coûteuse.

Médecin des hôpitaux militaires proche des lumières, Coste est un franc-tireur que le pouvoir affecte au corps expéditionnaire français engagé dans la guerre d'indépendance des États-Unis comme Premier médecin. Coste débarque ainsi à Newport en juillet 1780 où il établit un service médico-chirurgical qui prend en charge 800 soldats atteints de scorbut (15% des 6 000 hommes qui ont fait la traversée) et de dysenterie¹¹⁵. Contre la variole, il organise l'isolement des malades et prescrit l'inoculation aux médecins américains qui immuniseront 3 000 hommes en Virginie¹¹⁶.

Il édicte une série de mesures destinée notamment à empêcher la transmission des affections par les vêtements et la literie. Les directives qu'il donne en matière d'hygiène de la troupe font alors autorité et la notoriété qu'il acquiert en soignant indistinctement les soldats « insurgent », français et anglais le fait rencontrer Washington et Franklin (et sans doute Rush). De retour en France (1782), il connaît une trajectoire ascendante au

Formé à Paris et à Valence (docteur en 1763), Coste est médecin des hôpitaux militaires depuis trois ans lorsqu'en 1769, grâce au soutien de Voltaire, Choiseul lui confie le tout nouvel hôpital militaire de Versoix (canton de Genève). Il y reste 3 ans et intègre ensuite celui de Nancy où il dénonce sans succès les spéculations et autres malversations des intendants (agents des entrepreneurs). Il est alors envoyé à l'hôpital militaire de Calais (en 1775) qu'il quitte en mars 1780 pour rejoindre (sur ordre) le comte Rochambeau (Jean-Baptiste-Donatien de Vimeur, 1725-1807) commandant des troupes françaises envoyées aux États-Unis. De retour en France (1782), il reprend son poste à Calais avant d'être nommé médecin des armées (1785), consultant des camps et armées du roi. Appelé à Versailles, aux bureaux de la guerre, il est alors l'un des principaux collaborateurs de Colombar et il a la charge de la correspondance avec les officiers de santé militaires. En 1788, il est fait inspecteur du service de santé et entre au conseil de santé des armées qu'il ne quittera plus, exception faite de sa destitution sous la Terreur. Rétabli par la Convention thermidorienne, il est fait inspecteur général du service de santé (juillet 1796) et nommé médecin en chef de l'hôtel national des Invalides avant de devenir médecin en chef de « l'armée des côtes des océans » (qui devient « la Grande Armée » en marchant sur le Rhin), avec laquelle il fait les campagnes d'Austerlitz, d'Iéna et d'Eylau.

¹¹⁴ Voir sur ce point Louis Ténard, « Un défenseur des hôpitaux militaires... », art.cité et Alain Gérard, « Le personnel médical de l'hôpital militaire de Lille, 1789-1815 », *Revue du Nord*, 1989, n°282-283, vol. 71, p. 807-823.

¹¹⁵ Sur Coste, voir Louis Ténard, « Un défenseur des hôpitaux militaires : Jean-François Coste », *Revue du Nord*, 1993, n°299, vol. 75, p. 149-180 et Jean-François Lemaire, *Jean-François Coste : premier médecin des armées de Napoléon*, Paris, Stock, 1997, auxquels j'ai emprunté les éléments biographiques rassemblés ici.

¹¹⁶ Jamais un effectif aussi important n'a été immunisé en France à cette date où la pratique reste réservée aux élites. On notera, sans en savoir davantage, qu'au même moment, Daniel Sutton étend à la Virginie le prospère commerce familial d'inoculation.

sein de l'administration sanitaire de la guerre et en 1788, il est fait inspecteur du service de santé des régions septentrionales (départements de Lille, Amiens, Valenciennes, Metz, Châlon et Paris) et entre au conseil de santé des armées¹¹⁷.

Lorsqu'en 1796 le Directoire envoie en Italie l'armée qui a repris Toulon aux Anglais (trois ans plutôt), le nouveau Comité d'inspection général des services de santé rédige une instruction à destination de tous les officiers de l'armée d'Italie et des Alpes, instruction par ailleurs diffusée à l'ensemble des officiers. Les commissaires-inspecteurs s'assignent pour objectifs d' « *épargner ou de faciliter, aux officiers de santé de cette armée, des recherches sur les moyens, appropriés au climat et à la saison, de conserver la santé des troupes* »¹¹⁸. Petit ouvrage de 65 pages (publié en in-8), les « Avis » se présentent comme un recueil de conseils d'hygiène et de médecine-pratique et sont organisés en trois parties. La première est une topographie médicale de l'Italie qui en présente les différentes régions sous l'angle des relations climat-environnement-santé et des ressources qu'elles peuvent fournir (en eau potable et nourriture pour l'essentiel). La Lombardie, le Piémont et le pays de Modène bénéficient d'un climat doux et sain en dépit des variations de températures et des orages saisonniers. Comme les États de Venise, ils sont salubres, à l'inverse de la région de Bologne - dans laquelle la saleté entretient une gale endémique - ou du duché de Ferrare sujet aux « *inondations du Pô* », « *par-tout humide* » où le rouissage du lin et chanvre entretient « *l'insalubrité de l'air* » et dans lequel les « *fièvres épidémiques sont fréquentes* »¹¹⁹. La deuxième partie détaille les principes et mesures d'hygiène à appliquer lors de la campagne. Pour l'essentiel, il faut prémunir les hommes des grandes variations de températures et des « *eaux stagnantes* » (notamment des rizières) empêcher les « *excès alimentaires* » (éviter les épices et préférer les légumes et le riz aux viandes), les abus de « *liqueurs fortes* » et limiter les « *plaisirs de l'amour* »¹²⁰. Pour les marches qu'il faut effectuer « *au point du jour* » et après « *cinq heure du soir* », l'instruction insiste sur la nécessité du contrôle de l'alimentation en eau : il ne faut ni en priver les soldats, ni les laisser boire de manière intempestive quand la soif s'est vivement

¹¹⁷ Créé début XVIII^e il est plusieurs fois supprimé puis rétabli sous des formes différentes notamment avec la réforme Peitet de 1796 (nomination de 6 inspecteurs) qui dissocie la direction des services de santé de l'armée de terre et de la marine. Voir la partie V « médecine militaire » dans Félix Vicq d'Azyr, *Encyclopédie Méthodique*, Tome 9, *op. cit.* p. 219-459.

¹¹⁸ Intitulée « *Avis sur les moyens de conserver ou rétablir la santé des troupes à l'Armée d'Italie* », elle est rédigée par les 6 inspecteurs généraux du Service de Santé des armées - les médecins Jean-François Coste et Vincent Biron (1758-1817), les chirurgiens Nicolas Heurteloup (1750-1812) et Dominique Villars (1745-1814) et les pharmaciens Pierre Bayen (1725-1798), Antoine Augustin Parmentier (1737-1813) - et l'adjoint et secrétaire Vergez (parfois orthographié Vargez). Elle est datée du 6 Prairial an IV (25 mai 1796) et publiée par l'imprimerie de la République le 26 Prairial an IV (14 juin 1796) pour le compte du département de la guerre qui en assure la diffusion. Voir en ligne : [<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6571685t/f7.image>] (consulté le 06/03/2018).

¹¹⁹ *Ibid.*, p.6-12 et les suivantes pour « l'Italie méridionale ».

¹²⁰ *Ibid.*, p24-25.

fait sentir. Quant aux camps eux-mêmes, ils doivent disposer d'une eau salubre, en abondance, mais ne pas être trop humides. Surtout, les officiers sont encouragés à en souvent changer, de manière à éviter l'insalubrité et les « miasmes » générés par la stagnation. Enfin, les « Avis » se terminent par un petit traité de médecine-pratique qui présente les travaux des médecins italiens de référence, les maladies dont il faut se préoccuper, leurs différentes formes (la « dysenterie », surtout, et les « fièvres » : « humorales », « malignes », « pernicieuses ») et les moyens de s'en prémunir et de lutter contre elles¹²¹.

Sur le fond comme sur la forme, les développements de Coste et ses collègues n'ont rien de particulièrement neuf. Mais à ma connaissance, c'est la première instruction officielle (émanant de l'autorité militaire elle-même) qui traite d'hygiène militaire. Impossible de dire si et comment elle a effectivement été diffusée et d'en évaluer la portée bien sûr. Reste que le passage des plaidoyers des années 1760-1770 aux prescriptions officielles des années 1790 témoigne d'une première forme d'institutionnalisation de « l'hygiène militaire » et, par tant, de la logique préventive. La pérennisation du *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie militaire* comme la décision de 1786 qui rend obligatoire (c'est une première), la « variolisation » à l'entrée des écoles militaires en attestent également¹²².

Si on ne gagne rien, comme l'écrivait Marc Bloch, à entretenir l'« idole des origines » qui privilégie toujours la filiation sur l'explication¹²³ et si les institutions, au sens durkheimien du terme (les mœurs, les coutumes, les habitudes, les pratiques), n'ont pas de première fois¹²⁴, les trajectoires présentées ici n'en demeurent pas moins significatives. Elles permettent notamment de comprendre que dans cet espace hétéronome de la médecine d'armée, les positions universitaires et la proximité au pouvoir constituent un capital pour investir les positions les plus élevées. Et la réciproque se vérifie tout autant : la position de médecin d'armée combinée à celle de « conseiller du prince » constitue une ressource pour les tenants de l'approche environnementaliste du pathologique et les promoteurs du paradigme anatomo-clinique. Elles montrent surtout, et sans ambiguïté, que les réformateurs sont des médecins d'armée qui ont expérimenté la guerre et se sont élevés au plus près des pouvoirs politiques (Alexandre 1^{er}, Louis XV et XIV, Washington

¹²¹ *Ibid.*, p.43-65.

¹²² Voir Séverine Parayre, « L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIII^e – XIX^e siècles) : Protéger, renforcer et redresser le corps », *Recherches & Éducatives*, 2010, n°3, p.25-46, en ligne, [<http://rechercheseducations.revues.org/554>] (consulté le 06/02/2018).

¹²³ Marc Bloch, *Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien*, Paris, Armand Colin, 1993 (1^{ère} éd. 1949), p. 85-89.

¹²⁴ Nicolas Mariot, « Le paradoxe acclamatif, ou pourquoi les institutions n'ont pas de première fois », dans François Buton, Nicolas Mariot (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Puf, 2009, chap.7, p.169-190.

etc.). La médecine aux armées joue donc un rôle moteur dans l'émergence, à partir des années 1770, d'une médecine renouvelée par l'approche scientifique et qui s'appuie sur l'État (SRM et Service de santé des armées notamment) contre l'ancien ordre médical. Et ce constat précisément pose question. Comment comprendre au regard de ces éléments que l'institutionnalisation de l'hygiène militaire comme champ disciplinaire s'opère au cours du dernier tiers du XIX^e siècle, soit trois quart de siècle plus tard¹²⁵ ? Comment expliquer qu'avec la destruction de l'ancien régime médical pendant la Révolution les premières institutions de l'hygiène voient le jour sans toutefois que l'hygiène militaire ne se développe ?

1.3 Formation du champ médical moderne et première institutionnalisation de l'hygiène (1794-1850) : une marginalisation de l'hygiène militaire ?

Bien qu'ils soient peuplés de réformateurs œuvrant, aux côtés des philosophes, des encyclopédistes et des rédacteurs des cahiers de doléances (quand ils n'en font pas eux-mêmes parti) à la transformation de la médecine, la SRM et le Conseil de santé des armées disparaissent avec les facultés, académies et sociétés de médecine, les collèges de chirurgie et de pharmacie ou l'hôpital général entre août 1789 et 1795.

1.3.1 Un nouvel ordre médical

Entre 1786 et 1790-91, deux enquêtes sur l'exercice illégal ou dangereux de la médecine sont menées, la première par le contrôleur général Calonne avec le concours de la SRM et la seconde par le comité de Salut Public de la Constituante en mobilisant le réseau des « *lieutenants du premier chirurgien du roi* »¹²⁶. Toutes deux mettent en cause l'organisation sociale de la médecine. La seconde, surtout, débouchent sur un véritable réquisitoire contre l'ordre médical existant et ses hiérarchies jugées surannées. Elle contribue à légitimer la suppression de l'organisation des métiers (médecins, chirurgiens, apothicaires) en corporations (fin des jurandes avec la loi Le Chapelier, 1791), la suppression des universités (vote du 18 août 1792) et le vote de la Convention du 8 août

¹²⁵ Voir Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres », art.cité, p 73.

¹²⁶ Sur ces enquêtes voir Jean-Pierre Goubert, « The Extent of Medical Practice in France around 1780 », *Journal of Social History*, 1976-1977/vol.10, p. 410-427 ; Jean- Pierre Goubert et Bernard Lepetit, « Les niveaux de médicalisation des villes françaises à la fin de l'Ancien Régime », dans Jean-Pierre Goubert, *La médicalisation de la société française*, Waterloo, Ont., Historical Reflections Press, 1982, p. 45-67. Ces références sont données par Christelle Rabier dans un article qui donne à voir de manière détaillée l'organisation sociale de l'Ancien Régime médical : Christelle Rabier, « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, janvier-mars 2010/vol. 359. DOI : 10.4000/ahrf.11490.

1793 qui entraîne la fermeture de toutes les académies et sociétés savantes¹²⁷. Sous la Première République, les conventionnels engagent la refondation complète de l'ordre médical, ils mettent fin à la tutelle des évêques sur les universités et des congrégations sur les hôpitaux, entérinant ainsi ce double mouvement d'émancipation des savoirs vis-à-vis de l'Église et d'intéressement réciproque de la médecine et de l'État. Cette entreprise de reconstruction est associée au nom du chimiste et médecin Antoine Fourcroy (1755-1809)¹²⁸.

Formé par Vic d'Azyr, ce proche de Condorcet et de Marat (1743-1793) - auquel il succède à la Convention Nationale-, porte devant le comité d'instruction publique (le 27 novembre 1794 - 7 Frimaire An III) un projet de réforme adopté le 4 décembre (14 frimaire An III).

La réforme Fourcroy procède à la fusion, à l'unification, des corps de chirurgiens et médecins et la réorganisation de l'univers hospitalier. Les études médicales sont également transformées. Trois nouvelles écoles publiques de santé, dotée chacune de 12 chaires¹²⁹, sont créées à Paris, Montpellier et Strasbourg ; cette dernière devant avant tout former des « Élèves de la Patrie », autrement dit des médecins et chirurgiens militaires¹³⁰.

Répétiteur de Vic d'Azyr au jardin royal des plantes médicinales en 1776 Antoine-François Fourcroy obtient le titre de docteur et rejoint la SRM en 1780. Nommé professeur de chimie du règne animal à l'école vétérinaire d'Alfort (1783-87) il participe à l'*Encyclopédie Méthodique*. Soutenu par Buffon (1707-1788), il reprend le poste de lecteur de chimie de Pierre Joseph Macquer (1718-1784) au jardin du roi en 1784 et devient membre associé de l'Académie des sciences (1785). Fervent soutien d'Antoine Lavoisier (1743-1794), il cosigne avec lui et Bertholet (1748-1822) la *Méthode rationnelle de nomenclature* (1787), véritable manifeste pour une chimie scientifique. Rédacteur des cahiers du tiers état, il est adjoint au secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences Nicolas de Condorcet (1743-1794) en 1791. À partir du 25 juillet 1793, il siège à la Convention nationale et intègre le Comité d'instruction publique et le Comité de Salut Public (septembre 1794). Membre de plusieurs sociétés savantes qu'il a contribué à créer (comme la Société de Médecine qu'il dirige). Architecte de la refondation de la médecine et de l'enseignement sous la Révolution et l'Empire. Siégeant au Conseil des Anciens du Directoire (jusqu'en 1798) il est nommé Conseiller d'État en 1799 puis directeur général de l'Instruction publique (1802) dont il organise la réforme. Il crée six

¹²⁷ Sur la séquence révolutionnaire voir Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs, op.cit.*, chapitre 1 « Un champ de ruines », p.12-21.

¹²⁸ Sur Fourcroy voir : Georges Kersaint, « Antoine-François de Fourcroy (1755-1809), sa vie et son œuvre », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 55, n° 195, 1967, p. 589-596. Voir aussi la notice biographique qui lui est consacrée en fin d'ouvrage dans Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe. op. cit.*.

¹²⁹ Sur le papier mais en pratique c'est un peu différent. L'école de Montpellier par exemple ne compte que 9 chaires en 1794, 10 en 1802 et elle en a trois de plus en 1803. Elle oscille entre 12 et 13 chaires jusqu'en 1822. Voir Louis Dulieu, *La médecine à Montpellier*, T. IV, « De la Première à la Troisième République ». Première partie, Avignon, Les Presses Universelles, p.58. À Strasbourg le nombre de chaire est portée à 5 (au

En rupture avec l'enseignement des « vieilles universités sclérosées » ou « des cours et des thèses en latin, des argumentations byzantines, une scolastique poussiéreuse »¹³¹ justifient encore la soumission de la chirurgie à la philosophie médicale, le programme de Fourcroy concrétise au niveau institutionnel le « Plan d'Instruction médicale » élaboré en 1790 par Vicq d'Azyr. Il procède à un redécoupage des savoirs médicaux et donne une place centrale à l'enseignement clinique. Les études durent trois ans et sont gratuites tandis que les élèves recrutés perçoivent un traitement. L'enseignement délivré est résolument pratique et les diplômes sont nationaux. Quant aux professeurs, chacun des 12 titulaires est assisté d'un adjoint. Tous officient à temps plein et les postes ne sont accessibles que sur concours¹³².

L'organisation et la formation des différents « groupes professionnels » du monde médical passent donc sous le contrôle de l'État, mouvement que l'instauration de l'internat (1802) et la loi relative à l'exercice de la médecine du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) entérinent¹³³. Par ailleurs, la loi du 3 brumaire an IV (25 octobre 1795)¹³⁴ sur l'organisation de l'Instruction publique instituait pour l'enseignement supérieur des « écoles spéciales » et, parmi elles, des écoles spéciales de médecine au nombre de trois. Deux d'entre elles doivent être installées dans les territoires fraîchement annexés de Turin et Mayence (19 ventôse an XI (10 mars 1803.)

Le texte de 1803 ne crée pas toutefois un corps unique de praticiens. Au contraire, la loi instaure une distinction entre les docteurs en médecine et chirurgie formés dans les écoles de santé nationales (renommées écoles de médecine) et les officiers de santé (et sages-femmes) formé.e.s soit auprès d'un « maître » pendant 6 ans soit dans les hôpitaux militaires ou civils pendant 5 ans et reçus *in fine* (à la maîtrise) par des jurys médicaux départementaux. Ces officiers constituent une main d'œuvre à bas coût pour alimenter le marché de l'emploi dans les hôpitaux en plein essor ou exercer dans les campagnes (ils sont obligés s'établir dans les arrondissements où ils ont été reçus). Dans les premières

lieu de 3): anatomie et physiologie, botanique et matière médicale, chimie médicale et pharmacie, clinique interne, chirurgie pathologie externe et accouchements.

¹³⁰ Décret portant établissement de trois écoles de santé – 14 frimaire an III. Le texte est accessible dans Arthur Marais de Beaucham, *Recueil des lois et règlements sur l'enseignement supérieur : comprenant les décisions de la jurisprudence et les avis des conseils de l'Instruction publique et du Conseil d'État*, Tome 1 (1789-1847), p.29. En ligne, [[ark:/12148/bpt6k540886og](https://www.ark:/12148/bpt6k540886og)] (consulté le 02/04/2018).

¹³¹ Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, *op.cit.*, p. 14.

¹³² Le principe du concours - sans qu'on sache précisément ce que cela recouvre (une nomination par le gouvernement mais selon quelles modalités ?) – n'est pas une nouveauté. Ce qui semble inédit c'est son caractère obligatoire et systématique, notamment après que le statut des Universités Impériales (décret du 17 mars 1808) l'a réaffirmé, toutefois 14 professeurs sont encore nommés sans concours entre 1795 et 1825. Cf. Louis Dulieu, « La vie médicale et chirurgicale à Montpellier, du 12 août 1792 au 14 frimaire an III (fin) », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1955/ 2, vol.8, p. 146-169.

¹³³ Arthur Marais de Beaucham, *Recueil des lois et règlements sur l'enseignement supérieur*, *op.cit.*, p. 90-101.

¹³⁴ *Ibid.*, p.38.

décennies du siècle, ils se recrutent pour une bonne part dans le personnel ayant servi dans les services de santé durant les guerres napoléoniennes¹³⁵.

Si ces restructurations de l'ordre médical vont bien au-delà des aspirations réformatrices des années 1780, elles n'en restent pas moins le produit des dynamiques sociales qui depuis la seconde moitié du siècle le travaillaient en profondeur: l'émergence conjointe d'une médecine anatomo-clinique et d'une médecine sociale qui s'appuient toutes deux sur les sciences naturelles et l'État et la séquence 1776-1803, en particulier la reconstruction opérée entre 1795 et 1803, peut donc être analysée comme le creuset du champ médical moderne¹³⁶. L'idée d'une mutation révolutionnaire radicale dans l'enseignement médical, qui apparaît dès la Révolution sous la plume de ses acteurs et qu'on retrouve ensuite de manière récurrente sous la plume des historiens et historiennes de la médecine, doit toutefois être nuancée¹³⁷. Refondé, l'enseignement médical ne s'est pas transformé du jour au lendemain entre 1794 et 1803. Les réformes de 1794 et 1803 ont bien rendu obligatoire la formation clinique mais pas le service hospitalier et l'internat qui n'accueille qu'un très petit nombre d'étudiants quand la faculté de médecine de Paris délivre annuellement quelques 300 diplômés¹³⁸. En revanche, l'espace social de la médecine, lui, est très différent après la séquence 1795-1803 de ce qu'il était avant 1789. Ce qui le caractérise désormais, et durablement, c'est qu'il est « *différencié en trois espaces construits autour d'institutions distinctes, et produisant de la médecine clinique, de la médecine sociale et des sciences dites accessoires* »¹³⁹. Ces trois espaces de pratiques sont eux-mêmes travaillés par des logiques de différenciation internes au principe de la formation de sous-champs plus ou moins autonomes.

Dans cette nouvelle division sociale et fonctionnelle du travail médical, la médecine anatomo-clinique occupe une position dominante construite à la jonction de trois espaces institutionnels : les hôpitaux publics, les cabinets médicaux de pratique libérale (ou les cours privés, notamment d'anatomie, sont nombreux) et les chaires de cliniques des écoles et facultés. La position qu'elle occupe dans le champ s'explique en grande partie par la nature de ses activités. En caractérisant les entités morbides (elle dit ce qui est une maladie), en établissant les classifications étiologiques (en fonction des

¹³⁵ Cette différenciation entre l'élite des médecins et le tout-venant des officiers de santé perdure jusqu'à la suppression de l'officiât en 1892.

¹³⁶ Voir Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe...*, *op.cit.* : en particulier l'introduction du chapitre 2 « Le premier âge de l'institutionnalisation de l'hygiène publique (1794-1832) ». Voir aussi et surtout Patrice Pinell, « La genèse du champ médical, le cas de la France (1795-1870) », art. cité, p. 315-349.

¹³⁷ Sur ce point voir l'analyse, déjà ancienne, faite dans Laurence Brockliss, Rebecca Rogers « L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation », dans « Les Enfants de la Patrie. Éducation et Enseignement sous la Révolution française », *Histoire de l'éducation*, 1989/ vol.42, p. 79-110.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 104-105.

¹³⁹ P. Pinell, « La genèse du champ médical, le cas de la France (1795-1870) », art.cité, p. 318-319.

causes) et les diagnostics et en assurant la prise en charge et le suivi thérapeutique, les cliniciens disposent du monopole de productions des « biens de santé relatifs aux maladies »¹⁴⁰, monopole au principe même de l'autonomie du champ médical (seuls les cliniciens peuvent définir une entité pathologique, classer les maladies etc.) et qui confère à l'hôpital une place de plus en plus centrale dans le champs (par rapport à la Faculté).

À l'inverse, l'espace des « sciences accessoires », où sont produites des connaissances scientifiques mobilisables par les médecins est un sous-champ hybride dont les institutions clés sont les chaires de chimie, de physique et de pharmacie des écoles et facultés des sciences et bientôt les laboratoires. Mais les connaissances issues de la chimie, de la physique médicale ou de la biologie naissante ne sont pas immédiatement perçues et reconnues comme « médicales ». Qu'il s'agisse de recherche fondamentale ou de recherche appliquée, les agents qui les produisent s'ils peuvent, à l'image d'un Vic d'Azyr, d'un Fourcroy ou d'un Chaptal (1756-1832),- être médecins, appartiennent aussi (d'abord ?) au champ scientifique. La légitimité de leur production en médecine est donc liée à leur reconnaissance par les élites médicales, aux verdicts des instances de consécration du champ médical (facultés, académies) quant à leur utilité et aux usages qui en sont faits¹⁴¹. Les enjeux sont particulièrement importants puisque c'est en partie en mobilisant les apports théoriques et pratiques de ces sciences « auxiliaires », que chirurgie et médecine commencent à se spécialiser. Tandis que la première se divise en domaines d'intervention spécifiques organisés par zone anatomique (urologie, gynécologie, orthopédie ORL) la seconde étend ses domaines d'intervention de deux manières : elle définit de nouvelles entités pathologiques qui deviennent des domaines de spécialité¹⁴² et/ou elle prend en charge des catégories de population définies comme socialement et médicalement problématique (les fous, les enfants « débiles » ou anormaux, les criminels etc.)¹⁴³.

La médecine sociale constitue un idéaltype de ces espaces de pratiques qui naissent de la construction d'un objet (comportement mœurs et santé populations-cibles) en problème social et dans lesquels objectivation médico-administrative et approches scientifiques s'articulent et favorisent la naissance de nouveaux regards cliniques. Des trois espaces, il est sans doute celui qui est le moins autonome, puisque intrinsèquement

¹⁴⁰ Sur la domination des cliniciens et, plus largement, sur la structuration du champ médical français en trois espaces de pratiques eux-mêmes divisés en sous-espaces hybrides plus ou moins autonomes et sur les formes de spécialisation qu'ils connaissent (par différenciation ou par extension) cf. P. Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champs », art. cité, p. 305-318.

¹⁴¹ Claude Bernard (1813-1878) et Louis Pasteur (1822-1895) en constitueront deux exemples paradigmatiques.

¹⁴² Dans le cas ou l'institutionnalisation d'une spécialité réussie.

¹⁴³ Sur la question des disciplines qui se pérennisent en construisant leur objet en problème social on lira : P. Conrad, J. Schneider J., *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Temple University Press, 1992. L'ouvrage offre une recension minutieuse des effets de la « médicalisation » sur la formulation des problèmes publics aux pages 248 et suivantes.

lié à la capacité de l'offre à susciter ou entretenir la demande sociale de médicalisation et à sa capacité à la convertir au plan politique. À cette époque la médecine sociale rassemble deux sous-champs hybrides, étroitement solidaires, en cours de formation : la médecine légale¹⁴⁴ et l'hygiène. Celles-ci sont désormais reconnues comme disciplines académiques et dotées de chaires dans les trois nouvelles écoles qui se pérennisent quand les écoles redeviennent des facultés avec la création des Universités impériales votée le 10 mai 1806 (décret d'application du 17 mars 1808) comme le montre le tableau ci-contre :

Tableau 1 : L'espace académique de la médecine sociale des années 1800 aux années 1830

	Intitulé des chaires	Titulaires				
Montpellier	Institut de Médecine et d'hygiène puis chaire d'hygiène en 1824	Joseph Vigarous 1803-24		Frédéric Bérard 1824-27	François Ribes 1828-68	
	Pathologie externe	Pas avant 1838				
	Médecine légale (1794) - Médecine légale et histoire médicale (1807) - médecine légale (1820)	Gaspard-Jean René 1794-1807	Clément Prunelle 1807-20	Fulcrand Caizergues 1820-24	Joseph Anglada 1824-35	
Paris	Médecine légale et histoire médicale de 1794 à 1819 Médecine légale & médecine mentale de 1819 à 1822 puis Médecine légale	Pierre Lassus 1794-95	Paul Mahon 1795-1801	Claude Leclerc 1801-08	Pierre Su 1808-1816	Antoine Royer-Collard 1816-19-25
		Nicolas Adelon 1826-1861				
	Physique médicale et hygiène jusqu'en février 1823 puis Hygiène	Jean-Noël Hallé 1794-1822	Joseph Bertin 1822-23 & 1823-27	Gabriel Andral 1827-30	Nicolas Desgenettes 1830-37	
		Pr adjoint Nicolas Desgenettes 1799-1822				
Pathologie externe	François Chopart 1794-95	Pierre Lassus 1795-1807 Pr adjoint Pierre Percy 1795-1820	Anthelme Richerand 1807-18	Jean Nicolas Marjolin 1818-1850		

¹⁴⁴ L'intervention des médecins et chirurgiens dans le cadre judiciaire n'est pas nouvelle, la pratique est attestée depuis le XVI^e au moins mais la naissance de la médecine légale comme discipline académique est bien postérieure. En France la « médecine légale » intègre l'Université en étant rattachée à la chaire d'histoire de la médecine, créée en même temps que l'École de santé de Paris, par le décret du 14 frimaire an III (4 décembre 1794).

Strasbourg	Médecine légale créée en 1814	François-Emmanuel Foderé 1814 ?	?
------------	----------------------------------	------------------------------------	---

Sources : Louis Dulieu *La médecine à Montpellier, tome IV : de la première à la troisième République*, 1^{ère} partie, Avignon, Les Presses Universelles, 1986. Huguet (F.)- Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, dictionnaire biographique, 1794-1939.- Paris, 1991. Jean-Marie Mantz, Jacques Héran, *Histoire de la médecine à Strasbourg*, Strasbourg, Éd. la Nuée bleue, 1998, 799 p.

Fait remarquable : deux des plus importants (par leurs trajectoires et leurs positions) médecins militaire de l'Empire – Percy (1754-1825) et Desgenettes (1762-1837) – occupent pendant près d'un quart de siècle, comme adjoint et/ou titulaire, les chaires de pathologie externe et d'hygiène de la Faculté de Paris ; ils sont à ma connaissance les seuls « militaires de carrière » à avoir occupé une telle position au XIX^e siècle. Mais la montée en puissance institutionnelle de l'hygiène ne se mesure à la seule structuration académique de sa principale composante : la médecine sociale. Elle se traduit surtout par l'émergence d'institutions nouvelles sur le territoire.

1.3.2 Formation d'un premier espace institutionnel de l'hygiène

Sous le Consulat et le Premier Empire, les mesures de prophylaxie s'intensifient et les campagnes de vaccination contre la petite vérole se multiplient quelques mois après que le médecin anglais Edward Jenner (1749-1823) ait rendu public sa méthode d'immunisation contre la maladie par la technique de la vaccine (1798)¹⁴⁵. L'année suivante, le 1^{er} décret réglementant les établissements jugés « dangereux, insalubres incommodes » est pris, traduisant l'institutionnalisation d'un souci, plus ancien, de lutte contre les pollutions (tout au moins le souci de montrer qu'on s'en souci) et des commissions de salubrité sont créées pour inspecter ces établissements¹⁴⁶. Les premiers conseils départementaux de salubrité publique voient le jour au même moment. Paris

¹⁴⁵ Sur la multiplication des initiatives pour la vaccination et les premières campagnes voir Jean Noël Biraben, « La diffusion de la vaccination en France au XIX^e siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest* 1979, vol.86-2, La médicalisation en France du XVIII^e au début du XX^e siècle, sous la direction de François Lebrun et Jacques Léonard, p. 265-276.

¹⁴⁶ Décret impérial du 15/10/1810 relatif aux Manufactures et Ateliers qui répandent une odeur insalubre incommode. En ligne : [https://aida.ineris.fr/consultation_document/3377] (consulté le 04/04/2018). Sur l'histoire de la construction de la pollution industrielle comme problème public voir Thomas Le Roux, « L'émergence du risque industriel (France, Grande-Bretagne, XVIII^e – XIX^e siècle) », *Le Mouvement Social* 2014/4 (n° 249), p. 3-20. DOI 10.3917/lms.249.0003. François Jarrige, Thomas Leroux, *La contamination du monde. Une histoire des pollutions à l'âge industriel*, Paris, Éditions du Seuil, coll. L'Univers historique, 2017.

inaugure le mouvement en 1802 et Nantes (1817), Lyon (1822), Marseille (1825) suivent. En 1832, il en existe une dizaine¹⁴⁷.

En trois décennies, un nouvel espace institutionnel étroitement liés aux pouvoirs publics et notamment aux préfetures qui ont la main sur la création de ces conseils, se dessine. Outre leur mission de surveillance des grands établissements collectifs comme les hospices, les prisons, les écoles et les casernes - dont a vu qu'ils pouvaient être à la fois des terrains d'observation et d'expérimentation et des lieux de médicalisation, notamment des classes populaires, les conseils (ceux qui fonctionnent) produisent tout un ensemble de données sanitaires intéressant la production agricole et l'élevage, l'artisanat et les métiers de bouche, les industries et l'assainissement des villes. En 1829, le conseil départemental de la Seine produit à lui seul quelques 270 rapports et sur la période 1830-1834, il en fait parvenir 1 971 à la préfeture, soit, en moyenne, 394 par an¹⁴⁸. On y retrouve la marque de la SRM, disparue en 1794, mais qui a -malgré son histoire relativement courte- donné naissance à la première forme stable de recueil de données médicales et permis qu'une forme inédite d'objectivation médico-administrative de la santé -s'institutionnalise¹⁴⁹.

Au terme de cette première phase de création institutionnelle, les hygiénistes français sont alors à la pointe du mouvement européen pour la santé publique, et ce, au moins jusqu'à la fin des années 1830¹⁵⁰.

Ce leadership français se traduit par -et se renforce avec- la création, en 1829, d'une revue: *Les annales d'hygiène publique et de Médecine Légale*, qui deviendra une véritable institution : 191 volumes paraissent en 92 ans d'existence¹⁵¹. Le premier numéro, véritable manifeste, informe sur les conceptions et les ambitions des hygiénistes français. Ils définissent à la fois un domaine d'action, une méthode, un programme politique, pour eux:

« La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois, elle aide le législateur dans la

¹⁴⁷ Lille en 1828, Strasbourg en 1829, Troyes en 1830, Rouen et Bordeaux l'année suivante et Toulouse en 1832. Sur ces institutions encore mal connues voir Ann La Berge, *Mission and Method, The early nineteenth-century French public health movement*, Cambridge, CUP, 1992, p.127-144.

¹⁴⁸ Pour avoir le détail de l'activité du conseil de salubrité de la Seine et retrouver ces chiffres voir Seine. Conseil d'hygiène publique et de salubrité. *Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité* (Paris) : 1829-1839, Paris, Imprimerie de Lottin de Saint Germain, 1840. Consulté en ligne le 24/03/2018 : [<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5426312m>].

¹⁴⁹ C'est le sens de la démonstration dans Virginie Tournay, « Le concept de police médicale... », art.cité.

¹⁵⁰ Anne La Berge juge que le leadership français en la matière perdure jusqu'aux années 1837-38. Cf. *Mission and Method, op.cit.*.

¹⁵¹ Tous accessibles en ligne sur le site de la Bibliothèque Universitaire de Médecine de Paris (dorénavant BIUM)

[<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=90141X1829X01>].

concertation des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application et toujours elle veille, avec l'administration au maintien de la santé publique. Ainsi appliquée aux besoins de la société, cette partie de nos connaissances constitue l'hygiène publique et la médecine légale. Il suffit d'indiquer cette application pour en faire sentir l'importance, et la nécessité de donner une publicité aussi étendue que possible à tout ce qui s'y rattache. Un recueil destiné à cette spécialité doit être très utile ¹⁵²».

Et ce nouveau domaine d'action dont les rédacteurs des annales entendent faire reconnaître l'utilité, la nécessité, la légitimité mais aussi l'unicité - caractère indispensable à une « spécialité » nouvelle - vise à :

[...] conserver la santé aux hommes réunis en société [...] elle observe les variétés, les oppositions, les influences des climats en apprécie les effets, constate et éloigne les causes contraires à la conservation et au bien-être de l'existence [...] Elle s'occupe de la qualité des propriétés (logement), des comestibles et boissons (alimentation), du régime des gens de guerre (casernes et conditions de vie des militaires) des marins. Elle s'étend à tout ce qui concerne les épidémies, épizooties, les hôpitaux, les maisons d'aliénés, les lazarets, les prisons, les inhumations, les cimetières etc. ¹⁵³».

L'extension du domaine de juridiction des hygiénistes suppose donc que tous les aspects de la vie et de la mort passent sous les fourches caudines de leurs observations. Les hygiénistes qui se saisissent de populations cibles (prisonniers, prostituées, femmes, enfants, ouvriers) qu'ils constituent ainsi en catégorie d'état. En témoignent, les travaux des grands enquêteurs sociaux et notamment ceux de deux figures bien connues - qui avec dix de leur collègues sont à l'origine du lancement des annales ¹⁵⁴ - : René Louis Villermé (1782-1863) et Alexandre Parent-Duchâtelet (1790-1835) Polytechnicien et médecin, le premier établit le lien entre mauvaise condition de logement et le choléra (*Le Choléra dans les maisons garnies de Paris*, 1824) et, surtout, s'appuie pour le faire sur une statistique détaillée des logements insalubres. Pour le dire très vite c'est la première forme d'objectivation des inégalités sociales de santé, travail qu'il poursuit dans son ouvrage le plus connu *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les Manufactures de coton de laine et de soie*, publié en 1840. Le second enquête, lui, aussi sur les lieux insalubres (*Essai sur les cloaques*, 1824) et demande la mise en place d'une gestion des déchets. Puis il change de terrain et s'intéresse à la prostitution (*De la prostitution dans la ville de Paris, considéré sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration*, 1836) et plaide sur fond d'essor de la syphilis pour la mise en place d'une administration et d'un contrôle sanitaire de la prostitution.

¹⁵² Voir le « Prospectus » dans *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série I, n°1, Patis, Jean-Baptiste Baillière, 1829, p. vj-vij.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Il s'agit d'Adelon, Andral, Barruel, D'Arcet, Devergie, Kerauden, Leuret, Marc, et Orfila et Esquirol qui comme Villermé et Parent-Duchâtelet est membre du Conseil de Salubrité de la ville de Paris.

Les travaux de ce type – qui se multiplient - convergent alors pour montrer que la décomposition progressive des rapports de production féodaux (structurés autour de la propriété foncière et de l'artisanat) et l'émergence de la société industrielle génèrent de profondes transformations sociales, notamment dans les villes en plein essor. Tous soulignent surtout les coûts sociaux extrêmement élevés de cette mutation de l'ordre productif (misère économique des ouvriers, mobilité forcée, précarité des emplois, exploitation de la main d'œuvre non qualifiée - femme et enfants notamment - en l'absence de toute protection légale et d'organisations ouvrières) et ses contradictions. En résonance avec les sciences sociales naissantes (les travaux d'Auguste Comte notamment) ils contribuent à « l'invention du social »¹⁵⁵ et, plus particulièrement, à faire émerger un fait social nouveau : le paupérisme¹⁵⁶. En résumé, la dégradation rapide et massive des conditions de vie des nouvelles catégories sociales impliquées dans l'élan industriel donne naissance à un prolétariat, classe laborieuse et dangereuse, dont l'essor effraye les fractions dominantes de la société.

Les années 1820-1840 sont donc celles d'une première percée politique des hygiénistes qui s'organisent en un véritable groupe de pression et politisent des questions jusqu'alors considérées comme relevant de l'ordre de la nature (les inégalités sociales et de santé) en les constituant en problèmes sociaux menaçant l'ordre libéral mais susceptibles d'être résolu par l'hygiène et la médecine. Perçu et présenté comme une menace pour la cohésion de la société, le paupérisme pose, au delà de la question de la souveraineté populaire (c'est à dire de la citoyenneté politique) une question politique nouvelle (dont naîtront à la fois les socialismes et le catholicisme social) : celle de la régulation des rapports sociaux par un droit de type nouveaux - le droit social – et de l'élaboration d'une citoyenneté sociale (dont le droit à la santé sera l'une des composantes). Pour le dire autrement, cet ensemble de transformations pratiques et cognitives participe de la métamorphose de la question sociale, processus dont le rôle déterminant dans la sociogenèse de l'État social a été mis en évidence de longue date¹⁵⁷.

Au plan législatif, les mesures prises sous la libérale Monarchie de Juillet et la Seconde République peuvent apparaître limitées au regard, par exemple, des mutations en cours en Grande-Bretagne¹⁵⁸ mais elles ont des effets à très long terme et constituent

¹⁵⁵ La formule est empruntée à Jacques Donzelot, *L'invention du social, Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard, coll. « L'Espace du politique », 1984.

¹⁵⁶ Le paupérisme désigne le fait que l'augmentation générale de la richesse produite se traduise par un accroissement des inégalités sociales et une montée de la pauvreté.

¹⁵⁷ Notamment dans deux ouvrages devenus des classiques : Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la sécurité sociale, Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France. 1850-1940*, Paris, Armand Colin, 1971. R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.*

¹⁵⁸ Avec la création du Board of Health en 1848, la Grande-Bretagne se dote d'une véritable administration sanitaire et John Simon (1855-1871), qui la dirige, est en relation directe avec le conseil privé de la Couronne.

des précédents sur lesquels aucun gouvernement ne reviendra. Confirmant le lien entre dynamique de spécialisation en médecine et construction de l'État (émergence de regard clinique spécialisés et construction des catégories d'action publique) la loi de 1838 sur les asiles institutionnalise un nouveau régime d'administration de la folie qui « *donne au fou un statut juridique d'assisté et s'attache à programmer l'organisation sociale de son enfermement* ¹⁵⁹ ». La mesure qui, pour Castel, est la principale réalisation du XIX^e en matière de médecine sociale (en France) est fondatrice en ce qu'elle crée un nouvel espace de pratique - l'asile – et un nouveau corps de médecins fonctionnaires. À partir de cette date, et pour plus d'un siècle, le secteur public de la prise en charge de la folie s'organise autour de deux pôles : les hôpitaux de Paris (donc la médecine clinique hospitalière) et l'espace asilaire, autonome et fonctionnarisé, en marge du champ médical¹⁶⁰.

Autre population cible et prioritaire dans l'agenda hygiéniste : les enfants. En 1841, ils parviennent à faire accepter l'idée d'une limitation de leur temps travail dans les ateliers et manufactures. La encore, c'est l'émergence d'un regard clinique spécialisé qui ouvre la voie à la construction de catégories d'action publique. C'est bien parce que l'enfance (notamment l'enfance irrégulière) et les ouvriers deviennent des objets d'investigation médico-scientifique que l'État est amené à prendre des mesures de protection de la population infantile laborieuse¹⁶¹. Ces transformations des pratiques, des savoirs et des idées scientifiques et politiques se traduisent aussi, au plan institutionnel : en 1848, le Conseil de Salubrité de la capitale est transformé en un Comité consultatif d'hygiène publique de France. Organe d'expertise civil rattaché au ministère du Commerce, il est chargé des questions sanitaires (salubrité des villes et de l'habitat, alimentation en eau potable, surveillance des denrées alimentaires, hygiène industrielle, protection légale des travailleurs, etc.), et des mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation d'épidémies et d'épizooties (isolement, désinfection,

L'enregistrement des naissances et des décès a été rendu obligatoire par le *Registration Act* de 1836 et Sous l'impulsion de William Farr (1807-1883), le Register General Office qui est chargé de la collecte et de la gestion des déclarations envoyées par les médecins, l'office met au point des méthodes de classement (l'opposition entre maladies contagieuses et maladies sporadiques), des techniques de calcul (celui d'une mortalité standard obtenue en faisant la moyenne des taux des districts les mieux lotis) et des formes de représentation (les tables de vie cumulant les probabilités de décès aux différents âges) qui ont alimenté la discussion sur les moyens et les objectifs de l'hygiène à l'échelle de toute l'Europe. Voir : Jean-Paul Gaudillière, *La médecine et les sciences, op.cit.*, p. 48-65.

¹⁵⁹ P.Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », art.cité, p. 4-36.

¹⁶⁰ *Ibid.*,p17-19. Sur la reconfiguration du régime asilaire qui s'amorce dans les années 1930 et se concrétise dans les années 1960-1970 voir : Alexandre Klein, Hervé Guillemain et Marie-Claude Thifault (dir.), *La fin de l'asile. Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2018.

¹⁶¹ En 1850, ils obtiennent une première loi d'urbanisme imposant l'assainissement des logements insalubres. C'est la 3^e grande loi de santé publique de la période.

prophylaxie sanitaire maritime, etc.). L'année suivante, c'est le Conseil Général des Hospices de Paris qui est transformé en une Assistance Publique de Paris¹⁶².

Au terme de ces premiers développements, il apère que la réorganisation de l'enseignement médical et la réforme hospitalière associées aux efforts pour développer l'hygiène dessinent les contours d'une véritable politique qui rend bien plus tangible la notion de « police médicale » que dans la théorie de John Peter Frank. Trente ans après la parution de son ouvrage devenu un classique on peut donc encore tout à fait souscrire à l'analyse de Jacques Léonard pour qui c'est dans la « consolidation postrévolutionnaire », sous le Directoire et le Consulat que le projet biopolitique s'institutionnalise¹⁶³. Mais qu'en est-il de la médecine d'armée ? Est-elle encore une composantes essentielle de cette médecine publique qui entend contribuer au bon gouvernement de la cité et travaille au maintien de l'ordre social et politique en élaborant ce nouvel instrument du répertoire de légitimation qu'on appelle aujourd'hui la biopolitique ?

1.3.3 Une marginalisation relative de la médecine militaire ?

Le service de santé des armées n'échappe ni à la déconstruction des années 1790, ni à la remise en ordre qui s'opère sous le Consulat et l'Empire. Le Conseil de Santé (supprimé en mai 1794) est remplacé par une « commission de santé » installée en avril de la même année (22 floréal). Organe éphémère, elle est à son tour supprimée par un décret du 31 janvier 1795 (12 pluviôse an III) et laisse place à un nouveau Conseil, composé de 17 membres (5 médecins, 5 chirurgiens, 5 pharmaciens, 2 secrétaires), tous officiers supérieurs. Le Conseil de Santé dirige conjointement les services de santé de l'armée de terre et de la marine jusqu'en 1796 où ils sont dissociés. Dès lors, le Service de santé des armées (de terre donc) fait l'objet de mesures d'économies drastiques. Un premier règlement du 12 août 1800 (24 thermidor an VIII) réduit le nombre des hôpitaux militaires à 30 et limite à 3 le nombre des membres du Conseil de santé rétabli. Quatre hôpitaux d'instruction sont prévus (Val-de-Grâce, Lille, Metz, Strasbourg) mais avec un personnel réduit. Les officiers de santé restent étroitement subordonnés à l'autorité des commissaires des guerres et des commissions administratives nouvellement créées. Un second règlement du 7 décembre 1801 (16 frimaire an IX) accentue la rigueur en prévoyant le maintien de seulement 16 hôpitaux militaires permanents. Un grand nombre d'officiers de santé (ils sont environ 10 000 en 1794) commissionnés est licencié, notamment ceux de l'armée de l'an II qui sont renvoyés, sans tenir compte de l'expérience acquise sur le Rhin, en Italie ou en Égypte et avec un traitement de réforme

¹⁶² L'Administration générale de l'Assistance publique a été créée par la loi du 10 janvier 1849.

¹⁶³ Voir, Félix Vicq d'Azyr (éd.), *Encyclopédie Méthodique*, « Médecine, par une société de médecins. », Paris, Panckouke, 1816, p. 245-285.

minime. En 1803, on estime à 800 le nombre total des officiers de santé en poste (médecins, chirurgiens, pharmacien confondus).

Les guerres de l'Empire (1804-1815) changent temporairement la donne en justifiant des recrutements qui font remonter les effectifs: on compte 2500 officiers en 1807, 3 800 en 1809, 4 500 en 1804 et, à partir de 1812, plus de 5 000¹⁶⁴. Mais ce sont surtout les chirurgiens qui intéressent la Grande Armée dont les Coste, Percy Larrey (1766-1842), Desgenettes ou Parmentier (1737-1813) ont fait la légende. À bien y regarder cependant le récit « *des grandes heures de l'épopée impériale*¹⁶⁵ » résiste mal à l'épreuve des faits en matière de santé aux armées dès lors qu'on s'éloigne des hagiographies consacrées. Les historiens professionnels et amateurs, y compris ceux de la fondation Napoléon¹⁶⁶, s'accordent sur ce point : l'empereur décore et anoblit les grands chirurgiens (Percy, Larrey Heurteloup sont faits barons d'empire), leur accorde ainsi qu'aux médecins le titre d'officier, mais ne fait rien de plus. Les rares efforts réalisés en matière de santé aux armées sous l'Empire se font sur le terrain de la chirurgie du champ de bataille et sont le produit des chirurgiens eux-mêmes. Le projet d'un corps de chirurgiens d'armée porté par Percy au lendemain de la bataille d'Eylau ne voit jamais le jour. Les recrutements de commissionnés, licenciés dès lors que les besoins militaires en main d'œuvre thérapeutique se tarissent, restent la règle. Les médecins, très minoritaires, occupent une position difficile et leur rôle en matière d'application des règles d'hygiène militaire est très limité. Connus, les préceptes des hygiénistes sont très difficiles à mettre en pratique car les médecins qui les portent n'ont aucun pouvoir auprès des chefs de corps ou des généraux d'armée : la logique de l'intervention ex-post prime toujours, et de loin, la logique préventive et, surtout, celle-ci reste le fait, sinon du prince, du commandement.

Quant au gouvernement de la Restauration, il aurait traité « *encore moins bien les médecins militaires que ne l'avait fait Napoléon I^{er}. Il leur refusa le titre d'officiers [...] obtenu sous l'empire et les déclara inapte à recevoir la croix de Saint-Louis*¹⁶⁷ ». Louis XVIII prend pourtant des mesures pour reconstruire le service de santé dès la fin de l'année 1814. L'ordonnance du 24 novembre 1814 réinstalle des hôpitaux dans toutes les villes de garnisons et les hôpitaux d'instruction (ordonnance du 30 décembre). L'ordonnance du

¹⁶⁴ Simultanément l'effectif militaire triple pour atteindre 850 000 hommes en 1809.

¹⁶⁵ Médecin Général Inspecteur H. Baylon, Contribution à l'histoire de la médecine. L'apport de l'école de santé du Val –de-Grâce à l'évolution des sciences médicales, Paris, Val-de-Grâce, 1975, p.1.

¹⁶⁶ Voir les deux articles consacrés à la question sur le site d'histoire de la Fondation Napoléon sur lesquels je me suis appuyé : Jacques Sandeau, « La santé aux armées. L'organisation du service et les hôpitaux. Grandes figures et dures réalités » (1ère partie), *Revue du souvenir Napoléonien*, 2004/vol.450, p.17-27 et du même « *La santé aux armées. L'organisation du service et les hôpitaux. Grandes figures et dures réalités* » (2e partie) *Revue du souvenir Napoléonien*, 2004/vol.450, p.27-37. [<https://www.napoleon.org/histoire-des-2-empires/articles/auteur/sandeau-jacques/#f>] (Consulté le 05/04/2018).

¹⁶⁷ François Albert (dir.), *Science et Dévouement. Le service de santé – La croix rouge – Les œuvres de solidarité de guerre et d'après guerre*, Paris, A. Quillet, 1918, p.10.

10 janvier 1816 qui supprime l'inspection du service et rétablit un conseil de santé composé de trois membres vise clairement à éliminer les élites du corps ayant partie liée à la Révolution et/ou à l'Empire ; Larrey, Percy, Desgenettes perdent leur poste. Au-delà de l'épuration et des privations symboliques et financières, c'est surtout la création du corps des intendants (ordonnance du 29 juillet 1817) qui marque l'histoire du service de santé : pendant trois quart de siècle, il n'aura de cesse de travailler à s'émanciper de sa tutelle¹⁶⁸.

Créée par et pour le pouvoir central, l'intendance est le produit de la fusion des deux premiers corps (indépendants) de contrôle administratif de l'appareil militaire : les commissaires de guerre - institués par Charles VII et les inspecteurs aux revues, (corps créé en janvier 1800)¹⁶⁹. Les premiers - qui doivent, à l'origine veiller au bon usage des allocations royales distribuées aux compagnies d'ordonnance¹⁷⁰ - sont, au XIX^e siècle, chargés des approvisionnements de l'armée - quand les seconds sont responsables de la solde des troupes qu'ils inspectent et contrôlent. L'institution de l'intendance - première forme centralisée de contrôle « étranger » des actes administratifs - témoigne du processus de bureaucratisation que connaît l'armée au début du siècle et de son accélération : en 1822, une nouvelle ordonnance royale confie aux intendants la direction et le contrôle des différents services de l'armée, dont les services sanitaires. Recrutés (jusqu'en 1832) parmi les civils âgés de 21 à 25 ans, diplômés en droit et disposant d'un revenu de 2000 francs, les fonctionnaires de l'intendance sont des officiers très spéciaux : ils sont les délégués directs du ministre de la guerre et ils ne dépendent pas du commandement qu'ils contrôlent au plan administratif. Chargée de pourvoir aux besoins des corps de troupes et des services, l'intendance est en réalité une « police administrative » qui contrôle l'utilisation des ressources et veille sur toutes les dépenses du département de la Guerre. C'est dans ce cadre que les officiers d'intendance exercent leur tutelle sur les hôpitaux en campagne comme sur le territoire. Corps puissant par la position qui l'occupe (lien direct au ministre) l'intendance voit ses effectifs progresser rapidement même s'ils restent faibles au regard des autres corps d'officiers. On compte 267 intendants en 1822, 295 en 1824, 235 de 1825 à 1829. Leur effectif (théorique) augmente ensuite régulièrement, surtout entre 1856 et 1881, sans jamais dépasser un maximum de 340 hommes¹⁷¹.

¹⁶⁸ Il obtient l'autonomie en 1848 mais le Second Empire annule la mesure. L'autonomie à l'endroit de l'intendance date de 1882, j'y reviendrai plus avant.

¹⁶⁹ Sur l'histoire de l'intendance et sur sa création voir les premières pages de la thèse de Francis Garcia, *La carrière des intendants militaires de 1870 à 1914*, thèse de doctorat d'Histoire, dir. Jean Paul Jourdan, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, 2015. <NNT : 2015BOR30034>. <tel-01257879>.

¹⁷⁰ Ces sommes destinées à l'entretien des hommes et des chevaux étaient versées aux chefs de corps que le pouvoir royal soupçonnait d'abus et de détournement (emploi d'hommes de paille à l'occasion des revues).

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 19-20.

Que le service sanitaire de l'intérieur fasse l'objet de mesures parce qu'il faut reconstruire le dispositif hospitalier démembré en 1814 - le Val-de-Grâce, notamment, redevient un hôpital d'instruction (30 décembre 1814) et un bastion de la pensée métaphysique en médecine (avec Broussais)¹⁷², ne doit pas tromper : la « modernisation » de l'armée qu'engagent les monarchies censitaires¹⁷³ renforce surtout un processus de centralisation et de rationalisation comptable de l'appareil militaire. L'avancement, les plaintes des officiers de santé contre leurs chefs comme l'inspection administrative des écoles et hôpitaux d'instruction dépendent de l'intendance. Le choix de l'implantation (et/ou de l'évacuation) des locaux, le nombre de lits, les magasins, le matériel, les vivres, les transports, lui reviennent également. Son pouvoir s'étend même, et très vite, au contrôle de la formation des officiers : à partir de juin 1819, ce n'est plus le médecin en chef (premier professeur) des écoles qui fait remonter au ministre les résultats des candidats aux examens mais le sous-intendant de l'école, signe que le rapport de force entre l'enseignement et l'administration bascule au profit de cette dernière. En d'autres termes, tout ce qui touche au traitement des malades et à la condition des officiers de santé dépend de l'intendance. En septembre 1824, le gouvernement de Charles X réorganise le corps de santé et fixe le cadre des officiers de santé comme suit :

Tableau 2 : Constitution du corps de santé en 1824 :

	Médecins		Chirurgiens		Pharmaciens	
Grades	Ordinaire	10	Aide-major	300	Aide-major	30
	Adjoint	40	Major	200	Major	30
	Principal	8	Principal	10	Principal	6
	Inspecteur	1	Inspecteur	1	Inspecteur	1
Total	59		711		147	

Sources : *Ordonnance du roi portant réorganisation du personnel du Service de santé et des hôpitaux de l'armée de terre*, septembre 1824, Bulletin des lois Royaume de France, 8^e série, tome, p.7.

En cas de nécessité (épidémies et/ou guerre) le ministère peut recruter, à côté de ces officiers nommés par lui et entretenus par le Roi, des agents commissionnés qu'il licencie dès que leur mission prend fin. Le cadre hospitalier compte lui trois corps : les

¹⁷² Les cours de François Broussais (1772-1838) – professeur-adjoint en 1815, puis professeur et médecin en chef (1820) - y connaissent un grand succès. Dans la lignée du médecin écossais John Brown (1735-1788) qui explique entièrement la vie et l'homme par un principe vital unique (l'excitabilité) Broussais développe son « système » dont le principe moteur est l'irritabilité tissulaire (excitation excessive). Là où Brown perçoit le pathologique comme le résultat de sthénies (excès d'excitation) ou d'asthénies (défauts d'excitation) - à traiter par des sédatifs ou des stimulants-, Broussais en fait le produit de l'irritabilité tissulaire (excitation excessive), qu'il convient de traiter par la mise au repos (diète) et la déplétion (saignées).

¹⁷³ En particulier les Lois Gouvyon Saint-Cyr (1817-18) et réformes Soult (1831 & 1834) sur lesquelles je reviendrais plus longuement dans le chapitre suivant.

officiers de santé, les infirmiers (majors et ordinaires) et les officiers d'administration (153) auxquels revient le pouvoir de direction. Le règlement d'application de l'ordonnance a d'ailleurs été produit par une commission d'intendants et les mesures édictées attestent du degré de subordination hiérarchique imposé aux officiers de santé. Le Conseil de santé concourt à la rédaction des instructions (y compris les instructions techniques de médecine et chirurgie) régissant le service « lorsque cela est jugé nécessaire » ; autrement dit, au bon vouloir des intendants. Mieux, le règlement stipule que les officiers de santé sont « *sous les ordres des intendants et sous-intendants militaires et son passibles, s'il y a lieu de peines de discipline* », jusqu'à 30 jours de prison écrit Alain Mounier Khun¹⁷⁴.

En temps de paix sur le continent, la santé aux armées est loin d'être une priorité pour la monarchie de Juillet. De nouveau produit par une commission d'intendants, le règlement du 1^{er} avril 1831 renforce la subordination des officiers de santé en amplifiant les possibilités de sanction que les sous-intendants, directeurs des hôpitaux, peuvent leur appliquer : ils peuvent désormais suspendre tout médecin des hôpitaux médecin-chef compris et ce sont eux qui attribuent les postes, en hôpital comme dans les corps de troupe. En décembre de la même année, les postes de prestige de l'Hôtel des invalides qui récompense les officiers jugés les plus compétents sont presque réduits de plus du tiers (de 28 à 18) et la solde extraordinaire à laquelle il donnait droit est supprimée. Cette mise en coupe réglée administrative rappelle aux officiers de santé qu'ils ne sont pas des militaires à part entière; pour le pouvoir, ils occupent un emploi et non un grade. Les réformes Soult (voir chapitre suivant) ignorent d'ailleurs largement le corps de santé. Exclu du périmètre de la loi de 1834 sur le statut des officiers, les officiers de santé en bénéficient finalement (après le vote de l'amendement Eschassériaux), mais ceux de l'armée terre n'obtiennent pas l'assimilation des grades accordés aux médecins de marine et aux fonctionnaires de l'intendance auxquels le service reste entièrement soumis¹⁷⁵. Le pouvoir de la bureaucratie militaire naissante s'affirme enfin, dans l'ordonnance du 12 août 1836 qui relève les effectifs mais accentue le déséquilibre médecins chirurgiens, maintient la non-assimilation, renforce un peu plus encore le pouvoir de l'intendance ce qui déclenche une réaction corporatiste¹⁷⁶.

Tableau 3: Constitution du corps de santé en 1836

	Médecins	Chirurgiens	Pharmaciens
--	----------	-------------	-------------

¹⁷⁴ Sur les réorganisations des années 1820-1830 voir Alain Mounier Khun, *Les médecins militaires français au XIX^e. Étude sociologique, formation professionnelle, carrières : de 1830 à 1910*, Paris, éd. Glyphes, 2014, p. 502-506.

¹⁷⁵ Voir *Histoire de la médecine aux armées*, t.2, *op.cit.* p 83-129.

¹⁷⁶ Sur les critiques et revendications concernant l'assimilation, le déroulement de la carrière, les attributions de l'intendance voir *Ibid.*, p. 117-129.

		Sous-aides : 410				
Grades	Adjoints	24	Aide-major	374	Aide-major	59
	Ordinaire	53	Major	223	Major	27
	Principal	8	Principal	12	Principal	8
	Inspecteur	2	Inspecteur	2	Inspecteur	1
Total	87		1021		95	

Sources : Ordonnance royale du 23 aout 1836.

Le cadre constitutif de 1836, qui prévoit 87 médecins et 95 pharmaciens pour 1021 chirurgiens, traduit par ailleurs avec force - comme celui de 1824 - la supériorité de la logique curative sur la logique préventive. L'institution « pense » toujours l'intervention sanitaire comme étant d'abord un dispositif de prise en charge thérapeutique de la lésion. La médecine aux armées, c'est le soin des blessures de guerre, l'empire du chirurgien. Un regard sur les programmes des enseignements, offre toutefois un éclairage différent qui permet de nuancer le propos.

Tableau 4 : Les enseignements à destinations des élèves officiers du corps de santé 1836-1850

Enseignements dans les trois hôpitaux d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement du VdG	
Intitulés des enseignements	Attribution par statut
Clinique Interne (« pathologies et thérapeutiques qui s'y rapportent »)	Premier Professeur Médecin
Clinique Externe (et « détails sur le service général » et « les devoirs des officiers de santé »)	Premier Professeur Chirurgien
Chimie Médicale analyse action des réactifs et la toxicologie, physique médicale et météorologie	Premier Professeur Pharmacien
Pathologie médicale	Professeur Médecin
Hygiène de l'Homme de Guerre et médecine Légale	Professeur Médecin
Anatomie physiologique normale et traitement des maladies vénériennes	Professeur Chirurgien
Pathologie chirurgicale et médecine opératoire	Professeur Chirurgien
Histoire naturelle des médicaments et matière médicale	Professeur Pharmacien
Botanique et préparation des médicaments	Professeur Pharmacien
Enseignements spécifiques à l'hôpital de perfectionnement du VdG	
Médecine opératoire	Professeur Chirurgien
Physiologie médicale et anatomie pathologique	Professeur Médecin ou chirurgien

Sources : Ordonnance royale du 23 aout 1836.

Les cours professés s'organisent autour de trois thématiques fondamentales qu'ils doivent impérativement traiter des « *plaies occasionnées par les armes de guerre et les diverses manières d'opérer que ces plaies peuvent exiger* », des « *maladies auxquelles l'homme de guerre*

est plus exposé », et, enfin, de « *la connaissance du formulaire pharmaceutique militaire et de la manière de compter les médicaments* ¹⁷⁷ ». Le détail des enseignements montre clairement que la logique préventive intègre bien la formation des officiers de santé mais comme à la Faculté c'est la clinique qui prime et notamment la clinique chirurgicale. Règne de l'intendance, domination de la clinique et suprématie de la chirurgie, on comprend pourquoi, dans ces conditions, les promoteurs de l'hygiène militaire ne parviennent pas s'imposer dans l'armée dans la première moitié du XIX^e siècle alors que l'hygiène publique connaît une première phase d'institutionnalisation. Tout se passe comme si, l'Empire et la Restauration (1814-1848) ouvraient une ère de libéralisme tous azimuts pendant laquelle la mise en coupe réglée du corps de santé provoquait une déliaison entre l'hygiène civile et l'hygiène militaire, comme si cette dernière, qui jusqu'alors était un moteur de la médecine sociale, se trouvait marginaliser à mesure que l'hygiène civile, elle, s'institutionnalise.

Cette séquence (1794-1850) toutefois ne peut être analysée de manière univoque sous le seul angle de l'absence de création institutionnelle et de la soumission aux impératifs économiques et militaires car la logique préventive gagne tout de même du terrain dans le monde militaire. En septembre 1801, le Général Joseph Gilot (1734-1811) fait installer un centre de vaccination pour les soldats de la 4^e division à Nancy et, en novembre, le commandant de la 10^e division (Toulouse) fait de même. En 1804, au camp de Boulogne, toute l'armée est vaccinée. La même année Napoléon rend la vaccination obligatoire pour toutes les nouvelles recrues qui n'ont jamais contractée la variole ¹⁷⁸. Impossible de savoir si et comment la mesure a été appliquée mais le caractère obligatoire de la mesure n'a qu'un seul antécédent : la « variolisation » obligatoire à l'entrée des écoles militaires imposée en 1786. Dans le vaste et intense mouvement de diffusion de la vaccination engagé à partir de 1800-1801, l'armée joue donc un rôle clé, notamment parce qu'elle dispose d'un public captif qui ne peut s'opposer frontalement aux mesures de vaccination ¹⁷⁹.

Au-delà de l'adoption de nouvelles pratiques, c'est surtout sur le terrain cognitif et disciplinaire que le monde militaire contribue à l'essor de la raison préservatrice. Les expériences de guerre du Consulat, de l'Empire et des deux monarchies offrent, une nouvelle fois, des opportunités pour observer, expérimenter, innover et, finalement, produire des connaissances ¹⁸⁰. De l'Égypte (1798-1801) à l'Algérie (à partir de 1830) en

¹⁷⁷ Ordonnance de 1836.

¹⁷⁸ Sur la diffusion de la vaccine et sur l'armée voir : Jean-Noël Biraben, « La diffusion de la vaccination en France », art.cité, p.265 et suiv.

¹⁷⁹ Même si les stratégies d'esquives de l'obligation vaccinale devaient être nombreuses et variées.

¹⁸⁰ Pas seulement en médecine puisque trois de ces expéditions (l'Égypte, la Morée et l'Algérie jusqu'en 1839) sont officiellement des expéditions militaro-scientifiques, voir Marie-Noëlle Bourguet, Bernard

passant par l'Espagne (en 1808 et en 1823) et la campagne Morée (1828-1833) les expéditions militaires sont l'occasion de retours d'expérience qui alimentent la production savante des médecins et légitiment les mesures préconisées par les hygiénistes militaires. L'Algérie joue de ce point de vue un rôle décisif. Les contingents français y connaissent en effet une mortalité jugée inédite qui entrave les opérations militaires et les travaux d'aménagement du territoire. Les officiers de santé qui doivent protéger soldats et colons contre l'insalubrité locale et rendre viable le processus de colonisation en sont de ce fait des acteurs clés¹⁸¹. Mais même dans cette configuration coloniale où la santé des troupes est un enjeu déterminant, les innovations de la médecine militaire sont d'abord et avant tout curatives. En vingt ans, la France construit 33 hôpitaux qui accueillent les malades civils et militaires et l'usage du sulfate de quinine dans le traitement du paludisme se généralise. En revanche, il n'est jamais administré dans un but prophylactique et si les « fièvres algériennes » occupent une place centrale dans le discours médical jusqu'aux années 1850, les mesures édictées par le Conseil de santé et mises en œuvre - drainages, déplacements des troupes sur les hautes terres, surveillance de l'eau, organisation des camps et des bâtiments, propreté du corps et du linge, régime alimentaire, moral des troupes - appartiennent au répertoire d'actions préventif forgé à la fin du XVIII^e siècle. Si on ne peut pas faire la part du curatif et du préventif, il n'en reste pas moins qu'au terme de trois décennies d'occupation, la mortalité par « fièvres » en Algérie abaissé d'environ 60% ce que les contemporains attribuent d'abord à l'action curative de la quinine¹⁸².

Dans le même sens, la place occupée par l'élite du corps de santé dans les institutions de l'hygiène en métropole peut être interprétée de deux manières. Lorsque Coste et Desgenettes occupent deux des trois chaires intéressant l'hygiène et la médecine sociale à la Faculté de Paris on peut y voir un indicateur de la prééminence qui est la leur dans cet espace social, un signe manifeste de reconnaissance par les pairs. Mais leur position dit, aussi, en creux et à l'inverse, le peu d'intérêt que l'enseignement de l'hygiène et sa construction comme savoir disciplinaire rencontre aux armées : il faudra encore vingt ans pour que l'hygiène soit enseignée au Val de Grâce.

Pour autant, qu'elle soit civile ou militaire, l'hygiène demeure relativement faible et la puissance des agents appartenant à cet espace social est toute relative. En dépit des

Lepetit, Daniel Nordman, Maroula Sinarellis (eds), *L'invention scientifiques de la méditerranée. Égypte, Morée, Algérie*, Paris, Éditions de l'Ehess, coll. Recherches d'histoire et de sciences sociales, 1998.

¹⁸¹ Voir Claire Fredj, « L'organisation du monde médical en Algérie de 1830 à 1914 », dans Abderrahmane Bouchène et al., *Histoire de l'Algérie à la période coloniale*, La Découverte ; coll.« Poche / Essais », 2014, p. 286-289.

¹⁸² Voir Claire Fredj, « Soigner une colonie naissante : les médecins de l'armée d'Afrique, les fièvres et la quinine, 1830-1870 », *Le Mouvement Social* 2016/4, n° 257, p. 21-45. DOI 10.3917/lms.257.0021.

réalisations de la première moitié du XIX^e siècle et de ses liens avec le pouvoir central, la médecine de santé publique ne connaît pas en France un développement équivalent à celui qu'elle connaît en Grande-Bretagne à partir des années 1840. Les comités ou conseils d'hygiène publique mis en place disposent de peu de moyens, aucune administration sanitaire n'est véritablement constituée et les autorités politiques, notamment les pouvoirs locaux, résistent : les mesures d'hygiène requièrent des ressources fiscales et pour certaines, elles menacent les prérogatives des propriétaires (de manufactures notamment) qui constituent - avant l'universalisation du suffrage - l'essentiel d'un corps électoral dont les monarchies censitaires ne peuvent heurter de front les intérêts. Quant au monde médical, il est dominé (numériquement et institutionnellement) par les praticiens libéraux qui perçoivent le plus souvent l'entreprise hygiéniste comme le produit de l'ambition hégémonique (ou régulatrice) d'un pouvoir central qu'ils soupçonnent toujours de vouloir porter atteinte à leur indépendance professionnelle. Ceux qui tiennent les rênes du monde médical sont rétifs à l'approche populationnelle et dans l'ordre social libéral, le lien à l'État est encore et toujours constitué en problème. L'exemple est bien connu de l'académicien Charles de Montalembert (1810 -1870) qui, en 1847, intervient devant le Parlement pour dénoncer un gouvernement coupable « *d'être pris de la manie de tout réglementer, de vouloir se constituer le gardien, le propriétaire de la santé*¹⁸³ ». Derrière la réaction corporatiste, c'est l'autonomie du champ médical qui est construit en enjeu, car si l'hygiène a partie liée à la médicalisation, elle ne s'y résume pas. Les médecins sont certes très présents dans les instances de l'hygiène mais ils ne constituent « que » le premier groupe professionnel dans ce mouvement qui réunit chimistes, ingénieurs, architectes, économistes, agents de l'État et politiques. L'étude de la composition des institutions de l'hygiène en France (le Conseil de salubrité de la Seine et la revue des *Annales d'hygiène publiques et de médecine légale* fondée en 1829) révèle par ailleurs que si les médecins y sont bien représentés et très actifs, l'élite hospitalo-universitaire (médecine clinique) qui contrôle le champ médical en est absente¹⁸⁴. Si on exclut les producteurs des grandes enquêtes (Parent-Duchâtelet, Villermé etc.) et les universitaires (en majorité des scientifiques), les ancrages institutionnels des auteurs indiquent que les agents appartenant au pôle dominé de la « médecine publique » (médecins des prisons, écoles, asiles etc.) y sont sur-représentés¹⁸⁵. Les capacités et dispositions des élites médicales en matière de médecine publiques restent donc des plus limitées et la logique et la pratique dominantes dans le champ médical sont celles de la clinique.

¹⁸³ Cité par Didier Tabuteau, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010/26, n°1, pp. 103-121

¹⁸⁴ P. Pinell, « La genèse du champ médical, le cas de la France (1795-1870), art.cité.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 333.

L'ensemble de ces éléments, qui contrastent singulièrement avec la situation des années 1820-1830, a alimenté dans l'historiographie française la thèse « du retard français en matière de santé publique » portée notamment par Lyon Murard et Patrick Zylberman dans une étude qu'ils font démarrer dans les années 1870¹⁸⁶. Marc Renneville en a mis en évidence les apports certains et les faiblesses : administration de la preuve par l'accumulation d'exemples décontextualisés, comparatisme restreint à l'Angleterre et à l'Allemagne qui n'interroge pas les conditions de production des données et, *in fine*, sert la thèse défendue, biais de sources (pour l'analyse de l'hygiène scolaire) et biais chronologiques, conception normative de la santé publique et du concept de biopolitique¹⁸⁷. Il n'en reste pas moins écrit Renneville que Zylbermann et Murard « *mettent indiscutablement au jour* » un second modèle de gestion de la population : au Léviathan biopolitique foucaldien, ils opposent une « orthodoxie du néant » non moins libérale. Or, pour l'historien des sciences et des savoirs du crime, les deux régimes d'administration des populations ne s'opposent pas, ils se combinent et donnent naissance à un syncrétisme inédit qui, selon lui, dans cette France des pouvoirs locaux du XIX^e siècle, est le « propre de l'ordre » : « *dans le champ immense de la santé publique, les gouvernements se sont d'abord donné les moyens d'agir sur ce qui les mettaient politiquement en danger, tant en matière de déviance que de santé des populations*¹⁸⁸ ».

L'analyse, par bien des aspects, est convaincante et qui la suit peut en tirer au moins une conclusion : au mi-temps du XIX^e siècle, la santé des soldats n'est pas encore (ou plus) perçue par les agents du pouvoir comme un danger ou un problème susceptible d'être résolu par la mise en œuvre d'une politique de santé fondée en raison préservatrice. Or c'est précisément ce qui va changer avec le Second Empire et, plus encore, avec la III^e République : la troupe devient une population dont la santé est un capital à faire fructifier ce qui suppose la mise en œuvre de mesures concrètes.

2 L'institutionnalisation d'une politique de santé militaire (1850-1900)

Éclairer la sociogenèse de cette transformation implique de rendre compte des transformations qui la rendent possible dans la seconde moitié du XIX^e siècle, j'en ai identifié trois, étroitement solidaires.

¹⁸⁶ Lyon Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République*, *op. cit.*

¹⁸⁷ Marc Renneville. « Le propre de l'ordre. Hygiène et biopolitique en République », *Revue de Synthèse*, Springer Verlag/Lavoisier, 1999, p.621-635. En ligne [<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00130227>] consulté le 06/02/2018.

¹⁸⁸ *Ibid.*

La première de ces transformations intervient sur le terrain de la formation des officiers de santé. Entre 1850 et 1856 (fin de la campagne de Crimée), la Guerre met sur pied un nouveau système de formation qui vise à uniformiser le recrutement, centraliser la formation et à transformer les disciples d'Hippocrate en militaires (2.1). En voie de professionnalisation, les agents du corps de santé restent cependant, sur tous les plans (fonctionnel, administratif et financier), soumis à la double tutelle de l'intendance et du commandement et, à partir des années 1860, ces agents revendiquent de plus en plus vigoureusement une amélioration statutaire qui passe, de leur point de vue, par une hausse des recrutements et l'obtention de l'autonomie pour le service de santé¹⁸⁹. La question devient plus prégnante encore après la défaite de 1870 et la Commune. Le lourd bilan sanitaire de ces deux années, notamment chez les officiers de santé changent la donne en ouvrant aux agents qui - du dedans comme du dehors - travaillent à mettre sur pied une politique pérenne de santé aux armées, un espace d'opportunité politique (2.2). Au moment où la réforme de l'armée¹⁹⁰ devient une priorité politique et alors qu'un second mouvement hygiéniste entre dans sa phase scientifique et s'institutionnalise¹⁹¹, l'hygiène entre à la caserne. S'ouvre alors une séquence de réforme sanitaire (du casernement notamment) portée à la fois par le Génie et par la médecine militaires - qui se construit comme une médecine scientifique des populations - et qui débouche, dans les deux dernières décennies du siècle, sur la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les épidémies (2.3).

2.1 Professionnalisation des officiers de santé et dynamique d'autonomisation du service : les réformes du Second Empire (1850-1860)

Depuis 1815, les officiers du corps de santé militaires sont formés pour partie au sein des universités (Paris, Montpellier Strasbourg) et (21) écoles secondaires de médecine où ils débutent leur cursus (ils y passent un à deux ans)¹⁹² et pour partie dans les hôpitaux militaires d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg (Toulon puis Brest pour la Marine) devenus, en 1836, écoles du second degré et où ils débutent comme « chirurgien-élèves ».

¹⁸⁹ Voir Claire Fredj, *Médecine en campagne, médecine des lointains*, thèse citée, en particulier le chapitre IV « La "fausse position" des officiers de santé de l'armée au XIXe siècle » p.128-194.

¹⁹⁰ Jean-François Chanet, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*, Paris, Puf, 2006.

¹⁹¹ Cette séquence historique a fait l'objet de nombreux travaux ces vingt dernières années, mais sur la question de l'institutionnalisation de l'hygiène (le passage à l'hygiénisme) on consultera surtout Ann La Berge, *Mission and Method, op.cit.* et Patrice Bourdelais, éd., *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Belin, 2001.

¹⁹² Ils sont tous recrutés parmi les bacheliers. Le baccalauréat ès Lettres est obligatoire pour entrer en médecine depuis la loi du 10 mai 1806 (décret d'application 17 mars 1808) puis ès sciences à partir Le baccalauréat ès sciences le devient de manière définitive avec l'ordonnance du 9 août 1836.

Ils y font deux années préparatoires et sont ensuite envoyés au Val-de-Grâce qui devient alors « hôpital de perfectionnement » et se dote de trois nouveaux bâtiments (construits entre 1836 et 1841)¹⁹³. Entre 1836 et 1850, onze professeurs titulaires (hors agrégés donc) - recrutés sur concours - y dispensent les enseignements. Pour la première fois, la formation des officiers de santé s'achève par un passage obligatoire (de trois ans) dans un établissement unique avant de rejoindre – comme « sous-aide » – les hôpitaux et de préparer, enfin, leur doctorat. Sévèrement critiqué en interne, le dispositif disparaît au printemps 1850, lorsque le pouvoir ferme les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement dont le fonctionnement se serait dégradé sous la Seconde République.

2.1.1 Une reprise en main politique ?

Les quelques travaux dont on dispose ne confirment pas cette version de la nécessaire fermeture, ils font en revanche état « d'une crise du recrutement » aggravée par l'ordonnance de 1836 et atteignant son paroxysme en 1839¹⁹⁴. Le docteur Pierre Vigne, dans un texte militant, indique qu'il y avait environ 120 élèves reçus annuellement dans la première moitié des années 1830 et à peine le quart en 1836 et dans les trois années qui suivent¹⁹⁵. Par ailleurs, on sait que le Val-de-Grâce est le lieu d'une intense contestation estudiantine en 1848, et pour certains, la mesure vise exclusivement l'établissement de Port Royal dont « *les élèves avaient participé activement à la Révolution de 1848, en réclamant à la suite de Gama l'autonomie du service de santé* »¹⁹⁶.

Le gouvernement de la République leur avait accordé d'ailleurs, ainsi qu'une deuxième revendication : l'assimilation (des grades) mais le décret du 3 mai 1848 n'a jamais reçu de règlement d'application malgré la mobilisation des représentants des intérêts du corps de santé dans l'arène parlementaire en 1849. Nommé ministre de la guerre en octobre 1849, le général d'Hautpoul (1789 - 1865)¹⁹⁷ organise la reprise en main et obtient du Président Louis-Napoléon Bonaparte (1808-1873) la fermeture des hôpitaux et le licenciement de leurs élèves, sans consultation du Conseil de santé.

La direction et les enseignants, qui s'étaient désolidarisés des « sous-aides » et avaient tenté d'interdire la parution de l'organe du mouvement (L'Échos du Val-de-

¹⁹³ Devient hôpital de perfectionnement par l'ordonnance du 12 août 1836, année durant laquelle 3 bâtiments nouveaux sont construits dans les jardins.

¹⁹⁴ Voir Claire Fredj, *Médecine en campagne, médecine des lointains*, thèse citée, p.129-131.

¹⁹⁵ Cité dans *Ibid.*, p.130.

¹⁹⁶ Jean-Jacques Ferrandis, Michel Lévy (1809-1872) directeur de l'École du Val-de-Grâce, *Histoire des sciences médicales*, 2009/43, n°3, p.276.

¹⁹⁷ Il s'agit du comte Alphonse Henri D'Hautpoul à ne pas confondre avec le général Charles Marie Napoléon de Beaufort d'Hautpoul (1804-1890).

Grâce¹⁹⁸) sont relativement épargnés par cette épuration comme le montre le tableau 3. Mieux, l'ancien directeur Michel Lévy (1809 - 1872)¹⁹⁹, obtient finalement du ministère la création d'une nouvelle école, « d'application » cette fois.

Créée par décret le 9 août 1850 au nom de la nécessaire unification de la doctrine médicale militaire²⁰⁰, l'« École d'application de la médecine militaire » - installée dans une dépendance de l'hôpital est donc, aussi, le produit d'une entreprise de remise en ordre. Mais la logique n'est pas seulement politique, elle est également « professionnelle » dans le sens où elle inaugure un changement des règles de recrutement et de formation²⁰¹ : les officiers de santé se recrutent désormais parmi les docteurs des facultés. La mesure, qui entérine (et renforce) le monopole de la Faculté sur la formation des médecins calque aussi son fonctionnement : les huit enseignements sont transformés en cinq chaires. Pour l'armée, ce dispositif suppose, en retour, de faire des étudiants civils des militaires à part entière. Il s'agit non seulement de les initier aux règlements de l'institution et aux spécificités de la fonction mais de développer chez eux un « esprit de corps ».

À ce stade, la nouvelle institution – dont le ministre ne voulait pas - est des plus fragiles. Les changements successifs de désignations attestent les incertitudes qui l'entourent. Pérennisée par le décret du 23 mars 1852 sur l'organisation du service de santé de l'armée de terre elle n'est plus une « école d'application de médecine » mais une « école spéciale de médecine et de pharmacie militaires », école unique toujours, dont les élèves peuvent à nouveau acquérir le titre de docteur pendant leur séjour. Les décrets de

Formé à l'hôpital militaire de Strasbourg qu'il intègre comme chirurgien-élève en 1830, Michel Lévy participe à la Campagne de Morée (1828-1833) et au siège d'Anvers (1832) avec Hippolyte Larrey dont il devient un intime. Il soutient sa thèse à la faculté de médecine de Montpellier (1834) et trois ans plus tard, il est professeur titulaire de la chaire d'hygiène et de médecine légale au Val-de-Grâce. Sa carrière s'accélère sous l'Empire : Médecin premier professeur en 1850 et médecin inspecteur en 1851, il devient le médecin personnel de l'Empereur.

¹⁹⁸ Fondé en mars 1848 par les chirurgiens sous-aides mobilisés, il devient, début 1849 « l'Écho, journal des médecins militaires » et adopte une ligne éditoriale bien plus mesurée qui consomme la rupture avec l'ex-officier en chef et chirurgien de la Grande Armée Jean-Pierre Gama (1772-1861). Fervent partisan de l'indépendance du service de santé, révoqué en 1840, il avait accepté de prendre la direction du périodique au mois de juin 1848. Voir *Histoire de la médecine aux armées*, tome 2, *op.cit.*, p.165-173

¹⁹⁹ Voir la notice biographique (très hagiographique) que lui consacre Jean-Jacques Ferrandis, « Michel Lévy (1809-1872) directeur du Val-de-Grâce, art. cité, p. 275-280.

²⁰⁰ Médecin inspecteur Mignon, *L'École du Val de Grâce 1852-1914*, impr. du Val-de-Grâce, 1914, p.7 : « Chaque Hôpital suivait son propre programme d'instruction ; et l'enseignement médico-militaire manquait d'unité de doctrine ».

²⁰¹ Décret du 23 avril 1850 voir J. B. Duvergier, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'État*, Paris, 1850.

novembre 1852 et janvier 1853²⁰² lui redonnent le titre d'« École impériale d'application » et fixent les règles de son fonctionnement. Alors que Strasbourg, Lille et Metz ont perdu leur titre « d'hôpitaux d'instruction » mais continuent en réalité d'assurer la formation initiale des carabins militaires, l'école du Val-de-Grâce ne reçoit officiellement sa première promotion qu'au tout début de 1853. En dépit de différences sensibles dans les modalités de recrutement sur la période (élèves ayant déjà le titre de docteur ou non) il est clair qu'elle est conçue comme la dernière étape d'un cursus qui doit assurer la professionnalisation et le renforcement (aux plans qualitatif et quantitatif) du corps dans son ensemble.

Mais le décret de 1852 est lui aussi une manière de reprise en main qui réaffirme la subordination du corps de santé à l'égard de l'intendance, tout en consacrant quelques améliorations de solde, d'avancement, de retraite, en faveur des trois branches du corps (médecins, chirurgiens, pharmaciens). Mieux payés et avancés un peu plus promptement, les officiers de santé demeurent privés d'initiative et d'autorité. En 1853, sept des anciens titulaires de l'hôpital de perfectionnement récupèrent une charge d'enseignement. Les professeurs d'anatomie et de pathologie médicale Charles-Jacob Marchal et Louis Laveran et les pharmaciens Lacarterie et André ne figurent pas dans la nouvelle « équipe ». Ils ont perdu un poste pourtant obtenu par concours. Le premier stigmatisé comme « socialiste » tente sans succès d'obtenir la chaire d'hygiène de la faculté de Paris avant d'être affecté à l'hôpital militaire de Constantine en avril 1852²⁰³. Laveran aussi passe par l'Algérie ou il reste 5 ans avant de retrouver un poste à l'école de santé impériale. Quant à Lacarterie atteint par la limite d'âge, il est placé en retraite²⁰⁴. Nommé par le Président sur proposition du ministre de la guerre (qui choisit parmi les membres du Conseil de Santé) le médecin-inspecteur Jean-Dominique Alquié, en prend à la direction et « succède » au tandem Michel Levy et Lucien Baudens qui dirigeaient l'hôpital de perfectionnement mais ne figurent pas dans le nouvel effectif. L'un et l'autre ont en effet quitté l'école en accédant à l'inspection (respectivement en 1852 et 1851) qui leur ouvre les portes du Conseil de Santé (et du Conseil Supérieur des colonies et du Comité d'hygiène Publique de France pour Levy). Les médecins ordinaires Godelier et Champouillon, le chirurgien-

²⁰² Le décret impérial du 23 mars 1852 entérine la création de l'école mais le décret relatif à son organisation date, lui, du 13 novembre 1852 et est complété par un décret du 6 janvier 1853. Voir J. B. Duvergier, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'État*, Paris, pour les années correspondantes.

²⁰³ Antoine Mattei - Discours prononcé sur la tombe de Marchal De Calvi, le 24 février 1874 jour anniversaire de sa mort [...] - Paris, Imprimerie de V. Dupuy - 1874, p. 6-12. [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?refbiogr=686>], (consulté le 29 mai 2018).

²⁰⁴ Sur Lacarterie voir Stéphanie Chaumont, *Contribution à l'histoire du Val-de-Grâce et de ses pharmaciens chefs. Du champ de bataille au champ des grandes découvertes*, thèse pour doctorat d'État en pharmacie, David Almera (dir.), Université Paris Descartes, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, 2013, p.81. Je n'ai aucun élément sur la trajectoire d'André.

major Lustreman et le pharmacien-major Poggiale retrouvent une place dans l'école et le médecin-major de 2^e classe Chenu les rejoint au poste de bibliothécaire²⁰⁵.

2.1.2 Refonder scientifiquement la formation

En 1856, Levy reprend la tête de l'école d'application²⁰⁶. Il la réorganise, obtient du ministre le doublement du nombre d'agrégés (6 désormais) et la création sur l'initiative de Louis Laveran (1812-1879) - de retour d'Algérie- d'une chaire « des maladies et épidémies des armées ». À côté des chaires de cliniques médicale et chirurgicale, d'anatomie applicable à la médecine et de chirurgie pratique ou encore de médecine opératoire, l'école dispose donc de trois chaires, plus spécifiques, centrées sur la médecine des collectivités : une chaire d'hygiène et de médecine légale (la 4^e en France), une chaire de chimie et toxicologie et la chaire de Laveran. L'importance acquise chez les hygiénistes et la « science militaire » (*i.e* les ingénieurs du génie) par les travaux du chimiste Lavoisier (théorie de l'aérisme): « *l'expérience démontrera s'il suffit de mesurer chaque volume d'air respirable pour réaliser de meilleures conditions hygiéniques*²⁰⁷ ». L'argument qui vient en conclusion d'une longue démonstration chiffrée sur les causes de la mortalité dans les armées du service intérieur à le mérite de la clarté : l'hygiène ne peut être laissée aux seuls techniciens et scientifiques sans la conduite du médecin, elle doit être médicalisée au nom des « *grands principes [...] démontrés [...] par Tenon, sur le danger des agrégations humaines*²⁰⁸ ».

²⁰⁵ Mounier récupère à son tour un poste fin 1850 quand il est nommé titulaire de la chaire d'anatomie par le ministre.

²⁰⁶ Mignon p V.II

²⁰⁷ Louis Laveran, « Recherches Statistiques sur les cause de la mortalité de l'armée servant à l'intérieur », AHPML, 1860/2, n°13, p.290-291.

²⁰⁸ *Ibid.*

Tableau 3 : Médecins enseignants et enseignements au VdG de 1847-1856

		Hôpital de perfectionnement 1847-1850		École Impériale spéciale 1853-1856	
		Titres et fonctions	Enseignements	Titres et fonctions	Chaires
Médecins	Jean-Dominique Alquié (1792-1868)	Médecin-Principal 1 ^{ère} classe, médecin en chef et « Premier Professeur » (1843)	NR	Médecin-inspecteur membre du CSM et Directeur 1853-1856	-
	Michel Levy (1809 - 1872)	Médecin ordinaire 1 ^{ère} classe et professeur (jusqu'en 1845) – Directeur de 1848 à 1850	Hygiène et médecine légale 1837 à 1845	Médecin-inspecteur membre du CSM et Directeur de 1856 à 1872	-
	Charles-Pierre Godélier (1813- 1877)	Médecin ordinaire 1 ^{ère} classe et professeur en 1847 (1848 à Strasbourg puis à Constantine jusqu'en 1852)	Clinique interne	Médecin-Principal 2 ^e classe - Professeur	Clinique Médicale
	Jean Champouillon (1809-1891)	Médecin ordinaire 1 ^{ère} classe et professeur depuis 1846	Hygiène et médecine légale 1846-1850 (à vérifier)	Médecin-Principal 2 ^e classe - Professeur	Hygiène et médecine légale
	Louis Laveran (1812-1879)	Médecin ordinaire 1 ^{ère} classe et professeur depuis 1845	Pathologie médicale	En Algérie de 1851 à 1856 puis Médecin Principal & Professeur –	Épidémies aux armées (créée en 1856)
	Jean-Charles Chenu (1808-1879)	Détaché au VdG en 1848 -	-	Médecin major 2 ^e classe	Bibliothécaire de 1850 à 1868 (2 séjours de 3 et 11 mois en Crimée en 1854 et 1855-56)

Sources : Médecin inspecteur Mignon, *École du Val de Grâce 1852-1914*, imp. du Val-de-Grâce, 1914 ; Maurice BAZOT, *Le Val-de-Grâce enseignement et culture*, Paris, Glyphé & Biotem 2004 et les dossiers Légion d'Honneur, voir note infra²⁰⁹.

²⁰⁹ Pour les états de service voir les dossiers Légion d'honneur aux Archives Nationales : LH/34 /105 (André), LH/139/34 (Baudens), LH/476/69 (Champouillon), LH/ 571/41 (Chenu), LH/1160 /39 (Godélier), LH/1165/21 (Godscheider), LH/1486/87 (Larrey), LH/1506/99 (Laveran), LH /1629 / 67 (Levy), LH/1677/36 (Lustremann), LH/1726/55 (Marchal), LH/1953 19/ (Mounier, noté Robert mais c'est bien Rodolphe), LH/2184 /25 (Poggiale). Alquié et Lacarterie sont titulaires de la LH mais leurs dossiers ne sont pas en ligne.

Chirurgiens	Lucien Baudens (1804-1857)	Chirurgien Principal 1 ^{ère} classe et « 1 ^{er} Professeur » - 1842-1851 Directeur de 1848 à 1850	Clinique externe (médecine opératoire et appareil)	Entre au CSM en 1850-	-
	Urbain Lustremann (1808-1880)	Chirurgien-major 1 ^{ère} classe et professeur	NR	Médecin Principal 2 ^e classe Médecin Principal - Professeur	Appareils et opérations
	Rodolphe Mounier (1811-1886)	Idem et professeur	anatomie	Idem – nommé en 1853	Anatomie des régions
	Hippolyte Larrey (1808-1895)	Idem et Professeur	Pathologie chirurgicale	Médecin Principal 1 ^{ère} classe Médecin Principal - Professeur	Clinique Chirurgicale
	Charles-Jacob Marchal (1815-1873)	Chirurgien-major 2 ^e classe	Physiologie médicale & anatomie pathologique	-	-
pharmaciens	Jean-Hyacinthe Lacarterie (1792- 1864)	Pharmacien Principal de 1 ^{ère} classe et « Premier Professeur » 1845- 1850	Chimie et physique médicale toxicologie météorologie	-	-
	Jean Jules André (1804-1890)	Pharmacien major 1 ^{ère} classe - Professeur	Histoire naturelle et matière médicale	-	-
	Antoine-Baudouin Poggiale (1808 -1879)	Idem et professeur	Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée	Pharmacien principal 2 ^e classe, pharmacien en chef de l'hôpital	Chimie et toxicologie
	Emmanuel Goldscheider (1815-NR)	-	-	Pharmacien major 1 ^{ère} classe –)	conservateur du jardin Botanique (à partir de 1856

Sources : *Ibid.*

Pour Laveran l'hygiène doit « *s'appuyer sur des connaissances précises qu'elle demande aux sciences physiques ou à la médecine elle-même* ». Mais si la science est convoquée, c'est toujours comme auxiliaire du clinicien qui observe d'un œil sévère. Directeur de l'hôpital du Val-de-Grâce et clinicien reconnu, Laveran est un des rares hospitaliers à promouvoir l'association des démarches cliniques, scientifique (physique et biologie) et statistique, couplage qui s'avère fécond selon lui en ce qu'il permet de fonder sur des faits l'approche étiologique du fait épidémique. Celui-ci devient alors un objet d'étude autonome qui échappe peu à peu à l'histoire et de la géographie médicales comme à l'hygiène et autour duquel se construit, non pas encore une discipline ou une spécialité, mais un « champ de savoir » qu'on appellera par la suite « épidémiologie ». Autrement dit, ces transformations indiquent qu'une dynamique de spécialisation (par différenciation) est à l'œuvre mais celle-ci est à ce moment précis spécifique au monde militaire. Former des officiers de santé c'est former des spécialistes de la pathogénie et de l'hygiène militaires comme des blessures de guerre. En d'autres termes, le Conseil de Santé cultive, promeut, travaille à faire exister en matière de santé une « spécificité militaire ». Mais former des officiers de santé c'est aussi former de futurs docteurs et le dispositif de formation reproduit la structure et les hiérarchies du champ médical : la clinique - que seuls les « Premiers professeurs » peuvent enseigner - commande aux enseignements relevant de la médecine des collectivités (hygiène) et des sciences, toujours auxiliaires (chimie et physique) qui reviennent aux pharmaciens, statutairement inférieurs aux médecins et chirurgiens.

De ce point de vue, les réformes de 1850 et 1852 font système comme celles de 1856 et 1860²¹⁰. Le décret promulgué par le maréchal de Saint Arnaud (1798-1854)²¹¹ met un terme à la différenciation entre chirurgiens et médecins et renforce ainsi le corps en abolissant un clivage historique sur lequel le ministère a toujours joué dès lors qu'il entendait réformer. Surtout, il opère un renversement inédit dans la hiérarchie des préoccupations et des fonctions : pour la première fois dans l'histoire du service de santé les médecins comptent autant que les chirurgiens. En revanche, l'unification statutaire n'inclue pas les pharmaciens qui restent doublement dominés : comme officiers de service dans l'armée, comme scientifiques (non médecins) dans le SSM. Surtout la nouvelle organisation, si elle transforme la hiérarchie du corps, réaffirme, contre l'avis du Conseil de santé, sa soumission au corps de contrôle. Ces mesures ne suffisent pas cependant à résoudre la crise des vocations que dénoncent les leaders d'opinion de la

²¹⁰ L'analyse des réformes des années 1850 présentée ici s'appuie en partie sur celle, plus détaillée, menée dans Claire Fredj, *Médecine en campagne, médecine des lointains*, thèse citée, p. 164-176.

²¹¹ Armand Jacques Achille Leroy de Saint-Arnaud, maréchal de France, meurt en Crimée.

médecine militaire depuis vingt ans et avec plus de force encore depuis la campagne de Crimée (1853-1856). Celle-ci avait en effet fait apparaître de manière criante les manques du service aux yeux de ses chefs ; Gaspard-Léonard Scrive (1815-1861), médecin-chef de l'armée d'Orient, l'écrivait sans détour à Michel Lévy :

« Nous avons beaucoup de peine à faire marcher nos ambulances, composées, comme elles sont depuis un mois en grande partie de jeunes stagiaires qui n'ont aucune idée de la vie campagne. J'en ai déjà plusieurs malades, d'autres commencent à être nostalgiques, quelques-uns sont indisciplinés et assez difficiles à conduire, c'est une véritable misère pour tout le monde ²¹² ».

Le Conseil de santé qui juge la lettre trop alarmiste ne suit pas Lévy qui, lui, veut la faire remonter au ministère. Mais il obtient que le recrutement d'élèves n'ayant pas encore le titre de docteur s'accompagne de la création d'une nouvelle école préparatoire²¹³. Instituée en juin 1856, sous le nom d'«École impériale du service de santé militaire»²¹⁴, elle est implantée à Strasbourg qui dispose d'une garnison importante, de deux hôpitaux civils et militaires et d'une faculté de médecine. À la différence du système de formation en vigueur entre 1836 et 1850, il n'est plus question en effet de former les futurs médecins militaires en interne. Recrutés avant d'être docteurs, ces derniers devront suivre leur cours à la faculté où ils subiront leurs examens sur la base d'un programme spécifique, prenant en compte les particularités de la médecine militaire, et élaboré par une commission mixte (*i.e* composée de membres civils et militaires)²¹⁵.

Souvent présentées comme le résultat des propositions de Louis-Jacques Bégin (1793-1859) et de Lévy, la création des deux écoles rompt pourtant avec le modèle que les deux inspecteurs défendent dans la presse comme au Conseil de santé. Pour son président (Bégin), comme pour le premier médecin de l'Empereur (Lévy) la réforme de l'instruction est une nécessité qu'ils tentent de faire admettre depuis 1848-1849 comme le montre les procès verbaux du Conseil de santé et certains de leurs écrits²¹⁶. Tous deux proposent certes, en lieux et place des hôpitaux d'instruction, la création de deux écoles

²¹² Lettre citée par René Izac (Médecin-Général), « La création de l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg », *Histoire des sciences médicales*, 1976/vol.10, n°3-4, p. 207. Disponible en ligne : [http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1976x010x003_4/HSMx1976x010x003_4x0202.pdf] (consulté le 18/6/2018).

²¹³ Jean-Baptiste Vaillant (1890-1872) sénateur, Grand maréchal du Palais de l'Empereur, est ministre de la Guerre de mars 1854 à mai 1859 avant de prendre le commandement en chef de l'armée d'Italie.

²¹⁴ Instituée par le décret impérial du 12 juin 1856. Cf. *Bulletin des lois de l'Empire français*, XI^e série, 2nd semestre, p. 386-396.

²¹⁵ La nouvelle institution ne s'ouvre pas immédiatement aux pharmaciens qui ne pourront y accéder qu'après trois ans de stage dans le civil et sur concours (à partir de 1864); ils sont alors formés à l'école préparatoire de pharmacie de la ville et à l'École de santé militaire.

²¹⁶ Sur les projets de réformes de Bégin et Lévy et la manière dont s'est imposé le modèle d'une formation mixte faculté de médecine/école militaire, voir René Izac (Médecin-Général), « La création de l'École du service de santé militaire de Strasbourg », *art.cité*, p. 202-218.

(l'une préparatoire, l'autre d'application) mais dans le but d'aligner la formation des médecins sur celle des autres corps spéciaux de l'armée - officiers d'état-major, du génie et de l'artillerie²¹⁷ - et sur celle des médecins - qui tous passent par un système binaire d'apprentissage²¹⁸. À aucun moment ils n'évoquent l'intervention de la faculté de médecine dans la formation des futurs médecins militaires : l'armée dispose des ressources pour assurer l'instruction de ses hommes et la spécificité de la fonction justifie qu'elle en conserve le monopole. En outre, Strasbourg est à leurs yeux un mauvais choix : trop éloignée, l'implantation dans l'Est découragera les candidats. Lorsqu'il rapporte devant le Conseil de santé sur le projet de réforme de l'enseignement médical que le ministre de l'instruction publique, Hippolyte Fortoul (1811-1856), soumet à Vaillant (1858) et qui préfigure la création de l'École de santé militaire, Bégin ne fait pas mystère de son opposition. Pour lui, ce n'est pas pour aider à la formation des médecins militaires que l'ancien saint-simonien offre le concours de la faculté de médecine mais pour confier à cette institution en perte de vitesse « [...] *le privilège de donner l'instruction médicale aux élèves du Service de santé militaire et [...] la substituer aux écoles que le département de la guerre avaient instituées [...]* »²¹⁹. Malgré l'opposition du Conseil de santé, le projet Fortoul est adopté, l'enseignement aura lieu à la Faculté et le programme des études, fixé par les professeurs de la faculté de médecine, sera validé par le Conseil de Santé. Mieux, alors que Bégin et Lévy, demandait un « casernement absolu » pour l'un, « une forte discipline » pour l'autre, les élèves vivent chez l'habitant ce qui nuit aux yeux des militaires à la formation de l'indispensable « esprit de corps ». Trois ans après l'ouverture de l'école (1859), Lévy convainc le ministre de la nécessité d'encaserner les élèves et obtient de la mairie de Strasbourg, à laquelle il parvient à imposer le tarif proposé par l'Intendance, de pouvoir louer un bâtiment neuf, construit pour une autre destination²²⁰. Autre point de convergence et non des moindres, le projet a entériné le tournant « scientifique » amorcé dans les années 1820-1830 et repris par Lévy : le recrutement concerne désormais les seuls bacheliers ès science titulaires de huit inscriptions (en troisième année donc).

Au printemps 1859 et alors que Napoléon III prépare l'intervention française en Italie, les revendications corporatistes des médecins militaires trouvent de nouveau chez Vaillant une oreille et un soutien. Le rapport sur la réorganisation du corps qu'il présente à l'empereur reprend l'essentiel de leurs arguments : il recommande notamment de

²¹⁷ Les premiers sont formés à Saint-Cyr puis à Grenelle, les autres à Polytechnique puis à l'École d'application de Metz.

²¹⁸ Ces derniers passent par les écoles de médecine (préparatoire) puis intègrent la faculté.

²¹⁹ Cité dans René Izac (Médecin-Général), « La création de l'École du service de santé militaire de Strasbourg », art.cité.

²²⁰ Décision entérinée par le décret du 28 juillet 1860.

mieux définir leur position (autonomie et assimilation des grades) et de fluidifier un avancement plus long que dans les autres corps de l'armée. Le projet de Vaillant propose ainsi d'augmenter le nombre de médecins-major du service hospitalier et surtout, d'adapter la fonction au grade en limitant les responsabilités des plus jeunes, moins gradés. Il propose également la création d'un corps d'infirmiers remplaçant les sous-aides (supprimés en 1852) ce qui polarise les prises de positions : d'un côté la formation d'un personnel technique subalterne permet de déléguer les tâches les moins nobles et de rehausser le niveau de compétence et de prestige des médecins, de l'autre, on redoute que l'émergence de nouvelles professions de santé peu qualifiées entrave la dynamique de constitution d'un groupe social qui acquiert du prestige et du pouvoir - Jacques Léonard l'a montré - en devenant plus homogène, en rehaussant les coûts d'entrée (complexification et difficulté croissante des études) et en luttant contre les thérapeutiques concurrentes (lutte contre le « charlatanisme »). Le processus caractérise surtout la III^e République (avec la loi de 1892 qui supprime le cursus court de l'officiât institué entre 1806 et 1808, donc les officiers de santé civils). Cela dit, il est déjà à l'œuvre sous l'Empire et le corps de santé militaire ne fait pas exception. Au final, le décret 18 juin 1860 - signé du maréchal Randon (1795 -1871) - répond partiellement aux revendications corporatistes en revalorisant la solde, en reconnaissant le corps de santé comme un corps spécial comme les autres et en assimilant les différents niveaux hiérarchiques du corps aux grades des officiers des armes, sans toutefois qu'ils aient droit aux mêmes honneurs ni aux mêmes soldes²²¹. Quant à l'autonomie, qui pose en fait la question de la division fonctionnelle et sociale du travail médical dans l'armée, de la définition des frontières du groupe et de son bon gouvernement (qui le dirige, les médecins ou l'intendance ?) elle reste un horizon d'attente pour les officiers du corps santé. La cause toutefois progresse de manière incrémentale : à peine un mois plus tard (le 28 juillet 1860) l'École de Strasbourg est placée sous la seule autorité d'un officier de santé, elle ne dépend plus de l'intendance et de ce point de vue, elle fait exception dans l'espace institutionnel de la médecine militaire.

Au seuil des années 1860, la santé des militaires demeurent donc un objet d'administration interne, circonscrit au monde clos de l'institution et du pouvoir militaire, administratif et politique, mais elle va devenir au cours de ces mêmes années 1860 et plus encore à partir de 1870, un enjeu et problème débordant des limites du champ militaire.

²²¹ Voir Alain Mounier Khun, *Les médecins militaires français au XIX^e siècle*, op. cit., p 532-536.

2.2 De la Crimée à la Commune, ou comment la santé des militaires devient un problème public

Au début des années 1860 et plus encore après la chute de l'Empire, chaque conflit - de la guerre de Crimée (1853-1856) à la défaite française de 1870 en passant par la campagne d'Italie (1859) - fait l'objet de relectures critiques. Les victoires militaires, notamment la Crimée, deviennent des défaites sanitaires dont la responsabilité est à chercher du côté de l'intendance. Au lendemain de la guerre de 1870 et de la Commune et alors que 28 000 hommes sont morts de la variole pendant la guerre, ces opérations de mise en crise ouvrent un espace d'opportunités politiques aux agents qui - du dedans comme du dehors - s'affairent, non sans concurrence, pour mettre sur pied une politique pérenne de santé aux armées. Deux problématiques complémentaires mais néanmoins distinctes polarisent alors les engagements : une problématique humanitaire portée par les entrepreneurs en charité et une problématique, plus « savante », de lutte contre les épidémies, qui naît du travail d'objectivation statistique des pertes. Portées par une partie des élites de la médecine militaire, ces deux dynamiques alimentent en retour les processus de professionnalisation et d'autonomisation du corps de santé.

Entre croisade morale et objectivation des pertes: améliorer les soins et réformer la santé militaire

Le rôle de la guerre de Crimée dans la reproblématisation de la question santé aux armées dans la France impériale des années 1860 est bien connu²²². La guerre qui oppose Ottomans, Sardes, Britanniques et Français à l'empire russe en mer Noire et en mer Baltique²²³ pendant deux ans (1854-1856) est d'abord, pour la coalition, une victoire militaire. Considérée par certain.e.s historien.nes comme la première guerre industrielle moderne²²⁴, elle présente des taux de mortalité peu ordinaires, sinon inédits. Les troupes anglaises perdent environ le quart des hommes engagés quand celles de Napoléon III sont décimées à hauteur d'un tiers. Mais sur les rives de la mer noire, les pertes s'expliquent moins par la montée en puissance de l'armement que par les affections diverses dont sont atteints les hommes. En Crimée, ils meurent d'abord du typhus et du paludisme mais également d'épidémie que les services de santé auraient pu enrayer s'ils avaient été mieux préparés. C'est en tout en cas un discours qui émerge de part et d'autre

²²² Marc Lemaire, *La guerre de Crimée : chronique et analyse d'un désastre sanitaire (1854-1856)*, thèse pour le doctorat d'histoire, Jean-Charles Jauffret (dir.), Université Paul-Valéry Montpellier 3, 2006.

²²³ Elle se déroule également en mer Blanche et sur les côtes russes du Pacifique nord.

²²⁴ Par exemple : Alain Gouttman, *La guerre de Crimée : 1853-1856 : la première guerre moderne*, Paris, Perrin, 2003 et Brian Holden Reid, *Atlas de l'âge industriel : guerre de Crimée, guerre de Sécession, unité allemande* (traduit de l'anglais par Laurent Bury), Paris, Éditions Autrement, 2001.

de la Manche et qui sert dans les deux cas des entreprises de réforme ; de ce point de vue, la comparaison est éclairante.

Côté britannique cette réalité du conflit est très vite connue des contemporains qui la découvrent dans les reportages que les journaux consacrent aux opérations militaires en cours. La Crimée est en effet la première guerre couverte par des photographes qui, depuis lors, supplantent peu à peu les peintres d'histoire. Surtout, le conflit marque un point de bifurcation dans l'histoire de la presse : pour la première fois des journaux dépêchent sur place des « correspondants » qui en produisant des récits de visu, circonstanciés et font émerger un nouveau genre rédactionnel : le reportage de guerre²²⁵. C'est le cas notamment de William Russel (1820-1907) lequel couvre 6 campagnes militaires pour le *Times* entre 1850 et 1879 et dont le séjour en Crimée « [...] signale le début d'un effort organisé, systématique, pour rendre compte des combats à la population civile du pays en guerre grâce à un reporter qui, lui, n'est pas un militaire »²²⁶. Si on ne peut pas encore parler des correspondants de guerre comme d'une profession, cette transformation de l'activité journalistique - qui voit des entreprises de presse britanniques couvrir un conflit en cours autrement que par la reproduction des communiqués officiels - crée des conditions favorables au développement d'un espace d'engagement nouveau qu'on nomme aujourd'hui « humanitaire ».

À l'automne 1854, une série d'articles de Russel met en jeu la responsabilité politique du sous-secrétaire d'État à la guerre Sydney Herbert (1810-1861)²²⁷. Russel, y livre le récit des carences et dysfonctionnements du service sanitaire, décrivant la situation des blessés qui manquent de soins par manque de matériel et de personnel. La campagne du *Times* pousse Londres à accepter l'envoi sur place (à Scutari, en Turquie) d'une équipe de 38 infirmières bénévoles montée et dirigée par Florence Nightingale (1820-1910), une militante de la réforme hospitalière, très proche d'Herbert²²⁸. Arrivée en novembre, elle prend la direction des soins infirmiers au Scutari Hospital et s'affaire à améliorer la condition des soldats blessés.

²²⁵ Voir le classique du journaliste australien Phillip Knightley, *Le Correspondant de guerre. De la Crimée au Vietnam, héros ou propagandiste ?* (traduit de l'anglais par Jacques Hall et Jacqueline Lagrange), Flammarion, Paris, 1976. Voir aussi Michael Palmer, « William Russel, du « travelling gentleman » au « special correspondent », 1850-1880 », *Le Temps des médias* 2005/1 (n° 4), p. 34-49.

²²⁶ *The first casualty. The war correspondent as hero and myth-maker from the Crimea to Kosovo*, London, Prion, 2000, p.2., réédition actualisée de l'ouvrage de Knightley, cité par Michael Palmer, « William Russel [...] », art.cité.

²²⁷ Dans les éditions du *Times* des 9, 12, 15, et 29 octobre.

²²⁸ Voir en ligne la notice biographique très riche que lui consacre le *Oxford Dictionary of National Biography* : [<https://doi.org/10.1093/ref:odnb/35241>] consultée le (13/042018). Sur la Crimée et le rôle de Nightingale dans la genèse du mouvement humanitaire voir la synthèse commode de Philippe Ryfman, « I. Émergence d'une idée et de pratiques », *Une histoire de l'humanitaire*, La Découverte, 2016, p. 15-17. Voir également Helen Rappaport, *No Place for Ladies – The Untold Story of Women in the Crimean War*, Aurum Press, Londres, 2007.

Puissamment conservateurs l'institution et l'état-major la laissent pourtant faire « à la fois par indifférence de caste (les officiers se protègent mieux), opportunisme politique et certitude qu'elle échouera »²²⁹. Après des débuts très laborieux, elle parvient à mettre en place une série de réformes guidée par de solides convictions hygiénistes. Elle lève des fonds, engage des travaux mais casse la grève des travailleurs turcs sur son chantier en embauchant des grecs. Elle parvient à faire accepter aux autorités médico-militaires la présence de laïques auprès des soldats blessés ou malades – les premières techniciennes du soin qu'on n'appelle pas encore infirmières – mais elle épure aussi son équipe (elle en renvoie 13).

En 1855 elle obtient l'envoi d'une Commission sanitaire qui impose le nettoyage des égouts et l'amélioration de la ventilation. En mai de la même année elle se rend par trois fois en Crimée, inspecter les hôpitaux militaires décimés par la « fièvre de Crimée », la brucellose qu'elle prend alors pour le typhus²³⁰. En faisant adopter des prescriptions sanitaires rigoureuses et des mesures de prévention, elle réussit à améliorer le fonctionnement et l'hygiène des hôpitaux et les résultats de son action impressionnent ses contemporains : dix-huit mois après l'arrivée de son équipe, le taux de mortalité hospitalière est passé de 40 à 2 %.

De retour au Royaume-Uni

Cadette d'une famille anglaise fortunée et libérale liée à l'abolitionnisme, Florence Nightingale reçoit une éducation poussée, notamment en mathématiques (elle a pour précepteur le mathématicien James Joseph Sylvester, (1814-1897). En dépit de l'opposition familiale, elle entreprend à la fin des années 1830 de se consacrer à l'action caritative. En 1844, sa rencontre avec le médecin américain Samuel Gridley Howe (1801-1876, fondateur des premières écoles pour aveugles aux États-Unis) et son épouse Julia Ward (1819-1910) la confirme dans ses engagements. Elle milite pour l'amélioration des soins médicaux dans les hospices britanniques (Workhouse) et pour la réforme des Poorlaw. Formée au travail d'infirmière à l'hôpital de Kaiserswerth (1850-1851) elle prend ensuite la direction de l'Institute for the Care of Sick Gentlewomen, à Londres. Ses liens avec Sydney Herbert, ministre de la Guerre, lui valent d'être envoyée, en Turquie en 1854 à la tête d'une équipe d'une quarantaine d'infirmières. À son retour elle milite pour la réforme du service de santé britannique et crée le « fonds Nightingale ». Elle l'utilise notamment pour financer (en 1860) la *Nightingale Training School*. La *Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery* appartient aujourd'hui au *King's College* de Londres, ce qui vaut à sa fondatrice d'occuper une place centrale dans l'histoire du processus de professionnalisation des soins infirmiers.

²²⁹ Philippe Ryfman, « I. Émergence d'une idée et de pratiques », *op.cit.*, p.17.

²³⁰ D. A. B. Young, « Florence Nightingale's fever », *British Medical Journal*, 1995/vol. 311, n°7021, p.1697-1700. En ligne: [<http://www.jstor.org/stable/29729932>], consulté le 13/04/2018).

en septembre 1856, elle se lie avec la reine et Albert et obtient en novembre une entrevue avec lord Panmure²³¹, au cours de laquelle il fut convenu qu'une commission d'enquête serait instituée, mais elle ne vit pas le jour. Forte de ses puissants réseaux politiques et du soutien royal, elle obtient finalement en avril de 1857 la mise en place d'une commission composée de quatre sous-comités et présidée par Sidney Herbert. Son rapport (*Notes sur les questions affectant la santé, l'efficacité et l'administration hospitalière de l'armée britannique*, 1858, 830 pages) - distribué mais jamais publié - montre combien la mortalité des troupes en Crimée était due à l'état des hôpitaux. Mais la contribution de Nightingale ne s'arrête pas là. Formée aux statistiques et proche du Dr William Farr (1807–1883) qui l'encourage et la soutient, son rapport fait aussi l'analyse des taux de mortalité affectant les soldats après la campagne. Et ce qu'elle met en évidence est pour le moins inattendu : la mortalité de toutes les troupes britanniques en Crimée équivaut aux deux tiers de celle qui affecte les troupes restées en Grande Bretagne. S'interrogeant sur l'intelligibilité de ses résultats (donc leur diffusion/réception) elle met au point une version améliorée des diagrammes circulaires (*pie charts*) inventés par le statisticien français André-Michel Guerry (1802–1886) en 1829 ; son diagramme, appelé « Coxcomb » (crête de coq) ou « rose diagram », est un équivalent des histogrammes circulaires (*polar area charts*) contemporains. Au final, la commission royale débouche sur une série de réformes – dont celles des statistiques médico-militaires - qui marque un tournant dans l'histoire du service médical de l'armée britannique sans toutefois satisfaire complètement celle qui demandait une réforme intégrale du War Office. Florence Nightingale publie alors de nombreuses brochures dans lesquelles, diagrammes à l'appui, elle établit le lien entre surmortalité militaire et insalubrités des camps et garnisons et explique que la mort inutile de nombreux soldats est due à la négligence des autorités sanitaires.

Côté français, la situation est très différente. L'état sanitaire des troupes engagées sur les rives du Bosphore est plus mauvais encore que celui de l'armée britannique on l'a vu, mais la censure impériale veille, la statistique médicale n'existe pas et la Crimée apparaît d'abord et avant tout comme une grande victoire militaire pour le Second Empire. Pourtant, on observe à plus long terme, un processus comparable à celui décrit quelques lignes en amont : l'objectivation statistique des données sanitaires de la campagne et leur publicisation alimente un discours qui fait de la campagne de 1854-1856 le théâtre d'une crise sanitaire qui aurait pu être évitée et cette construction du désastre sanitaire de Crimée en problème public sert une entreprise qui vise à réformer le service de santé. Et cette dynamique interne à l'armée est concomitante de deux autres processus

²³¹ Fox Maule-Ramsay (1801-1874), 11^e comte de Dalhousie est le successeur d'Herbert au poste de ministre de la guerre.

étroitement imbriqués : l'émergence d'un droit international de la santé et la formation d'un nouveau mouvement dans le monde de la bienfaisance qui, en 1864, prend le nom de Croix Rouge. À la différence de l'entreprise menée par Florence Nightingale, cette nouvelle venue sur le marché de la charité et de l'offre de biens de salut²³² est internationale et sa genèse est directement liée, non pas à la Crimée, mais à la Campagne d'Italie. Comme elle²³³ en revanche, elle est confessionnelle et elle se constitue avec la publicisation du sort fait aux blessés et malades militaires.

Venu en Italie pour y rencontrer Napoléon III dont il espère obtenir des concessions pour la société qu'il vient de monter en Algérie, l'entrepreneur helvète Henri Dunant découvre les coulisses sanitaires de la bataille de Solferino (1859). Dans ses *Souvenirs de Solferino*, publiés en 1862, il relate son expérience au sein de l'hôpital de fortune de la Chiesa Maggiore de Castiglione où les hommes meurent faute de personnel, de matériel de transport et de soin. Publié une première fois à compte d'auteur à 1600 exemplaires et envoyé « à de nombreuses personnalités d'Europe, parmi lesquelles des souverains, des généraux, des médecins militaires et des philanthropes », l'ouvrage fait l'objet d'un second tirage de 1000 exemplaires²³⁴. En février 1863, ce sont 3000 nouveaux exemplaires qui sont tirés et l'ouvrage est traduit en allemand, en anglais, en italien, en espagnol en russe et en suédois²³⁵. Dunant qui y présente les entreprises de bienveillance locales notamment le Grand comité central de Secours de Milan, propose en conclusion la constitution de société de secours, composées de volontaires et qui viendraient en aide aux services de santé des armées belligérantes sans distinction de nationalité. L'ouvrage, loin d'être un pamphlet contre la guerre, n'en fait aucune critique. Mieux le banquier protestant propose d'emblée que les armées européennes soient partie prenante de l'entreprise puisqu'il les invite à s'entendre pour rédiger la convention qui régirait le fonctionnement de ces sociétés. En France, le maréchal Randon (1795-1871), ministre de la guerre, y voit une attaque contre ses services et outre-manche, Florence Nightingale juge sévèrement l'initiative : l'institutionnalisation d'un secteur privé de l'assistance aux blessés militaires reviendrait à décharger les États de leur responsabilité tout en leur facilitant la tâche au plan logistique.

²³² Sur l'analyse des organisations humanitaires (non confessionnelles et contemporaines) comme entreprises de biens salut (concurrentes des églises) c'est-à-dire comme entreprises d'actualisation des dispositions religieuses de leurs recrues dans une cause morale voir Johanna Siméant, « Socialisation catholique et biens de salut dans quatre ONG humanitaires françaises », *Le Mouvement Social*, 2009/2, n° 227, p. 102. DOI : 10.3917/lms.227.0101.

²³³ La première est liée à l'unitarisme britannique, la seconde au protestantisme genevois.

²³⁴ Véronique Harouel, *Histoire de la Croix-Rouge*, Paris, 1999, p.6.

²³⁵ *Ibid.*

En dépit de ces oppositions, le livre de Dunant connaît un succès européen et l'initiative reçoit le soutien de Napoléon III, de la reine des Pays-Bas, du roi du Wurtemberg ou encore de Guillaume-Henri Dufour (1887-1875), général en chef l'armée suisse victorieux de la guerre du Sonderbund, proche de Napoléon III et membre du comité directeur de la Société genevoise d'utilité publique (SGUP) fondée en 1828. Et la rencontre de Dunant avec les hommes de la SGUP – les chirurgiens Louis Appia (1818-1898) et Théodore Maunoir (1806-1869)²³⁶ et, surtout, avec son président Gustave Moynier (1826-1910) auquel il avait envoyé son livre– est décisive en ce qu'elle débouche sur la création d'un Comité international permanent de secours aux militaires blessés, présidé par le général helvète, en février 1863. La conférence internationale de Genève qu'organise le comité en octobre 1863 (le 29) réunit 36 représentants de 16 pays et ouvre la voie à la construction de l'organisation internationale des Croix – et Croissants – Rouges²³⁷. Elle consacre le Comité international de secours aux blessés et rédige une « charte fondamentale de la Croix Rouge » qui en 10 résolutions reconnaît l'existence de comités nationaux de volontaires suppléant, sous leur contrôle, les services sanitaires des armées nationales et coordonnés par le Comité International de la Croix Rouge (CICR).

Et cette logique (libérale) dans laquelle l'initiative privée trouve dans l'État les conditions de sa réalisation, passe en premier lieu par l'intéressement des armées à la cause « humanitaire », ce qui a des effets très sensibles sur la manière dont cette dernière s'institutionnalise. L'historien John Hutchinson a notamment montré comment l'entreprise philanthropique était très vite devenue une entreprise de mobilisation patriotique étroitement liée au militarisme²³⁸. Si le déploiement d'aides d'urgence, la création d'organisations, l'érection d'un droit international et la codification des usages de la guerre apparaissent en première instance comme des éléments constitutifs du « processus de civilisation des sociétés industrielles²³⁹ », l'industrialisation de la guerre et « l'humanitarisme » sont consubstantiels et se renforcent l'un l'autre²⁴⁰.

Première société d'assistance militaire reconnue d'utilité publique (décret du 23 juin 1866) et première société française de la Croix-Rouge, la très aristocratique (et très catholique) Société française de secours aux blessés et malades militaires des armées de

²³⁶ Docteur en médecine de l'Université d'Heidelberg (1843) Appia est un vétéran de la guerre franco-piémontaise contre l'Autriche (1859) pendant laquelle exerça au près des blessés et leva fonds destinés à leur venir en aide. En 1859, il publie *Le chirurgien à l'ambulance*.

²³⁷ Le label Croix Rouge s'impose aux différentes sociétés de secours nationales dans les années 1870-1880.

²³⁸ Voir John F. Hutchinson, *Champions of Charity : War and the rise of the Red Cross*, Boulder, CO, 1996, notamment la seconde partie "The militarization of charity", p.103-276.

²³⁹ Axel Brodiez, Bruno Dumons, « Éditorial : Faire l'histoire de l'humanitaire », *Le Mouvement Social*, 2009/2, n° 227, p.4.

²⁴⁰ Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Mark Harrison and Steve Sturdy (eds), *War, medicine and modernity*, Thrupp, Stroud, Sutton Publishing, 1998.

terre et de mer (dite Société de Secours aux Blessés Militaires ; SSBM) est une institution fragile, en but à « l'indifférence du public » et minée par les relations coopération-compétitive qui s'instaurent entre une partie des militaires hostiles à l'intervention des civils sur ou à proximité des champs de bataille, l'aristocratie qui « tient » la société et les médecins issus de la bourgeoisie capacitaire qu'elle a vocation à « mobiliser »²⁴¹. Cette tension structurelle entre trois formes en parties concurrentes de légitimité - le grade, la naissance et la compétence – débouche dès le début de guerre contre la Prusse (été 1870), sur une reprise en main aristocratique de la société. Celle-ci se traduit par l'éviction du professeur Auguste Nélaton (1807-1873) – hospitalier en poste à Saint-Louis et chirurgien personnel de Napoléon III – alors chirurgien en chef de la société, la dissolution de son comité médical et la nomination à la tête des services médicaux d'un médecin militaire à la retraite, vétéran de la guerre de Crimée, le Dr. Jean-Charles Chenu (1808-1879).

En première instance, l'histoire de la SSBM et la nomination de Chenu ne paraissent pas particulièrement décisives au regard de la question de la montée en puissance d'une rationalité préservatrice dans le monde militaire. Les ambitions et le programme d'action de la société se limitent à l'amélioration des soins, à une intervention ex-post fondée sur la logique de l'aide d'urgence. Pour autant, dans le temps court du siège de Paris, l'entreprise philanthropique contribue à la diffusion de pratiques de désinfection, de pansements, de drainage, autant d'« innovations simples » qui participent d'une hygiénisation de l'outil thérapeutique et « *servent de terreau à la "pasteurisation" tant vantée de la France sous la Troisième République*²⁴² ».

Si le but explicite c'est bien « *d'économiser la vie humaine* » (pour reprendre la formule de Chenu)²⁴³, l'action de la SSBM ne peut se lire au seul prisme d'un discours de légitimation (améliorer les soins) dont la capacité d'universalisation des intérêts en jeu est presque illimitée (qui s'y opposerait ?). Le choix de confier la direction des services médicaux de la SSBM au médecin principal de 1^{re} classe Chenu est en effet significatif des rapports de force qui s'expriment alors et il peut se lire de différentes manières, sans doute plus complémentaires qu'exclusives. Pour Hutchinson, le recours à un vétéran de la Crimée, ancien détracteur des sociétés d'aides, vise clairement à légitimer - au plan médical - l'action de la direction après la mise en coupe réglée de l'été de 1870 destinée à endiguer les velléités hégémoniques de l'élite médicale bourgeoise sur la direction de la société²⁴⁴. Mais l'option Chenu scelle aussi l'alliance entre la direction aristocratique de la

²⁴¹ John F. Hutchinson, *Champions of Charity*, *op.cit.*, p. 109-111.

²⁴² Voir Bertrand Taithe, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre. Le siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871) » dans Patrice Bourdelais, Olivier Faure, *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII^e-XX^e siècles*, p. 241.

²⁴³ *De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine*, 1870.

²⁴⁴ John F. Hutchinson, *Champions of Charity*, *op.cit.*, p.109-111.

société et l'armée et elle entérine sur le plan symbolique une division et une hiérarchisation du travail de soin qui réaffirme, comme le demandent les médecins militaires, la position subalterne de la société (qui doit être entièrement soumise au commandement militaire)²⁴⁵. Or cette convergence d'intérêts bien compris n'a rien d'évident. Dans la mesure où la SSBM promeut un modèle d'intervention fondé sur la complémentarité entre régime d'action publique (le service de santé) et régime d'action privée (les sociétés d'assistance), la nomination d'un médecin militaire peut aussi bien se lire comme une tentative de neutralisation des promoteurs de la médecine militaire par les entrepreneurs en charité que comme une prise de contrôle de la SSBM par des agents qui, au sein de l'armée, luttent pour maintenir les civils à distance et professionnaliser le corps.

Chenu, en effet, n'est pas un officier lambda. L'homme est le principal artisan d'une entreprise de réécriture de l'histoire des campagnes de Crimée et d'Italie dans laquelle ces dernières sont présentées, décrites, analysées comme des crises sanitaires. En 1865, il remet au conseil des armées un rapport sur le service médico-chirurgical en Crimée²⁴⁶. L'ouvrage - produit d'une entreprise totalement inédite (sur laquelle je vais revenir plus avant) met en lumière la mortalité élevée des troupes françaises, mortalité proportionnellement bien supérieure à celle d'une armée anglaise qui, plus libérale dans son fonctionnement, aurait su s'ajuster aux conditions de la guerre moderne. Au terme, de 732 pages, c'est l'organisation des services de santé, dépendante de l'intendance, qui est mise en cause. La presse médicale et généraliste reprend à son compte - sans les nuances -, l'analyse de Chenu : à l'efficacité (supposée) des services de santé anglo-saxons elle oppose les lourdes pertes françaises provoquées par l'impéritie d'un service de santé totalement soumis à l'intendance. Un large public découvre alors que plus de 95 000 soldats français sont morts en Crimée dont environ 75 000 de maladies ; dix ans après la victoire militaire, la campagne de Crimée apparaît donc publiquement, parce qu'elle construit comme telle, comme une crise sanitaire, un désastre qui aurait pu être évité. On voit bien dès lors comment le travail et la personne de Chenu peuvent servir la cause de la SSBM et/ou du SSM. Dans les deux cas, ce discours sur la Crimée constitue une ressource en ce qu'il construit la santé militaire en un problème public et justifie les velléités de réformes de ceux qui pensent avoir des solutions. Et ce qui rend possible cette construction nouvelle, c'est le travail de quantification auquel se livre Chenu. Autrement dit, l'autre dynamique qui explique l'émergence d'une question sanitaire et qui alimente,

²⁴⁵ Et qui obtient en retour, par décret du 31 décembre 1870, le monopole de l'hospitalisation privée au sein des armées.

²⁴⁶ Jean-Charles Chenu, *Rapport au Conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français de Turquie pendant la campagne d'Orient en 1854-1855-1856*, Paris, Masson, J. Dumaine, 1865.

à plus long terme, la construction d'une politique de santé aux armées, c'est la jonction qui s'est opérée entre l'espace militaire de la médecine sociale et un savoir administratif en plein essor depuis le début du siècle : la statistique numérique.

2.2.1 Naissance d'un savoir d'État : formation et usages de la statistique médicale en médecine militaire

Le terme (Statistik) est apparu en Allemagne au milieu du XVIII^e pour désigner une science administrative qui vise à rendre compte de la puissance de l'État selon un « ordre de présentation aristotélicienne des quatre causes » dans lequel le chiffre, objet de stigmatisme, doit être évité²⁴⁷. Dans les deux premières décennies du XIX^e cependant il change de sens et désigne non plus (seulement) une forme de savoir académique fondé sur la narration littéraire mais un « *mode de connaissance reposant sur le recours pratiquement exclusif aux dénombrement et autres techniques numériques* »²⁴⁸. Cette technologie intellectuelle qui repose sur la quantification – c'est-à-dire sur l'établissement de conventions permettant la mesure²⁴⁹ – est alors des plus fragiles au plan scientifique comme au plan institutionnel. L'histoire du premier bureau français de statistiques en atteste. Institué en novembre 1800 par le ministre de l'intérieur, le chimiste Jean-Antoine Chaptal (1756-1832), il est dissous en 1812 par Napoléon et recréé, presque trente ans plus tard (en 1834) sous l'impulsion de Thiers (1797-1877) puis prend le nom de Statistique Générale de France (1840). La direction de la SGF revient alors à Alexandre Moreau de Jonnès (1778-1870), un officier d'artillerie de marine²⁵⁰, chargé à partir de 1815 de « statistique et topographie » au cabinet du ministre et dont les premiers travaux portent sur l'état sanitaire des Antilles et ... l'hygiène militaire²⁵¹. Cette nomination dit bien le rôle moteur de l'administration militaire dans la production de données statistiques et dans l'essor de la statistique comme technologie intellectuelle d'une part, et elle signale, d'autre part, que la conception de la statistique qui s'impose au sein de cet office statistique d'État n'est pas celle des hygiénistes et des « statisticiens moraux ». Elle est celle des défenseurs d'une logique comptable, administrative, (dont Moreau de Jonnès est le fer de lance), pour lesquels l'outil « moyenne » est fiction sans rapport avec la réalité

²⁴⁷ Luc Berlivet, « L'exploration statistique du social. Administration, associations savantes et débats publics », dans Dominique Pestre (dir.), *Histoires des sciences et des savoirs*, tome 2, Kapil Raj, H.Otto Sibum (dir.) Modernité et globalisation, Paris, Seuil, 2015, p.411-412.

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ Alain Desrosières Alain, Sandrine Kott, « Quantifier », Genèses, 2005/1 no 58, p. 2-3.

²⁵⁰ Voir Alfred Lacroix, « La Vie de Moreau de Jonnès », *Journal de la société statistique de Paris*, t. 74, 1933, p. 143-160. Accessible en ligne : [http://archive.numdam.org/item/JSES_1933_74_143_0]

²⁵¹ Alexandre Moreau de Jonnès, *Précis historique dur l'irruption de la fièvre jaune à la Martinique, en 1802*, en ligne [<http://www.manioc.org/patrimon/NAN13004>] et Alexandre Moreau de Jonnès, *Essai sur l'hygiène militaire des Antilles*, [s.l.], [éd.], 1817 en ligne également [<http://www.manioc.org/patrimon/NAN13007>].

dont seuls peuvent rendre compte les « nombres vrais »²⁵². Et cette prise de contrôle n'est pas sans effet.

Dans le monde militaire, la première forme de statistique numérique portant sur les hommes est directement liée à la mise en place de la conscription, à son institutionnalisation et aux réformes de l'appareil militaire engagées par les monarchies censitaires²⁵³ ; on la trouve dans les comptes-rendus annuels sur le recrutement de l'armée publiés à partir de 1819 (soit 8 ans avant les statistiques criminelles qui paraissent, elles, à partir de 1827)²⁵⁴. À la fin des années 1830 (le plus ancien compte-rendu que j'ai pu consulter porte sur l'année 1839²⁵⁵), ces comptes-rendus s'organisent, pour faire simple, en deux parties. L'une est un rapport au roi sur l'application de la loi qui détaille le déroulement de la conscription - du tirage au sort à la constitution d'un contingent de 80 000 hommes²⁵⁶ - en s'appuyant sur des données chiffrées. L'autre se compose de « tableaux statistiques » (26 pour 1839) dont sont issus les chiffres du rapport. Instrument de dénombrement, la forme tabulaire de la statistique du recrutement permet ainsi à la bureaucratie militaire de faire des comparaisons (par cantons, départements etc.) et d'objectiver pour chaque classe, à un instant « T », le rapport entre le nombre d'individus visités par les conseils de révisions et le nombre de hommes incorporés ; de calculer ce qu'on appelle le coefficient d'aptitude militaire.

Si elle n'est pas une statistique médicale, la statistique du recrutement intègre toutefois, (à partir de 1832²⁵⁷) des données à caractère médical. Outre les tableaux relatifs à la taille des conscrits, on trouve parmi les neuf motifs d'exemptions, les « *infirmités ou difformités* » qui rendent impropre au service et dont le « tableau G » - qui les rassemble -

²⁵² Voir sur ce point Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, éd. La Découverte, coll. Poches, Paris, 2010.

²⁵³ La loi Jourdan du 19 fructidor an VI (5 septembre 1798) instaure officiellement la conscription. Elle astreint au service militaire tous les Français de 20 à 25 ans. Ils forment alors 5 classes, appelées chaque classes (en commençant par la plus jeune), en fonction des besoins. Ce système est aboli par la Charte de 1814 et la loi Gouvion-Saint-Cyr (10 mars 1818) - qui régit l'organisation militaire de la France jusqu'en 1872- lui substitue l'appel annuel d'un contingent désigné par voie de tirage au sort et organise le système de remplacement. Voir Annie Crépin, *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, coll. folio histoire, 2009, p. 120-136.

²⁵⁴ Les données de taille sont collectées bien avant (dès 1804 semble-t-il) mais avec la loi du 10 mars 1818 sur le recrutement elles deviennent publiques. Voir Bertrand Gilles, « La Monarchie censitaire », dans Gilles Bertrand (dir.), *Les sources statistiques de l'histoire de France. Des enquêtes du XVII^e siècle à 1870*, Genève, Librairie Droz, coll. « Travaux de Sciences Sociales », 1980, p. 177. En ligne : [<https://www.cairn.info/les-sources-statistiques-de-l-histoire-de-france--9782600040914-page-149.htm>], consulté le 18/5/2018.

²⁵⁵ France. Ministère de la guerre, *Compte rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1839*, Paris Imprimerie Royale, Février 1841, 93.p.

²⁵⁶ La loi Gouvion-Saint-Cyr (1818) qui réintroduit la conscription impose un contingent de 60 000 hommes que la loi Soult (1832) porte 80 000. Voir Annie Crépin, *Histoire de la conscription, op. cit.*, p. 137-176.

²⁵⁷ En application de l'article 13 de la loi Soult (21 mars 1832) sur l'exemption. Cf. J.-B. Duverger, *Collection complète des lois et décrets, ordonnances et avis du Conseil d'État*, tome 32^e, Paris, 1842. Je reviendrai plus longuement sur la loi Soult au chapitre suivant.

donne le décompte par département. Vingt-une catégories de classement composent la texture de ce tableau qui renseigne sur la manière dont les agents de l'État en charge du recrutement, notamment les médecins, objectivent le corps diminué à travers la construction de l'aptitude au service²⁵⁸. Des entités nosologiques relativement bien définies (gale, teigne, lèpre) jouxtent des classements de sens commun médical comme « le défaut de taille » ou la « faiblesse de constitution » qui rassemblent les cas inclassables, parce que mal (ou pas) défini médicalement. La « perte de doigts et de dents », la « surdité [et] le mutisme » sont des motifs d'exemption au même titre que le « goitre », la « claudication » et les « autres difformités ». Les « maladies des os », de la peau et des yeux (la myopie et les « autres ») dispensent également les jeunes tirés au sort de service, et on rassemble sous une même entrée les « *maladies diverses* » qui ne sont pas « *portées dans les colonnes précédentes* »²⁵⁹. Dans cet ordonnancement nouveau de l'a-normal, la logique clinique anatomo-pathologique (conception localisée de la maladie dans les organes et les tissus) prime et derrière la catégorie « faiblesse de constitution » on sent poindre le paradigme héréditaire sur lequel se fonde la théorie de la dégénérescence²⁶⁰. Elle est loin toutefois d'être la seule et deux principes d'équivalence sous-jacents autorisent à rassembler dans un même tableau des éléments fort peu commensurables : le caractère irréversible de la lésion (la « perte » d'un membre) ou de l'atteinte fonctionnelle (la « myopie » comme la « claudication) et la possibilité de la contagion (« maladies de poitrine, « gale »). Le classement - dont la vocation est première est administrative-, confond ainsi en permanence les causes (étiologie) et les effets (les séquelles). Il n'est pas fondé en raison clinique mais en raison médico-légale. L'approche qui le sous-tend s'inscrit pleinement dans les principes codifiés par Fodéré (1764-1835)²⁶¹ au début du

²⁵⁸ Le premier texte de loi qui donne le détail des motifs médicaux d'exemption date de 1873. En 1914, il y n' a plus un mais deux tableaux : le « tableau I » pour les « classés services auxiliaires » et le tableau J pour les exemptés. Le premier compte 53 entrées, le second 64 et tous deux sont organisés par « grands appareils » : « maladies de l'appareil respiratoire », de l'appareil « circulatoire » etc. Je reviendrais sur les transformations qui s'opèrent entre ces dates et sur ce qu'elles disent de la construction sociale (médicale) de l'infirmité au chapitre.

²⁵⁹ Compte rendu sur le recrutement de l'armée, *op.cit.*, p.47.

²⁶⁰ Théorie centrée sur l'explication des maladies par la transmission héréditaire de caractères pathogènes, à savoir l'idée de dégénérescence possible de la race humaine. Elle est formalisée en 1857 par Bénédict Augustin Morel (1809-1873) dans *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (J-B. Baillière, Paris, 1857) [<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762.image>]. À rebours des naturalistes comme Jean-Baptiste Lamarck ou Georges-Louis Buffon qui définissaient la dégénérescence comme une « déviation naturelle de l'espèce » Morel en fait une « déviation malade » et fait glisser la dégénérescence du côté du pathologique.

²⁶¹ François-Emmanuel Fodéré, docteur de l'Université de Turin (1798) est l'auteur du premier traité français de médecine légale et d'hygiène publique (3 tomes,) En 1801, le gouvernement lui confie la production d'une statistique des Alpes-Maritimes, synthèse dans laquelle il combine le genre des topographies médicales de l'Ancien Régime et celui de la science administrative du Consulat. En 1814, il est nommé à la Chaire de médecine légale de la Faculté de Strasbourg. Sur Fodéré, *La médecine légale et son épistémè voir Frédéric Chauvaud, Les experts du crime. La médecine légale en France au XIX*, Paris, Aubier, 2000.

siècle : il ne considère « *les individus qu'en tant que risque pour le groupe ou comme déviant vis-à-vis du groupe* ²⁶² ».

Les éléments rassemblés dans la statistique du recrutement n'en constituent pas moins un matériau riche et inédit dont certains médecins et hygiénistes ne manquent pas de se saisir dans les années 1840. Face aux attaques de l'économiste libéral Léon Faucher pour qui, en matière de protection, la loi de 1841 réglementant le travail des enfants est contre productive, le baron Charles Dupin (1784 -1873), mathématicien, ingénieur et économiste, mobilise ces données pour établir une comparaison entre les pourcentages d'infirmités chez les urbains et les ruraux. Il montre que la moyenne parisienne est un bien inférieure à celle du reste de la France (i.e la province) et s'appuie sur ce résultat pour disqualifier « *l'objection [...] vraiment singulière* » selon laquelle la loi du 3 mai a des effets néfastes sur la santé des enfants et « *l'opinion trop répandue* » qui oppose aux bienfaits sanitaires de la vie rurale, la dégénérescence morale et physique de l'espèce humaine dans les villes ²⁶³. Mais au-delà des usages politiques qu'elles autorisent, les données produites par les bureaux de recrutement constituent aussi une ressource au plan scientifique pour les partisans de la méthode numérique, dont les usages, en médecine, clivent.

Parmi les 70 articles et mémoires qu'il a produits et qui ont largement contribué à la légitimer la statistique quantitative dans les champs scientifique et médical, Villermé publie dans le premier numéro des *Annales d'hygiène publique* (en 1829) et de *médecine légale* un long « *Mémoire sur la taille de l'homme en France* » ²⁶⁴. Pour ce faire, il mobilise très largement les données fournies depuis un quart de siècle par le recrutement de l'armée (avant l'existence du compte-rendu donc). Quatre ans plus tard, l'ex-chirurgien militaire de l'armée impériale Louis-François Benoiston de Châteauneuf (1776-1856) - converti à la statistique par le mathématicien Siméon Denis Poisson (1781-1840) - fait paraître son *Essai sur la mortalité dans l'infanterie*. Devenu un spécialiste d'économie politique et sociale il est un personnage respecté (membre libre de l'académie des sciences morales et politiques en 1832) ²⁶⁵ qui collabore aux grandes enquêtes sociales des années

²⁶² Bertrand Taithe, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre. Le siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871) », art. cité, p. 22.

²⁶³ Voir, Léon Faucher, « Le travail des enfants à Paris », *Revue des deux mondes*, 1844 et pour les citations le compte-rendu du débat dans « *Revue mensuelles des travaux de l'Académie des sciences morales et politiques* », *Journal des économistes. Revue mensuelle d'économie politique et des questions agricoles, manufacturières et commerciales*, et 1844, Tome dixième, quatrième année (Décembre 1844 – Mars 1845), Paris, Guillaumin librairie-éditeur, 1845, p.62-75.

²⁶⁴ Dans *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* [AHPML], Paris: Jean-Baptiste Baillière, 1829, vol. 1, p. 351-403.

²⁶⁵ Voir la notice qui lui est consacrée dans Gustave Vapereau (dir.), *Dictionnaire universel des contemporains*, Paris, Hachette, 1858, p.161-162.

1830, publie dans les *AHPML*, échange régulièrement avec Villermé (qui ne le tient pas en haute estime) et les statisticiens moraux²⁶⁶.

Passé par l'administration des Finances, Benoiston a eu accès aux chiffres de mortalités de l'armée via les comptes du ministère de la guerre et il croise ces données avec les chiffres du recrutement. Toutes armes confondues, les armées de terre et mer comptent, en 1820, 197 140 hommes : 139 893 dans l'armée, 21 647 dans La Garde Royale et 35 600 pour la Maison militaire du roi²⁶⁷. Dans ces trois ensembles, il ne prend en compte que la seule infanterie (pour éviter les biais que génère l'appartenance à des armes différentes) et obtient ainsi un effectif de 122 084 hommes (pour 1820) dont il juge qu'il est assez homogène pour permettre de calculer une mortalité moyenne. Il répète alors l'opération pour les 6 années suivantes, obtient un effectif total légèrement supérieur à 800 000 hommes, avant d'exclure l'année 1823 pour éviter que le nombre de blessés et malades de l'armée d'Espagne décédés (3097 sur 77 737) ne fausse ses calculs. Au final il retient effectif de 120 624 hommes dont 106 700 soldats des régiments de ligne et 13 924 de la garde royale. Cherchant à neutraliser au mieux la « variable sociale » - qu'il considère être un des principaux déterminants de la santé²⁶⁸ -, il exclut de son échantillon le « corps privilégié » de la garde royale, les tambours, les musiciens, les ouvriers, les prévôts dont la situation sous les drapeaux n'est pas comparable à celle des soldats et, enfin, les officiers et sous-officiers (« mieux payé et dont le service est moins dur »). Il montre d'ailleurs que ces derniers meurent dans une proportion deux fois moindre que les soldats : 1,08% contre 2,25%²⁶⁹. Mais l'apport essentiel du travail de l'ancien chirurgien réside ailleurs. En calculant les différences de mortalité moyenne par classe d'âge, par saison, par région, il met en évidence un différentiel de mortalité que les hygiénistes militaires n'auront de cesse de chercher à résoudre/expliquer :

« [...] cette proportion de près de trois pour cent, si l'on prend le chiffre de l'administration ou de deux un quart si l'on s'en rapporte au mien qui une moyenne des six années, est plus forte que celle de la mortalité ordinaire²⁷⁰ ».

²⁶⁶ Sur les relations Villermé Benoiston voir : Bernard-Pierre Lécuyer, « Démographie, statistique et hygiène publique sous la monarchie censitaire », art.cité.

²⁶⁷ L.-F. Benoiston de Châteauneuf, « Essai sur la mortalité dans l'infanterie française », *AHPML*, vol. X, 1833, p. 239-318.

²⁶⁸ Benoiston se situe là dans la continuité des travaux menés par Villermé. Entre 1825 et 1831, ce dernier publie en effet une série de mémoires qui s'attachent à démontrer la relation de causalité (inverse) entre « aisance » et mortalité. Benoiston publie lui-même une étude (critiquée et critiquable) de la mortalité par âge selon le revenu (à Paris) : « De la durée de la vie chez le riche et le pauvre », *AHPML*, 1830/n°1, vol.3, 1830, p.1-15. Voir sur ce point Bernard-Pierre Lécuyer, « Démographie, statistique et hygiène publique sous la monarchie censitaire », art.cité, p 228-230.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 268-269.

²⁷⁰ *Ibid.*,p.272.

Et derrière le terme « ordinaire » c'est bien « civile » qu'il faut entendre : « *La mortalité militaire en temps de paix, paraît être plus forte que la mortalité civile, dans les âges correspondants* ²⁷¹ ». Autrement dit, la construction des moyennes a pour effet de faire apparaître (pour la première fois?) le phénomène de la surmortalité militaire. Mieux, son étude contribue à faire des conscrits un collectif que ses propriétés singulières et spécifiques – il est doublement sélectionné et captif donc toujours observable - permettent d'ériger en « standard épidémiologique » d'une part et en terrain d'expérimentation d'autre part ²⁷². Le collectif militaire, parce qu'il neutralise les variables sociales et environnementales, constitue à la fois le terrain d'application idéal des politiques sanitaires et l'étalon de mesure de leur efficacité. De ce point de vue, le travail de Benoiston est décisif en ce qu'il participe directement de l'élaboration de la notion de « population » - clé de voute de la biopolitique naissante - et contribue à arrimer l'hygiène militaire au paradigme des « grands nombres ».

Proche de Villermé, avec lequel il échange jusqu'à sa mort, Adolphe Quételet (1796-1874) ²⁷³ connaît les travaux de Benoiston - qu'il a lus et cite - et il mobilise lui aussi les données produites par la bureaucratie militaire. C'est en comparant les mensurations de 5 728 soldats écossais présentées en 1817 dans l'*Edinburg Medical and Surgical Journal* et celles de conscrits français qu'il montre que les données « biométriques » de l'homme (poids, taille, périmètre thoracique), se répartissent selon une « courbe normale » et oscillent autour de valeurs moyennes qui tendent à être constantes ²⁷⁴ et fonde empiriquement sa théorie de "l'homme moyen" (1835). Ces travaux sont fondateurs pour la statistique comme pour la science sociale naissante en ce qu'ils opèrent un rapprochement inédit entre deux « *types de calculs de moyennes, formellement identiques, mais logiquement bien distincts [...] d'une part la meilleure approximation possible d'une grandeur de la nature à partir de mesures différentes issues d'observations imparfaites portant sur un seul objet [la régularité de la taille ou des naissances par exemple] et, d'autre part, la création d'une réalité nouvelle à partir d'observations portant sur des objets différents mais liés entre eux pour l'occasion [L'homme moyen]* ²⁷⁵ ». Dès lors, il devient possible

²⁷¹ *Ibid.*, p.298.

²⁷² Sur ces questions voir Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social* 2016/4 (n° 257), p. 71-91. DOI 10.3917/lms.257.0071.

²⁷³ L'Inventaire de la correspondance d'Adolphe Quetelet établi par Liliane Wellens-de Donder (n° 351) et déposée à l'Académie royale de Belgique, fait état de 10 lettres entre 1823 - date où Quételet et Benoiston se rencontrent à Paris- et 1853.

²⁷⁴ «Statement of the sizes of Men in different Counties of Scotland, taken from Local Militia» *Edinburg Medical and Surgical Journal*, 1817/n°50, vol.13. Consulté le 25/04/2018 [<https://archive.org/stream/edinburghmedical45unkngoog#page/n276/mode/2up>].

²⁷⁵ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres*, Paris, La Découverte, Coll. Poche, 2010, p.92. Voir aussi les pages 99-100.

d'appréhender comme des réalités nouvelles l'existence de « tout », d'agrégats qui sont davantage que la somme des parties qui les composent : l'homme moyen chez Quételet, la société, plus tard, chez Durkheim, le « collectif de militaire » chez les hygiénistes. Mais ces travaux d'avant-garde sont loin de faire l'unanimité dans un champ médical profondément rétif à la logique du nombre.

La statistique quantitative s'y déploie lentement au fil du siècle, et d'abord dans deux espaces de pratiques : la chirurgie et l'hygiène où elle ouvre la possibilité, d'une redéfinition des modalités d'administration de la preuve et où elle devient, de manière incrémentale, une « épreuve de vérité ». En contribuant à construire la maladie en problème collectif (épidémies, épizootie) dont il s'agit de mettre au jour des « causes constantes » (facteurs de diffusion), cette forme de la raison statistique fournit des indicateurs précieux (des taux moyen de mortalité et ou de morbidité par classes d'âge, quartier, saison par exemple) qui permettent aux acteurs d'intervenir - chiffres à l'appui - dans le débat public. En d'autres termes, elle est une ressource supplémentaire pour renforcer le pouvoir social du médecin qui, au XIX^e se déploie au plan local par ses interventions dans le domaine de l'hygiène²⁷⁶. Pour autant, si la statistique quantitative est plutôt bien acceptée dans le sous-espace (dominée) de la médecine sociale, l'idée même de moyenne suscite des oppositions et à l'occasion de l'épidémie de choléra qui touche la France en 1832, deux raisons statistiques distinctes s'opposent et l'espace des positions qui se structure alors (et pour longtemps) recoupe peu ou prou l'opposition contagionniste/ infectionniste. Les premiers incarnés par Moreau de Jonnés (qui rédige un mémoire sur le sujet) recherchent les causes directes de la contagion, récusent les moyennes et les statistiques de taux mortalité mobilisées par les seconds, hygiénistes défenseur de la théorie des miasmes, regroupés autour des Annales d'hygiène et de médecine légale. Pour les premiers, l'outillage statistique n'a pas d'utilité pratique et détourne de la recherche des vraies causes quand pour les second il est une ressource de premier plan, parce qu'il permet de décrire le « milieu », l'environnement sur lequel ils cherchent à intervenir.

Si le processus de légitimation de la méthode quantitative est lent, heurté et conflictuel, c'est dans l'espace dominant de la clinique que les oppositions sont les plus vives. L'hôpital (notamment les hôpitaux militaires) - parce qu'il dispose d'un grand nombre de patients- se prête particulièrement bien à l'évaluation statistique des traitements, mais le raisonnement clinique -fondé sur l'étude inductive du « cas», toujours individuel et singulier - est mis en jeu par la logique statistique. En France, c'est

²⁷⁶ P. Pinell, « La genèse du champ médical : le cas de la France », art.cité, p.345-346.

au docteur Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872)²⁷⁷, clinicien de « la tradition Corvisart-Laennec », qu'on attribue généralement « l'invention » de ce qu'il appelle la « méthode numérique ». Dans sa critique des saignées par les sangsues, il utilise une approche comparative qui consiste à suivre l'évolution de trois pathologies (pleuropneumonie, érysipèle de la face, angine gutturale) dans deux groupes (l'un soumis aux saignées l'autre non) en notant scrupuleusement toutes les variations cliniques²⁷⁸. À partir des pourcentages de guérison qu'il calcule il conclut à l'inutilité de la saignée. Qu'il s'agisse de la critique clinique (incarnée par Amador) selon laquelle la singularité des cas ne sauraient se dissoudre dans la moyenne ou de la critique expérimentale (Claude Bernard) pour laquelle la moyenne masque les causes, l'opposition suscitée par ses travaux est d'autant plus vaste que les raisons et argumentaires qui la soutiennent sont multiples, bien différenciés car répondant à des rationalités différentes²⁷⁹. Mais parmi les détracteurs de Louis, tous ne s'opposent pas à la méthode numérique elle-même. Jules Gavarret (1809-1890), polytechnicien devenu professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, critique la faiblesse méthodologique de l'approche et, en 1840, il formalise les principes d'usage de la statistique en médecine²⁸⁰. Pour celui qui veut faire de la médecine une science (du diagnostic notamment), le recours à la statistique numérique en médecine est pleinement légitime, souhaitable, indispensable même à condition d'appliquer aux données thérapeutiques les méthodes des statistiques inférentielles (le calcul des probabilités) seules à même de produire des jugements critiques, objectifs, sur la valeur des thérapies.

Mais jusqu'à l'Entre-deux-guerres la logique probabiliste échappent largement aux médecins et hygiénistes français qui produisent une statistique « non mathématisée » dans laquelle aucun test de significativité statistique (celui proposé par Gavarret en l'occurrence) n'intervient. Les médecins français, et notamment les militaires, qui disposent d'un matériau statistique unique (à la fois par sa richesse et son caractère centralisé qui permet à l'inverse de l'Allemagne de disposer de grande séries) et des outils

²⁷⁷ Docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1813 Louis exerce à Odessa (1814-1820) puis à l'hôpital de la Charité - dans le service d'Auguste-François Chomel (1798 – 1858)-, à la Pitié (1830-1837) et enfin à l'Hôtel Dieu. Membre des Académies des Sciences et de Médecine il est internationalement connu et reconnu, notamment parce qu'il a formé de nombreux médecins américains (178 d'après Jacques Léonard).

²⁷⁸ En réalité, il est loin d'être le premier et la question de savoir à qui l'on doit « l'invention » de la démarche fait dès cette époque l'objet d'une controverse que je ne présenterai pas ici.

²⁷⁹ Sur les résistances à l'usage de la statistique dans le champ médical, son institutionnalisation et ses effets, voir Jacques Léonard, « Médecine et statistiques au XIX^e siècle ». Publication des séminaires de mathématiques et informatique de Rennes, 1983, fascicule 2, « Séminaire de mathématiques – science, histoire et société contemporaine », p.1-14. En ligne [http://www.numdam.org/item?id=PSMIR_1983__2_A14_0] (consulté le 05/04/2018). Voir aussi et surtout : Alain Desrosières, *La politique des grands nombres, op.cit.*, p. 104-111 et p. 333-341.

²⁸⁰ J. Gavarret, *Principes généraux de Statistique Médicale ou développement des règles qui doivent présider à son emploi*, Paris, Béchot jeune et Labbé, 1840.

intellectuels pour l'exploiter ne semblent pas en capacité (cognitivement ?) d'en faire usage. La non-réception, pendant près de 80 ans, de la statistique inférentielle en médecine est un fait bien connu qui s'explique pour une bonne part par la structure du capital clinique (le plus important dans le champ médical), dont la dimension scientifique est encore marginale à une époque où la médecine n'a pas été « conquise » par les sciences fondamentales. Si le clinicien du XIX^e n'est pas un « technicien de la guérison »²⁸¹, il n'est pas non plus un scientifique. Seule, l'activité diagnostique suppose de mobiliser des connaissances scientifiques nouvelles et d'en avoir la plus grande maîtrise possible pour limiter les risques d'erreur. Mais pour Patrice Pinell :

« l'application de ce savoir scientifique passe par un savoir-faire dont l'acquisition se fait « au lit du malade » et qui s'améliore par l'expérience. À la nécessaire maîtrise de techniques complexes mettant en jeu différents sens (toucher, ouïe, vue, odorat), s'ajoute ce que les médecins appellent le « sens clinique », i.e. la capacité de débrouiller les cas complexes et de s'orienter rapidement vers le bon diagnostic par le raisonnement clinique »²⁸².

Perçu comme « intrinsèquement bayésien »²⁸³ - parce que l'établissement du diagnostic clinique relève d'une approche inférentielle qui permet (par élimination) de déduire la possibilité d'un événement à partir de celles (déjà évaluées) d'autres événements-, le raisonnement clinique ne mobilise pas les outils cognitifs probabilistes forgés depuis le XVIII^e siècle par les « scientifiques » comme Baye, Laplace ou Condorcet. Il existe en effet, au milieu du siècle, deux manières quasi exclusives d'appréhender les probabilités : d'un côté les « scientifiques » et mathématiciens qui pensent en terme de probabilité conditionnelles, de probabilité des causes, de l'autre les hygiénistes et les statisticiens moraux (Quételet) qui pensent en termes de régularités macrosociales, de fréquences de distribution. À la conception subjective des probabilités des premiers, les « fréquentistes » opposent une conception objectives des probabilités qui ne remontent pas des effets vers les causes (qui chez eux sont constantes) si bien que les deux, qui « *ne se posent pas les mêmes questions, n'ont plus grand-chose à se dire* »²⁸⁴. En résumé, « probabilistes » et cliniciens ne peuvent parler la même langue tandis que les fractions dominés du champ médical se retrouvent dans une perspective « fréquentiste » qui n'interroge pas les causes. Cette configuration explique largement pourquoi les usages de la statistiques se limitent au champ de l'hygiène et de la lutte contre les épidémies et permet de comprendre pourquoi l'élite des médecins militaires - précocement socialisée à

²⁸¹ P. Pinell, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », art.cité, p. 345-346.

²⁸² *Ibid.*, p.321.

²⁸³ Voir Bernard Grenier, « Décision médicale », dans Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris, PUF, 2004, p 307-310.

²⁸⁴ A. Desrosières, *La politique des grands nombres, op.cit.*, p.101.

la logique du dénombrement mais qui n'est formée ni à la théorie des erreurs, ni à la logique probabilistes - produit une statistique qu'on peut qualifier, faute de mieux, de « descriptive ». C'est précisément ce qui se passe avec Chenu et les hygiénistes militaires, dont les travaux ont, dans un premier temps au moins, davantage d'effets au plan politique et institutionnel qu'au plan scientifique.

Dans les années 1850-1860, l'institutionnalisation de la statistique - comme spécialité administrative et scientifique - s'accélère sous l'effet de l'intensification des échanges scientifique internationaux dont les congrès de statistiques sont exemplaires²⁸⁵. En France, la loi du 22 janvier 1851 institue une « statistique médicale [qui doit être] annexée chaque année au compte-rendu sur le service du recrutement ». L'injonction à la production de données médicales destinées à la réalisation de cette « statistique » s'accompagne de la création d'un organisme *ad hoc* ayant pour fonction de centraliser les données sanitaires. Le Conseil de santé des armées crée en effet un bureau de statistique médicale dont on ne sait que fort peu de choses²⁸⁶. Mais on devine que le « service » dont la direction est confiée au docteur Charles Ely (1823-1876), est une institution faible, ou faiblement dotée. Chargé de traiter les données sanitaires envoyées à l'administration militaire par les médecins des unités, il ne lui faudra pas moins de onze ans pour faire paraître (en 1862) le premier volume de la « Statistique médicale de l'armée ». La nouvelle publication, attendue de longue date par les hygiénistes reçoit un accueil favorable de la Société de statistique de Paris fondée en 1860 par Michel Chevalier (1806-1879)²⁸⁷ et Louis René Villermé. Les premières années, elle présente un résumé de « *cet important document* » dont « *les résultats généraux [...] donnent une idée très satisfaisante de la situation sanitaire de [...] l'armée* »²⁸⁸.

C'est dans ce contexte que les travaux de Jean-Charles Chenu (1808-1879) - soutenu par le baron Hippolyte Larrey (1808-1895) médecin-inspecteur et président du Conseil de Santé Militaire, - sur les guerres de Crimée (statistique publiés en 1865)²⁸⁹ et d'Italie (publiés en 1869)²⁹⁰ s'imposent comme une référence en la matière et contribuent à

²⁸⁵ Éric Brian, « Transactions statistiques au XIX^e siècle. Mouvements internationaux de capitaux symboliques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, Vol. 145 « La circulation internationale des idées », p. 34-46. ; doi : <https://doi.org/10.3406/arss.2002.2796>.

²⁸⁶ Voir O. Roynette, « La statistique médicale de l'armée française au XIX^e siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? », dans P. Krassnitzer et P. Overath (dir.), *Bevölkerungsfragen. Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich 1870-1939*, Cologne, Böhlau Verlag, 2007, p. 67-78.

²⁸⁷ Polytechnicien (X1823) et ingénieur des mines, Chevalier est un Saint-Simonien convaincu. Il obtient la chaire d'économie politique au Collège de France en 1841 et devient membre de l'Académie des sciences morales et politiques en 1851. Voir Jean Walch, *Michel Chevalier économiste Saint-Simonien 1806-1879*, Bibliothèque d'histoire de la philosophie, Vrin, 2002.

²⁸⁸ Pour l'année 1862 voir *Journal de la société statistiques de Paris*, tome 5 (1864), p.124-128.

²⁸⁹ Jean-Charles Chenu, *Rapport au Conseil de santé des armées [...]*, *op.cit.*.

²⁹⁰ Jean-Charles Chenu, *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie en 1859 et 1860 : service des ambulances et des hôpitaux militaires et civils- Atlas*, Paris, J. Dumaine, L. Hachette, V. Masson éd., 1869

légitimer durablement la statistique en médecine militaire. L'entreprise statistique liée à la campagne de Crimée (1854-1856) change en effet la donne, au moins de manière temporaire : Chenu obtient qu'un bureau spécial composé de 18 sous-officiers secrétaires et rattaché au secrétariat du Conseil de santé concentrent les rapports sanitaires et coordonnent les résultats. L'enquête, pour l'époque, est colossale. Elle porte sur plus de 400 000 entrées dans les ambulances et hôpitaux français et, après 10 mois de travail quelques 1 150 000 fiches provenant de l'exploitation systématique des « cahiers de visite » et des registres de décès de l'expédition stockés dans une salle des Invalides, ont été produites. Le rapport qui paraît en 1865, est une mine de renseignements qui dit autant sur ce qu'il décrit que sur la manière de décrire. On pourrait commenter ces pages riches, par exemple, de descriptions de « gueules cassées » de la Crimée par bien des aspects comparables à celles réalisées cinquante ans plus tard. Cela dit, ce qui frappe le lecteur intéressé par la dimension statistique du travail, c'est son caractère relativement sommaire et les usages tout à fait limités qui en sont fait. En réalité, sa statistique est une description, un comptage qui n'est pas sans rappeler le « fétichisme du chiffre » dont parle Alain Desrosières lorsqu'il analyse les travaux de la Statistique Générale de France de l'époque Moreau de Jonnés (avant les réorganisations de 1852 et 1889). C'est un travail très administratif, aucunement probabiliste et très éloigné de la méthode numérique qui a suscité tant de débats et controverses. Les données produites permettent en fait deux types d'usages liés entre eux mais nettement différenciés : d'une part elles permettent une forme d'objectivation inédite des pertes - dont elles donnent à la fois les causes et la mesure-, des conditions sanitaires et de la menace épidémique, d'autre part elle offre un instrument de mesure de l'activité hospitalière du SSM : décompte des entrées et sorties et, par la même, de la mortalité hospitalière (donc de l'efficacité du dispositif thérapeutique). La pratique s'impose dès lors dans tous les conflits qui suivent, en 1870-1871 ou en Chine, en Cochinchine, en Syrie et au Mexique (statistique publiée en 1877). Quant à l'instruction pour « l'établissement de la statistique médicale de l'armée » publiée en 1851, elle est remaniée à de multiples reprises : en 1862 elle connaît des modifications mineures mais en 1874 - et là c'est plus essentiel - elle se fonde sur une nomenclature unique qui standardise le recueil des données. Celle-ci est modifiée à plusieurs reprises par des décisions, notes, circulaires ministérielles, réédité et mise à jour en 1901, 1907, 1910 puis en 1913, j'y reviendrai plus longuement au chapitre suivant.

Ce retour sur les conditions d'émergence de la statistique médicale de l'armée laisse entrevoir les logiques de sa production. D'abord limitée aux opérations de recrutement - elle est avant tout un savoir d'État qui relève du processus de construction de l'État Nation impérial - elle doit offrir un moyen de saisir l'état sanitaire de la population d'une part et donner une mesure de la « qualité » de la ressource disponible

d'autre part. Autrement dit, elle offre une image de la qualité des ressources en hommes dont il dispose. Dans les années 1870, des médecins militaires comme Georges Morache (1837-1906) se servent des données relatives aux exemptions pour établir un « *classement des départements d'après la qualité de leur population*²⁹¹ ».

Mais elle est aussi un savoir sur l'État dans la mesure où la logique comptable permet d'objectiver la politique de santé mise en place dans le monde militaire en articulant trois logiques. Une logique financière puisqu'on décompte le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de lits occupés (et qu'on en connaît le coût journalier), une logique de contrôle administratif et hiérarchique du service (mesure de son activité) et une logique d'objectivation du péril épidémique (qui n'est pas encore pensé comme un risque) qui passe par l'identification des pathologies les plus fréquentes, de leur périodicité et l'étude du « mouvement des malades » etc. La statistique médicale pratiquée par les militaires a donc une fonction plus politique que clinique et/ou thérapeutique. Elle ne donne aucune information sur les traitements pratiqués, ne compare pas les résultats obtenus et reste hermétique à toute logique probabiliste. Il n'en reste pas moins que la statistique sanitaire de Chenu et de ses successeurs comme la statistique médicale de l'armée sont plus objectivantes que la « vieille » topographie médicale, et qu'en prenant pour objet le « grand nombre » elle participe de la construction disciplinaire de l'hygiène militaire dont les publications se multiplient à partir des années 1860-1870²⁹².

Instrument de l'ingénierie sanitaire de l'État, la statistique médicale militaire devient vite une ressource pour le corps médical militaire en alimentant la formation d'une médecine étiologique qui va fonder scientifiquement (et légitimer) un ensemble de mesures préventives introduites dans les années 1870. Et la logique du dénombrement sert aussi la cause du corps de santé parce qu'elle ne permet pas seulement de réécrire l'histoire des batailles, gagnées ou perdues, mais aussi celle du corps de santé lui-même à l'image du travail de Pierre Augustin Didiot (1813-1866). Trois ans après la parution de son incontournable « Code des officiers de santé de l'armée de terre²⁹³ » et un an après la publication de sa « relation médico-légale de la campagne de Cochinchine²⁹⁴ » (qui paraît la même année que la statistique de Chenu) le médecin principal fait paraître - hors des circuits classiques de l'édition médicale militaire - une « *Histoire statistique du corps de*

²⁹¹ Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Baillière et fils, 1874, p.237-238.

²⁹² Voir Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », art.cité, notamment la note 9 p.73.

²⁹³ Pierre-Augustin Didiot, *Code des officiers de santé de l'armée de terre*, Paris, V. Rozier, 1863.

²⁹⁴ Pierre-Augustin Didiot, « Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine en 1861-1862 », *RMMCPM*, 3^e série, t. XIV, 1865, p. 120-150.

*santé militaire, de 1846 à 1865*²⁹⁵ » dans laquelle il s'efforce de montrer qu'à chaque mesure défavorable au corps, le nombre des élèves a baissé et le celui des démissions augmenté en proportion. Le nombre devient là, l'étalon de mesure de la politique ministérielle.

Le Service de santé militaire dans les années 1870-1880 : une avant-garde de la santé publique ?

Dans la somme qu'ils ont consacré à « l'hygiène dans la République » Lion Murard et Patrick Zylbermann font le récit d'un échec, racontent l'histoire d'une « utopie contrariée²⁹⁶ ». À leurs yeux, le modèle républicain d'administration territoriale, l'organisation politico-administrative des institutions chargées du contrôle sanitaire explique le retard accusé par la France en la matière au regard de ses voisins européens. Pour eux, il n'y a pas de déficit au plan scientifique, le mouvement hygiéniste français est très proche au plan théorique de ce qui se fait Outre-manche et Outre-Rhin et c'est essentiellement dans la force d'inertie des pouvoirs locaux et de la Faculté (qui empêche que se constitue un corps d'hygiéniste professionnel) que réside l'explication de cette relative singularité française caractérisée par des régimes de mortalité et de morbidité plus élevés que ceux de ses voisines anglo-saxons et germaniques, et une transition épidémiologique (recul des maladies infectieuses et augmentation des maladies chroniques) retardée de plusieurs décennies par rapport à l'Angleterre (où les taux de typhus, choléra et variole déclinent dès les années 1870 (p. 9, p. 34). Par bien des aspects (évoqués précédemment), la démonstration pose problème²⁹⁷, mais elle offre également d'incontestables apports. L'ouvrage met notamment en évidence le rôle de l'armée et de la question militaire dans l'hygiénisation de société française. Il montre de manière convaincante que l'accélération, la concrétisation (très imparfaite certes) du processus est directement liée au lancement de la réforme militaire et non à l'installation au pouvoir des Républicains. La première généralisation de la conscription (loi sur le recrutement de 1872) et les perspectives de création d'une « armée nouvelle » (loi sur l'organisation de l'armée du 23 juillet 1873) justifient un mouvement de constructions de casernes et très vite de réforme du casernement, qui témoigne des luttes et convergences d'intérêts suscitées par la prise en compte des problématiques sanitaires par l'armée et le génie militaire (2.3.1). Mais c'est surtout l'autonomisation du corps de santé (1882 et 1889) et la

²⁹⁵ Pierre-Augustin Didiot, « Histoire statistique du corps de santé militaire, de 1846 à 1865 », *Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône*, Marseille, Impr. Saniat, 1866, 46 p.

²⁹⁶ C'est le sous-titre de *L'hygiène dans la République* déjà cité.

²⁹⁷ Voir la critique qu'en fait Marc Renneville dans « *Le propre de l'ordre* », art.cité. On pourrait ajouter que même la ligne de force de l'ouvrage – qui met en avant la puissance des pouvoirs locaux face au pouvoir central – pourrait être sérieusement discutée. Elle relève en partie d'une perception de sens commun juridique (un peu datée) que nombre de travaux de science politique ont largement déconstruite. Pour une vue d'ensemble des travaux disponibles au moment de la rédaction du livre voir Jean-Louis Briquet, Frédéric Sawicki, « L'analyse localisée du politique », *Politix*, 1989/vol. 2, n°7-8, p. 6-16.

construction d'une médecine scientifiques des épidémies qui permettent l'institutionnalisation, dans les deux dernières décennies du siècle, d'une politique de lutte antiépidémique (2.3.2).

2.2.2 L'hygiène à la caserne ou l'armée comme éducatrice nationale

Au double plan militaire et sanitaire, l'année 1870 est un désastre. Les problèmes d'approvisionnement qui pèsent sur la capitale assiégée favorisent l'écllosion et la diffusion des épidémies, notamment la variole. Malgré la multiplication des expériences de vaccine depuis le début du siècle, la couverture vaccinale de la population est insuffisante pour empêcher la propagation de la maladie. Les services de vaccine (qui datent du Premier Empire) ne fonctionnent pas de manière systématique, sauf à l'armée écrit Bertrand Taithe avant de préciser que celle-ci toutefois « était prisonnière »²⁹⁸. Par ailleurs, le procédé, lui-même, qui impose rappels et revaccinations et présente des risques de contamination (syphilis), s'avère trop coûteux. La variole provoque quelques 58 000 décès dans le pays dont 15 421 enregistrés à Paris et 23 400 dans l'armée (sur 600 000 soldats). Et la comparaison avec l'ennemi, qu'établissent les contemporains eux-mêmes, n'est guère flatteuse : l'armée allemande perd moins de 500 hommes (de variole) sur le million qu'elle a engagé.

Pour autant, si l'on suit Taithe, le siège de Paris a bien transformé les pratiques de santé civiles et militaires dans la durée. La séquence a contribué selon lui - via les sociétés d'assistance- à faire de l'effort médical un effort de guerre impliquant bien davantage que les seuls militaires et la situation de guerre a été à la fois un temps d'exception qui a permis l'émergence de nouvelles pratiques - de désinfection des locaux, de pansement, de drainage des plaies - et une entrave à leur diffusion. Aussi, quand la guerre s'achève, que l'ordre politique conservateur se stabilise après l'écrasement de la Commune, l'espace social de la santé est en partie transformé parce que demeurent « des institutions, des débats récurrents, une vision de santé publique inscrite dans une perspective historique marquée par la défaite »²⁹⁹. Le désastre sanitaire de 1870 et les usages politiques qui en sont faits renforcent les représentations savantes et politiques de la ville comme espace malsain, royaume du méphitisme et de la putréfaction qui se répandent partout dans les lieux d'habitation densément peuplés et notamment les hôpitaux. En ce sens, le siège de Paris, a prolongé le chemin emprunté au lendemain de l'épidémie de choléra de 1849

²⁹⁸ Bertrand Taithe, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre. Le siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871) », art. cité, p. 233.

²⁹⁹ *Ibid.*, p. 241.

avec l'adoption de la loi de 1850 sur les logements insalubres³⁰⁰, il a renforcé chez les élites dirigeantes une forme de « raison sanitaire » et une conception de l'action publique, fondées sur la logique de « l'assainissement » des milieux malsains.

Le casernement constitue un exemple archétypal de cette évolution cognitive dont les effets pratiques sont limités mais bien réels et sa « réforme » est l'un des premiers chantiers engagés par le ministère de la Guerre dans les années 1870 pour améliorer la situation sanitaire de l'armée. Les manuels et traités – dont on a dit précédemment qu'ils se multipliaient et alimentaient la construction disciplinaire de l'hygiène militaire – en attestent. Tous recommandent de prévenir les « dangers des sols humides » dont les effets néfastes sont d'autant plus importants qu'ils sont permanents. Véhicule des matières organiques dont elle favorise la décomposition, l'eau des sols est identifiée comme agent « responsable de la propagation des maladies infectieuses, du retour de leur manifestation épidémiques, de leur persistance comme endémie annuelle³⁰¹ ». Prototype de la maladie infectieuse militaire, la fièvre typhoïde est au centre des préoccupations et, en France comme en Allemagne, les hygiénistes militaires du début des années 1870 considèrent que l'étiologie de la maladie est étroitement liée à la composition des sols. Les terrains sur lesquels sont implantés camps et casernes doivent donc être sélectionnés au mieux en privilégiant les sols secs et calcaires et les terrains d'alluvion. Quelque soit leur nature, ils doivent être drainés et les bâtiments équipés en systèmes d'adduction d'eau et d'évacuation des eaux usés.

L'hygiène corporelle devient en effet un *topos* des productions hygiénistes qui soulignent régulièrement son absence dans l'armée où brossage de l'uniforme et des effets personnels et lavage de la figure et des mains suffisent. Dans une note au ministre datée de 1866 et publiée en 1871, le chef de bataillon du Génie Victor Marchand (1820-1909) décrit – dans un récit de part en part emprunt de distance sinon de mépris social.e – la situation de « l'homme des casernes » :

« Il est certain qu'il n'y a rien de plus propre et de plus soigné à l'extérieur que le soldat français. Ses habits sont parfaitement brossés, on n'y peut voir un atome de poussière. Ses souliers sont cirés d'une manière irréprochable ; son ceinturon, ses armes, rien ne laisse à désirer. Et cependant tout cela cache une malpropreté extrême³⁰² ».

Au-delà des procédés d'emphase sur lesquels je ne m'arrête pas, ce plaidoyer pour la « civilisation des mœurs » militaires en matière de propreté corporelle donne à voir des

³⁰⁰ Pour une vue synthétique de la manière dont les épidémies de choléra contribuent à la transformations des conceptions en matière d'intervention sanitaire, voir Jean-Paul Gaudillière, *La médecine et les sciences XIX - XX siècles*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2008, p. 48-65.

³⁰¹ Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, op. cit., p.163.

³⁰² Victor Marchand, *Quelques mots sur la propreté et l'hygiène du soldat*, Dijon, imprimerie J. Marchand, 1871, p.5.

casernes mal équipées qui ne permettent pas que chacun puisse se laver régulièrement. Les bains se prennent « à la rivière » quand la saison le permet (trois mois par an) et les hommes ne disposent au quotidien que « d'une cruche d'eau » dans la chambrée pour boire, se laver les dents, les mains et le visage et leur « *pieds sont d'une saleté repoussante* »³⁰³. Comme tous ceux qui contribuent à construire un fait social en problème, l'officier se fait porteur de solution et c'est d'ailleurs de cette manière qui justifie sa prise de parole :

« Il serait assez peu raisonnable de faire ressortir ces faits, si on n'avait pas à proposer, pour y remédier un moyen, très simple et très-peu coûteux »³⁰⁴.

Facile à construire selon lui, le « bain arabe » ou « bain maure » (Hammam) - dont tous les officiers et médecins qui ont servis en Algérie peuvent attester des bienfaits – serait d'un usage simple à l'armée et efficace pour « s'introduire dans son régime hygiénique et le modifier avantageusement »³⁰⁵. La solution ne sera pas retenue mais deux circulaires de juillet 1872 et janvier 1874 rendent obligatoire l'installation de lavabos en rez-de-chaussée dans les casernes pour la première et l'installation de lavoirs collectifs pour la seconde qui impose aussi aux soldats un lavage quotidien de « *de la figure* », du « *torse* », des « *bras* », et « *de temps en temps des pieds* ». Une circulaire du 14 juillet 1874, stipule que le service obligatoire (la conscription imposée par la loi de 1872) impose ces aménagements et les améliorations visant à « procurer aux hommes le moyen de se livrer aux soins de propreté »³⁰⁶. L'idéologie sanitaire des hygiénistes commande enfin de prévenir les dangers liés à l'accumulation (*i.e* sur peuplement) dans les chambrées et salles communes et de nouveaux standards sont édictés en matière de volume des espaces habités. La circulaire de 1874 qui les édicte précise que les chambres doivent être traversantes, moins densément peuplées, et que leur mobilier doit être remplacé pour favoriser le nettoyage³⁰⁷.

Jean-François Chanet a mis en évidence les difficultés rencontrées par ceux des commandements militaires qui tentent d'appliquer ces mesures, mais il a aussi montré l'importance de la problématique de la salubrité dans la compétition que se livrent les municipalités pour obtenir qu'une garnison s'implante sur leur territoire³⁰⁸. Dans la IV^e région qu'il prend en exemple, les communes de Domfront, Mamers, Nogent-le Rotrou comme Saintes mettent en avant leurs atouts en la matière. Dans l'Hérault, le préfet pousse à l'installation de deux bataillons d'infanterie à Lodève plutôt qu'à Millau parce

³⁰³ *Ibid.*, p. 6.

³⁰⁴ *Ibid.*, p.7.

³⁰⁵ *Ibid.*, p.7

³⁰⁶ Circulaires citées par J-F. Chanet, *Vers l'armée nouvelle*, *op.cit.*, p.237.

³⁰⁷ *Ibid.*, p.230-231.

³⁰⁸ Jean-François Chanet, *Vers l'armée nouvelle. op. cit.*, Voir en particulier le chapitre 8 « La bataille de l'hygiène », p. 225-244.

que la première « *se trouve dans des conditions précieuses pour y assurer la santé et le bien-être des troupes*³⁰⁹ ». Et lorsque l'armée refuse une implantation ou privilège un autre site, les édiles concernés – à l'image du maire de Mende – protestent et combattent les discours et décisions qui nuisent à la réputation de leur ville. Les autorités militaires comme les maires des villes de garnison savent parfaitement que l'augmentation des effectifs dans des locaux vétustes accroît le risque et le nombre de cas d'épidémie. La généralisation de la conscription rend ainsi plus prégnant encore le péril épidémique que les statistiques médicales de l'armée (rapport mensuels et rapports annuels) objectivent. Fièvre typhoïde et tuberculose (phtisie) comptent, à elles seules, pour deux tiers des décès dans les régiments quand le dernier tiers provient des affections de l'appareil digestif (dysenterie, diphtérie) des maladies « *du cerveau* », des « *accidents* »³¹⁰ et des suicides. Sans réifier le niveau réel des exigences sanitaires des autorités militaires (bien difficile à évaluer) ni généraliser plus que de raison ce souci du milieu sain, la démonstration met en lumière la prise en compte de ces nouveaux besoins à l'aide d'un autre indicateur : l'évolution de l'architecture des casernes.

Dans un ouvrage très complet, devenu une référence en la matière dans le dernier tiers du siècle, le médecin-major de 1^{ère} classe Georges Morache (1837 -1906) - alors professeur agrégé à l'école d'application du Val-de-Grâce³¹¹ - donne à voir l'étendue des réflexions en matière d'architecture militaire : « *caserne type linéaire* » et « *type linéaire modifié* » (caserne Saint Charles à Marseille), modèle allemand de la caserne des Schutzen (à Dresde), modèle du « *block system* » anglais (« *le plus conforme au données de la science moderne* ») les projets concurrents sont nombreux³¹². Entre 1874 et 1878, le département de la guerre, qui doit gérer une augmentation sans précédent de ses effectifs suite à la mise en application des lois de 1872 et 1873 sur le recrutement de l'armée adopte un modèle type de caserne inspiré des travaux du colonel Belmas en 1820. Ces constructions se composent de trois « *vastes bâtiments* », de trois étages (deux étages plus combles) pouvant contenir 700 à 800 hommes et disposés sur trois des quatre côté de l'espace carré qu'ils dessinent de manière à permettre une bonne ventilation. Le type « 1874 » écrit Morache n'a pas été partout reproduit à l'identique et « *d'heureuses améliorations* » ont été

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 227.

³¹⁰ Je reviendrai dans le chapitre suivant sur ce que recouvre cette catégorie.

³¹¹ Passé par l'école de médecine navale de Brest (1853), il démissionne de la marine et intègre l'école de santé de Strasbourg (1858). Il passe par le Val-de-Grâce l'année suivante avant de rejoindre l'Algérie ou il affecté (fin 1859) comme médecin aide-major de 2^e classe. Il fait l'expérience de la Chine, de l'armée du Rhin avant d'intégrer l'École d'application du VdG comme agrégé de 1868 à 1874 (il est affecté au service des évacuations de première ligne en 1870). Il fait ensuite 4 ans en Algérie (1874-1878) et revient à Bordeaux où il devient Professeur de médecine légale. Il termine sa carrière comme médecin-inspecteur directeur du service de santé du 18^e CA (1885). Voir au AN son dossier Légion d'honneur : LH/1923/24.

³¹² Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, 1874, *op.cit.* p.263-277.

introduites : décloisonnement des étages, éloignement des écuries, latrines regroupées en petits pavillons et construites sur le modèle « turc » avec fosses étanches.

S'il est mis à contribution le génie militaire n'est pas seul à devoir résoudre l'équation augmentation des capacités de logements, application des principes d'hygiène, économies budgétaires. Le Général Ducrot « légitimiste ardent » impose à Bourges et Autun une « formule architecturale moderniste, conçue par l'ingénieur civil Tollet dans le but d'améliorer la salubrité des casernes³¹³ ». Dans l'armée le système Tollet fait débat. Le cœur du système réside dans la mise en application architecturale de la théorie de l'aréisme qui préconise un mouvement ascensionnel de l'air destiné à l'évacuation des miasmes. Les voûtes ogivales conçues par l'ingénieur répondent à cette préconisation en supprimant les angles (qui emprisonnent l'air) et, surtout, la technique prend en compte les considérations économiques : les voûtes tiennent grâce à des fermes métalliques, reliées par des « nervures en fer double T », et ne nécessitent pas de fondations importantes.

Et l'ingénieur va bien plus loin, il présente un modèle d'hôpital hygiéniste. Implanté hors des centres villes sur de grandes aires ils doivent permettre une répartition des malades en petites unités dans des pavillons à un seul étage dont l'orientation tient compte des vents. Les techniques de ventilation et les moyens d'évacuation des matières souillées sont des impératifs dominant toutes autres considérations dans ces réalisations qui visent au moindre coût. L'air pénètre dans le soubassement des salles s'évacue en montant par des lanterneaux. L'ingénieur a complété l'efficacité du système de ventilation dans ses constructions par de nombreuses recommandations, il notamment préconisé l'installation de toilettes sèches contre les miasmes dont on considère qu'ils prospèrent dans l'humidité.

En matière de casernement, la construction type qu'il propose reprend le principe phare des voûtes ogivales. En rez-de-chaussée uniquement, surélevée et placée sur soubassement en béton - censée protéger de l'humidité – sa proposition reçoit le soutien de plusieurs médecins militaires mais se heurtent au scepticisme voir à l'hostilité des officiers du corps du génie ; polytechnique s'oppose aux Ponts et chaussées³¹⁴. Casimir Tollet (1828-1899) ne désarme pas pour autant convaincu qu'il est de l'urgence d'apporter dans tous les logements collectifs (casernes, hôpitaux et écoles surtout)³¹⁵ - des modifications radicales inspirées de la réforme menée en Angleterre qu'il érige en modèle :

³¹³ Jean-François Chanet, *Vers l'armée nouvelle. op. cit.*, p. 230.

³¹⁴ *Ibid.*, p.231.

³¹⁵ Casimir Tollet, *Les logements collectifs. Casernes*, Paris, 1880.

« d'après les indications d'une commission composée de membres du parlement, de médecins militaires, et d'hygiénistes éminents, a eu pour résultat immédiat de réduire de 8 pour mille la mortalité dans l'armée anglaise ³¹⁶ ».

Une partie de la presse spécialisée (*L'avenir militaire*, *Le journal des sciences militaires*) soutient le vétéran de 1870 (il a servi en qualité d'officier du génie) mais à Autun la municipalité se prononce pour une construction classique à étages. L'affrontement qui s'en suit entre l'officier et l'édile tourne dans un premier temps à l'avantage de ce dernier. Le Général Ducrot peut bien menacer de déplacer la garnison à Troyes, il n'en a pas les moyens. Avec la généralisation du recrutement, les effectifs ont augmenté bien plus rapidement que les capacités de construction et la situation démographique et sanitaire de Troyes ne permet pas de mettre la menace à exécution. Partout les logements manquent et les nouvelles recrues sont logées à l'improviste, souvent dans des combles, non aménagés. Au final, la Caserne Changarnier construite en 1875 au nord de la ville pour accueillir un bataillon d'infanterie (26 baraquements) intègre bien des éléments du système Tollet : les toitures aux charpentes métalliques qu'on retrouve également à Montpellier dans la caserne Chombart de Lauwe où les militaires s'installent en 1907. Georges Morache qui compte manifestement au rang des soutiens de Tollet présente son système dans la deuxième édition de son traité d'hygiène (1886) et indique qu'il « a été appliqué à un grand nombre de constructions collectives sur différents points du territoire ³¹⁷ ». C'est le cas à Bourges où Tollet conçoit le nouvel hôpital militaire entre 1874 et 1878. L'homme, loin de n'être qu'un « entrepreneur de cause », est un aussi et d'abord un entrepreneur en construction qui dépose une dizaine de brevets d'invention entre 1872 et 1900 et une quinzaine de certificats d'addition. En 1881, il fonde la Société Nouvelle de Constructions, Système Tollet qui obtient le marché de construction de l'hôpital Bichat et celui de l'Hôpital civil et militaire Saint-Éloi de Montpellier (achevé et inauguré par Sadi Carnot en 1891)³¹⁸.

Il est difficile de savoir comment ce programme d'assainissement a été exécuté, combien de casernes ont été équipées, « réformées » et d'évaluer la portée des incitations à l'hygiène corporelle. Les travaux de Lion Murard et Patrick Zylberman comme ceux de Jean-François Chanet permettent en revanche de dire que l'armée a été un vecteur essentiel (sinon le principal) de l'hygiène urbaine à partir des années 1870, que celle-ci fut

³¹⁶ Casimir Tollet, *La réforme du casernement ; les bains-douches : réduction de la mortalité dans l'armée française*, Conférence faite le 12 octobre 1877 dans la salle de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, Paris, V.A. Delahaye & Cie, 1877.

³¹⁷ Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, 1886, *op.cit.* p.189.

³¹⁸ Pierre Louis Laget, Claude Laroche, *L'Hôpital en France : histoire et architecture*, Lieux Dits, Paris, 2004 et notamment les pages 162 à 277 : « *De 1830 à 1930, le temps de l'hygiénisme* » dans lesquelles on trouve l'essentiel sur Tollet (« l'avènement de Tollet, p. 218-224).

portée par « l'hygiène des casernes³¹⁹ » souvent contre les maires. La double question de l'approvisionnement en eau de boisson et des systèmes d'évacuation polarise en effet les tensions. Commandants de corps et officiers du génie mettent une forte pression sur les municipalités pour que celles-ci réalisent les travaux d'évacuation et d'amenée d'eau. Souvent forts coûteux, ces travaux d'infrastructures suscitent d'autant plus d'inertie et d'opposition qu'ils sont jugés peu légitimes ou non prioritaires par une partie des édiles, notamment parce que « *la notion d'eau potable est mal saisie*³²⁰ ».

Un processus similaire s'observe en matière d'administration de la prostitution où, comme pour l'hygiène, « *la médecine militaire agit [...] en avant-garde*³²¹ ». Confrontées depuis les années 1850 à une diminution du nombre des maisons de tolérance qui s'accélère dans la décennie 1875-1885 alors que les effectifs de conscrits augmentent de manière inédite, les autorités médico-militaires tentent de contrôler le « petit monde interlope » qui se développe autour des camps militaires. Elles réclament avec insistance aux autorités civiles non pas l'interdiction de la prostitution (elles l'ont toujours tolérée) mais le renforcement des mesures de contrôle sanitaire. Pour endiguer le péril vénérien dont la diffusion menacerait la troupe, elles mettent la pression sur les maires, via les préfets, pour renforcer et améliorer les services d'inspection. Devant ce qu'il interprète comme une faillite des pouvoirs locaux, le Conseil de santé des armées propose même en 1876 d'adjoindre aux médecins civils responsables des visites de contrôle dans les villes de garnison, un médecin militaire.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce réformisme militaire précoce en matière de santé publique c'est qu'il est un pur produit de la dynamique impériale, un effet retour, en métropole, du leadership qu'a capté le service de santé en matière d'hygiène publique à l'occasion des campagnes et expéditions militaires lointaines où, parce qu'elle a pris en charge des populations civiles et s'est attachée à assainir les villes et garnisons, la médecine militaire s'est vite imposée comme un élément déterminant de la politique de puissance. Les travaux de Claire Fredj ne laissent guère de doute à ce sujet, les conquêtes et expéditions coloniales du XIX^e siècle ont été le vecteur d'une universalisation des normes hygiénistes européennes, exportées tantôt par la voie diplomatique, tantôt par la voie des armes. Médecins et ingénieurs (ces « techniciens de l'espace »), se sont partout attachés à décrire, analyser le milieu et les mœurs locales mais aussi et surtout à les transformer pour rendre les pays d'intervention et/ou d'occupations

³¹⁹ L. Murard, P. Zylberman, *L'hygiène dans la république*, op. cit., p.363.

³²⁰ Voir Jacques Léonard, *Archives du corps. La santé au XIX^e siècle*. Rennes, Ouest-France / Université, p. 106-115. Didier Nourrisson, *Le buveur du XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel, coll. « L'aventure humaine », 1990, p.19.

³²¹ Jean-François Chanet, *Vers l'armée nouvelle*, op. cit., p. 242.

plus salubres. Ils travaillent alors, pour l'essentiel, dans deux directions : assainissement des villes et contrôle de la prostitution³²². C'est particulièrement le cas lors de la campagne de Crimée qui entérine et accélère le mouvement « d'occidentalisation » de Constantinople, mouvement engagé depuis quelques décennies déjà quand des casernes et hôpitaux « modernes » furent érigés pour recevoir les militaires. C'est toutefois dans les années 1850, alors que les européens y sont de plus en plus nombreux, que la capitale ottomane devient « un champ d'expérimentation » pour l'hygiène urbaine et portuaire. Et des processus comparables sont à l'œuvre, selon des modalités spécifiques à chaque situation locale, en Chine et Cochinchine comme au Mexique et, évidemment, en Algérie³²³.

En métropole comme aux colonies, la dynamique s'accélère et se renforce dans les années 1880³²⁴ quand le corps de santé s'autonomise et quand la protection sanitaire des collectivités est transformée par l'émergence de la prophylaxie pasteurienne, fondée sur la vaccination et la sérothérapie – qui requalifie (scientifiquement) la lutte contre les maladies sociales (tuberculose, maladies vénériennes, etc.) comme le souligne l'historien Pierre Guillaume

« La découverte du rôle joué par les microbes ou virus par Louis Pasteur, Robert Koch et leurs émules donne une justification scientifique à des pratiques d'hygiène prônées depuis des décennies, mais qui n'avaient de fondements qu'empiriques³²⁵ ».

Autrement dit, l'essor des sciences médicales qu'on appelle « auxiliaires » - essentiellement de la biologie ; Pasteur n'est pas médecin - et leur diffusion en médecine clinique³²⁶ contribuent à légitimer l'hygiène et la médecine sociale. Et là encore, les élites de la médecine militaire sont particulièrement actives dans ce processus en ce qu'elles s'efforcent de construire une médecine scientifique des épidémies.

2.2.3 Construction d'une médecine scientifique des épidémies et autonomisation du corps de santé

Le Val-de-Grâce joue en effet un rôle déterminant dans ce processus et l'histoire de la médecine militaire écrite par ses agents le rappelle sans cesse. Elle insiste notamment

³²² Voir C. Fredj, *Médecine en campagne, médecine des lointains*, thèse citée, p. 538.

³²³ Sur cette question de la diffusion internationale des normes hygiénistes européennes voir *id.* en particulier les chapitres 7 et 9.

³²⁴ L. Murard, P. Zylberman, *L'hygiène dans la république, op. cit.*, p. 363-365.

³²⁵ Pierre Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles 1800-1945*, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996, p. 10.

³²⁶ Sur la dimension non linéaire du processus de réception de Pasteur dans des secteurs du champ différents ou les agents – qui ont mille et une raison de mobiliser (ou non) la théorie pasteurienne - en ont font des usages multiples voir : Bruno Latour, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, coll. « Science humaines et sociales, 2001.

sur l'avant-gardisme de l'École du Boulevard de Port-Royal, en particulier sur la chaire « des maladies et épidémies des armées » dont j'ai dit précédemment qu'elle était souvent présentée comme la première chaire d'épidémiologie de France³²⁷. Sans être tout à fait faux, ce récit mérite néanmoins quelques précisions.

Si en Angleterre le terme est utilisé officiellement dès 1850 avec la fondation de la *London Epidemiological Society*, il apparaît pour la première fois en France dans un dictionnaire médical de référence cinq ans plus tard³²⁸ et désigne de manière large « *les recherches sur les causes et la nature des épidémies* » ; définition que l'on retrouve, presque telle quelle, dans l'édition du Littré de 1905³²⁹. Créée « *de toutes pièces et en dehors de tout précédent* »³³⁰ pour et par Louis Laveran à son retour d'Algérie, la chaire inaugurée en 1856 au Val-de-Grâce n'emploie pas le substantif dans son titre. Laveran ne l'utilise pas non plus dans l'avant-propos au programme officiel de son cours et pas davantage dans les deux mémoires consacrés à la mortalité des armées qu'il fait paraître dans les *Annales d'hygiène publique* en 1860 et 1863³³¹. Le terme apparaît en revanche en 1865 dans les programmes des concours aux emplois de professeur agrégé de l'École impériale d'application qui comptent au nombre des épreuves « *une composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire* »³³². Cette première « épidémiologie » n'a pas grand-chose à voir avec sa définition contemporaine : un savoir biomédical fondée sur une statistique entièrement « mathématisée ». Des années 1850-1860 et jusqu'à l'entre-deux-guerres, elle se construit comme une science des milieux pathogènes et, bientôt, des maladies infectieuses, qui mobilise très largement le dénombrement mais pas les probabilités. On comprend cependant la dimension novatrice de l'entreprise dont le :

« but pratique est de montrer au jeune médecin militaire dans quel cercle son activité pratique aura à s'exercer, de dérouler sous ses yeux le tableau mobile et varié des maladies particulières aux différentes contrées du globe et enfin de réunir dans un même cadre l'histoire médicale des expéditions³³³ ».

Il s'agit de sortir du seul cadre des topographies médicales et monographies épidémiques (mais Laveran continue d'en produire) pour penser le fait épidémique dans son ensemble

³²⁷ Tous les travaux produits par les médecins militaires (déjà cités) y font référence.

³²⁸ Pierre-Hubert Nysten, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires*, Paris, J-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 1855, p. 475. C'est la dixième édition du dictionnaire en 50 ans (1^{ère} édition, 1806) qui pour l'occasion a été remanié par Littré et Robin.

³²⁹ p. 583.

³³⁰ Léon Colin, *Notice sur M. l'inspecteur L. Laveran ex-directeur de l'École du Val-de-Grâce*, Paris, Victor Rozier, 1879, p.6.

³³¹ Louis Laveran, « Recherches Statistiques sur la cause de la mortalité de l'armée servant à l'intérieur », *AHPML*, 1860, art.cité, et « De la mortalité des armées en campagne du point de vue de l'étiologie, *AHPML*, 1863/2, n°19, p.241-279.

³³² *Bulletin de la médecine et de la pharmacie militaires*, Paris, 1865, tome 4, p.403.

³³³ Cité dans Léon Colin, *Notice sur M. l'inspecteur L. Laveran ex-directeur de l'École du Val-de-Grâce*, op. cit.

du point de vue son étiologie. Pour Léon Colin (1830-1906) qui lui succède à la tête de la chaire et se pose en héritier, « *la classification des maladies du soldat, d'après leur étiologie, correspondait au but suprême du cours, la prophylaxie* ». Dans l'introduction du long article qu'il consacre aux « épidémies » dans le 35^e volume du *Dictionnaire des sciences médicales* le médecin inspecteur Colin résume bien la transformation qui s'opère - depuis un peu plus d'un quart de siècle au moment où il écrit (1887) :

« L'hygiène et la médecine publique perdent de plus en plus leur caractère spéculatif, et chaque jour éclate une preuve nouvelle de l'importance immédiatement pratique de l'étude des maladies des masses et des moyens de les prévenir ou de les arrêter ».

Cette courte citation est doublement intéressante. D'abord parce qu'elle donne un indice de la légitimité acquise par les médecins militaires les plus proches du centre parisien du champ médical en matière de médecine des épidémies ; dans le dictionnaire des sciences médicales (le titre en lui-même est un indicateur) ce n'est pas le titulaire d'une chaire de clinique de faculté de Paris qui tient la plume, mais un homme du Val-de-Grâce. Ensuite, parce qu'elle résume à elle seule la transformation qui s'opère depuis presque un quart de siècle: le phénomène épidémique est devenu un objet d'étude autonome autour duquel se construit, non pas encore une discipline ou une spécialité, mais un champ de savoir, un savoir médical nouveau, centré sur la compréhension des causes (et non des signes), qui se présente et se pense comme scientifique et qui est destiné à prévenir.

Indice du rapport de force favorable à la démarche boulevard de Port Royal, c'est l'inspecteur Laveran, ami et héritier de Levy, qui prend la direction de l'École d'application à sa suite en 1872 (et jusqu'à sa retraite en 1875). Sous sa direction et après la fermeture de l'École consécutive à la perte de Strasbourg la formation des futurs médecins militaires est réorganisée. Après que les promotions de 1867, 1868, 1869 aient été rassemblées à Montpellier pour achever leur cursus, Laveran obtient du ministre de la guerre de pouvoir revenir au système des hôpitaux d'instruction mais en l'associant à la formation universitaire. Les étudiants ayant 4,8 et 12 inscriptions en médecine sont répartis dans les villes de France à la fois d'écoles ou Facultés de médecine et d'hôpitaux militaires ou mixtes. À leur 16^e inscription (4^e année), ils entrent au Val-de-Grâce ou ils complètent leur instruction jusqu'à l'obtention de leur doctorat. Ils reçoivent ensuite un enseignement pratique visant à les former à la fonction d'aide-major. Ce système qui d'une certaine manière généralise le fonctionnement adopté à Strasbourg entérine surtout la main mise universitaire sur la formation. Adopté par décret le 5 octobre 1872, il fonctionne pendant 16 ans jusqu'à l'ouverture de l'École du service de santé de l'armée de terre à Lyon en 1889. Mais Laveran travaille aussi à réformer l'enseignement en interne dont il a fait « *élaguer du programme les exposés théoriques* » au profit d'un enseignement

pratique destiné à mettre les élèves « *en face des besoins réels de l'exercice journalier* » de la « profession »³³⁴. C'était « *presque une petite révolution* » dans cette institution où l'on se « *plaisait alors à parler Ex-cathedra* » écrit Alfred Mignon³³⁵. Le successeur (il est lui aussi directeur au moment où il écrit ces lignes) force sans doute le trait. La réorganisation n'en est pas moins significative d'un changement de conception de l'activité médicale, de ce qu'elle doit être dans l'armée et sans doute au delà. Accordant une place plus grande aux sciences auxiliaires (physique, chimie, biologie), à la démarche expérimentale et aux savoir-faire techniques, les patrons de la médecine militaire travaillent à l'autonomiser, à la relégitimer par la science.

Ces évolutions doivent cependant être nuancées car le Val-de-Grâce est bien peu représentatif de l'ordinaire de la médecine militaire. Les élites du SSM en lien avec l'Académie et Faculté participent certes de la production de connaissance en matière d'hygiène et de lutte contre les maladies infectieuses mais on sait fort de peu chose de la manière dont celles-ci sont reçues, mises en œuvre (ou non), par les médecins des infirmeries régimentaires ou des hôpitaux mixtes de provinces dont le quotidien est loin de la recherche. Les travaux de Claire Fredj ont bien montré que la carrière n'était ni une voie de relégation, ni un pis-aller pour les agents du corps de santé mais ils ont aussi mis en évidence les carences d'un service qui à Constantinople, comme en Chine ou au Mexique doit faire appel à des médecins civils, des « commis » qui sont loin de présenter toutes les garanties nécessaires au plan professionnel³³⁶. (p. 523-530). Dans ce contexte la production académique et scientifique des médecins dans les années 1860-1870 en ont parfaitement rendu compte : les ambitions scientifiques entretenues par le service de santé – qui trouvent dans les mondes lointains un terreau fertile – sont indissociables des revendications sociales et professionnelles des médecins militaires et des mobilisations pour l'autonomie qui s'intensifient dans les années 1870. Malgré le faible degré d'autonomie du champ politique³³⁷, ces dernières trouvent des relais nombreux dans la presse et au parlement pour mettre fin à « *la longue querelle de la compétence contre le fonctionnarisme* », parce que « *réclamer pour les médecins, c'est donc plaider pour les clients, et la cause d'une catégorie de fonctionnaires n'est autre que la cause de l'armée* »³³⁸. Si elle résume bien la stratégie politique qui se déploie au lendemain de la défaite de 1870, la formule de l'écrivain catholique et libéral Augustin Cochin (1823-1872), opposant au Second Empire, est loin de faire l'unanimité. Certes l'idée d'une réforme complète de

³³⁴ Alfred Mignon, *École du Val-de-Grâce, 1852-1914*, Paris, impr. du Val-de-Grâce, 1914, p.37.

³³⁵ Id., p.38.

³³⁶ Claire Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains*, op. cit., p.523-530.

³³⁷ Voir Delphine Dulong, *La construction du champ politique*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Didact Sciences politiques », 2010.

³³⁸ Augustin Cochin *Revue des Deux Mondes*, T.90, 1870.

l'armée gagne en légitimité chez les élites - y compris militaires-, mais le primat des compétences sur le pouvoir administratif centralisé n'a rien d'une évidence. Au contraire, ce principe de légitimité est au cœur des affrontements qui opposent les monarchistes aux républicains et aux « nouvelles couches » sur lesquelles ils s'appuient pour imposer la fondation d'un nouvel ordre politique. C'est dans ce contexte qu'entre 1872 et 1879 l'armée française est complètement réorganisée³³⁹ et que la question de l'autonomie du service de santé devient un enjeu dans le champ politique.

En 1874, un premier projet de loi préparant l'autonomie du service est présenté, mais il ne sera pas voté avant que Mac-Mahon, le 25 juin 1877, ne dissolve la Chambre. Les partisans de l'autonomie durent alors attendre 1880 et la présentation d'un projet de loi sur la réforme de l'administration de l'armée pour avoir une occasion de reprendre la main. Dans l'intervalle, Jean Auguste Berthaud (1817-1881)³⁴⁰, ministre de la guerre des cabinets Simon et de Broglie (le 3^e) et intime du maréchal-président, a réorganisé l'administration centrale du ministère en regroupant les services en directions autonomes. La réforme toutefois, ne concerne pas le service de santé (il reste sous la coupe de l'intendance) à l'exception des structures hospitalières de l'armée qu'elles remanient en profondeur³⁴¹.

Le ministre général Farre (1816-1867) avait pourtant préparé un projet sanctionnant l'indépendance totale de l'administration de l'armée dont il était un soutien déclaré. Face à cette dernière - qui dénonce la loi de 1873, défend le retour aux principes et règles en vigueur sous le Second Empire et comptent au rang de ses soutiens des généraux, la commission de la Guerre et plusieurs députés influents (Data, La Veille, Tapissier) -, les services, et notamment le corps de santé, peuvent compter sur le Sénat qui a préparé, lui, un projet subordonnant l'intendance au commandement ce qui, de fait, libèrerait le SSM de l'emprise administrative. Bien qu'elle perde rapidement le contrôle de la commission de la guerre qui se rallie au projet du Sénat après que rapporteur ait été remplacé la veille du débat (17 juin 1880) par un de ses plus farouches adversaires, l'administration militaire parvient à empêcher le vote du texte défendu par le Sénat : le ministre annonce le dépôt,

³³⁹ Création du Comité Supérieur de la Guerre dont les bureaux (2 en 1872, 6 en 1874) deviennent le cœur de l'exécutif militaire, nouvelle loi sur le recrutement et esquisse d'une régionalisation, nouvelle carte militaire, effort de fortification inédit depuis Vauban (système Serré de Rivières), construction d'un réseau ferré adapté aux besoins de l'armée, perfectionnement de l'armement etc.

³⁴⁰ Le général Berthaud un « Saint-Cyrien (reçu 1^{er}) à la carrière classique ; il fut aide de camp de Canrobert [et] collabora étroitement avec Mac-Mahon à l'armée de Versailles ». Olivier Forcade, Éric Duhamel, Philippe Vial, *Militaires en République, 1870-1962. Les officiers, le pouvoir et la vie publique en France*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1999, note 12, p 115.

³⁴¹ Loi du 7 juillet 1877 sur « l'organisation du service hospitalier de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hôpitaux civils », Journal Militaire Officiel 1883, n°112, 335.p. Elle réduit le nombre des hôpitaux militaires à un par corps d'armée

sous 48 heures, d'un nouveau projet de loi et la discussion parlementaire s'arrête là. Le nouveau projet gouvernemental ne sera jamais présenté. La commission de la Guerre s'attache alors à produire elle-même un nouveau texte, très proche de celui du Sénat, quoique moins favorable aux officiers de santé en dépit d'effectifs revus à la hausse (1 235 contre 1 153). Le texte est distribué aux députés en février 1881 et après reports et ajournements il est adopté en dernière lecture à la Chambre le 16 mars 1882³⁴². Mais le texte, qui prévoyait l'autonomie complète du service, a été remanié lors de son passage au Sénat en juillet. Les postes de directions (service de santé des corps d'armée et hôpitaux) leur reviennent, ils peuvent engager des dépenses urgentes (sur ordre) et ne reçoivent désormais plus d'ordre des intendants et sous-intendants mais uniquement du commandement. Les effectifs sont augmentés (1 300 officiers) et de service dispose depuis lors d'une direction autonome au ministère de la guerre (7^e) qui revient elle aussi à un médecin. La rupture toutefois est loin d'être totale. L'intendance dispose du contrôle des dépenses et un corps de 80 contrôleurs est créé pour en assurer la gestion (pour toute l'armée). L'administration militaire garde ainsi la main sur les approvisionnements, le matériel et les marchés. L'autonomie complète interviendra, elle, 7 ans plus tard (le 1^{er} juillet 1889) sous le ministère de Freycinet qui a largement contribué à la rendre possible³⁴³. Cette autonomie enfin conquise est insociable d'une autre transformation décisive dans l'organisation de l'armée : l'adoption de la seconde loi de généralisation de la conscription votée le 15 juillet 1889 (loi de trois ans ou « Freycinet ») dont les discussions, entamées dès 1884, ont contribué à définir l'espace des possibles en matière de santé. Conçu et pensée comme une mesure d'égalité devant le service, comme un compromis social,³⁴⁴ On comprend mieux dès lors la réaction du ministre à la critique feutrée de Brouardel et leur confrontation dont a retracé brièvement l'histoire en ouvrant ce chapitre. L'organisation de l'armée à partir de 1889 doit beaucoup à l'ancien sénateur et les attaques à l'encontre de la politique sanitaire de l'institution mettent en jeu l'équilibre sur lequel repose le nouvel édifice.

3 « L'armée menace la race » : les logiques sociales des mises en causes politiques de la santé militaire (1890-1914)

En déplaçant la focale vers le champ politique ou, plus exactement, en élargissant l'espace des interactions observées pour y intégrer les mises en cause politiques de l'armée

³⁴² Sur les luttes et oppositions au projet de réforme de l'administration de l'armée voir Alain Mounier Khun, *Les médecins militaires français au XIX^e siècle*, p 540-555.

³⁴³ *Ibid.*, p 555-566.

³⁴⁴ Avec le passage au Sénat elle devient une loi d'égalité devant l'obligation de service et en réduit nettement la portée « démocratique ». Voir Annie Crépin, *Histoire de la conscription, op. cit.*, p. 300-301.

par les parlementaires, la démonstration s’attachera dans un troisième et dernier temps à montrer qu’au tournant du siècle, se joue une lutte symbolique entre la Guerre et ceux qui sont devenus, en deux décennies (1875-1895), les maîtres de la Troisième république. Les réalisations en matière d’hygiène dans l’armée sont bien réelles et, surtout, leur nécessité n’est plus de l’ordre du discutable. La troupe est désormais conçue comme une population dont la santé est un capital à faire fructifier pour les hygiénistes militaires qui travaillent à faire de l’armée une école de l’hygiène et le ministère défend, chiffres à l’appui, l’idée d’une amélioration continue de la condition sanitaire aux armées depuis le début des 1880. Mais durant cette phase d’autonomisation relative du champ politique, trois phénomènes étroitement solidaires contribuent à faire advenir l’idée que l’institution militaire, loin d’être un fer de lance de la santé publique comme elle le revendique, produit au contraire une grande vulnérabilité sanitaire et sociale. Dans la littérature populaire et la presse politique, les dénonciations de mauvais traitements subis par les conscrits et les critiques publiques à l’encontre de la médecine militaire se multiplient (3.1). Ces dernières trouvent des relais parmi les promoteurs de la lutte contre les fléaux sociaux et les défenseurs d’un « pacifisme bourgeois » qui font du service et de la préparation militaire une « menace pour la race » et pour la défense de la Patrie (3.2). Fort malléable, cette grille de lecture « dépopulationniste » ouvre des perspectives politiques à des acteurs très différents, elle autorise à justifier une critique de l’armée fondée en raison scientifique mais elle a aussi des effets contradictoires, entre légitimation et segmentation de la cause.

3.1 De l’antimilitarisme à la réforme sociale : construction et élargissement de la cause (1892-1904)

Dans la thèse qu’il a consacrée au corps des sous-officiers (de 1872 à 1914), Mathieu Marly analyse en détail la construction de la figure du « sous-off » dans les trois genres littéraires qui composent la « littérature de caserne » : le « genre pittoresque » (Jules Noriac, *101^e Régiment*, 1858), le « comique troupier » (Georges Courteline, *Les Gaietés de l’Escadron*, 1886) et le « roman de caserne » (Lucien Descaves, *Sous-Off*, 1889). Destinée à « mettre en type » la vie militaire pour un public encore peu au fait de ses réalités, la veine pittoresque, qui « connaît peu d’imitateurs après 1872 » n’est ni construite ni reçue comme « une mise en cause de l’institution militaire ». Plus subversif à priori, le comique troupier – dont les ventes progressent dans les années 1880 avec l’essor du roman populaire – tourne en ridicule la vie militaire et permet une forme de contestation ou de mise à distance par la dérision. Offrant « une compensation symbolique aux rigueurs de la vie de la caserne » au moment où seconde loi sur le recrutement généralise les obligations

militaires (1889) il participe toutefois moins de « *la critique du service militaire que [de] son appropriation* » par les civils³⁴⁵.

3.1.1 Brutalité et mauvais traitements, les premières mises en cause du SSM au Parlement

Il en va autrement des romanciers naturalistes et réalistes qui dans les années 1880 se livrent à une critique acerbe de l'institution et des mœurs militaires. Pour Mathieu Marly, l'ambition artistique (bien réelle) s'articule dans ces œuvres à une critique politique souvent très explicite (mais pas toujours) et s'accompagne parfois d'une stratégie de diffusion qui fait du scandale un moyen de dynamiser les ventes³⁴⁶. La dimension politique du phénomène littéraire « roman de caserne » est d'autant plus manifeste qu'il se déploie dans une séquence historique caractérisée par la mise en cause politique de l'armée. Émergeant avec les premiers « remous boulangistes », il décline lors de la « crispation patriotique » qui succède à « l'agitation sociale des années 1900 » et à l'affaire Dreyfus. Sous la plume du dramaturge Abel Hermant (1862-1950) ou de l'écrivain naturaliste et libertaire Lucien Descaves (1861-1949), l'antimilitarisme mobilise les topiques du discours « décadentiste » qu'il alimente en retour. Lieu de l'arbitraire et de l'injuste, la caserne est aussi présentée comme le terreau de tous les vices - notamment pour les ruraux déracinés-, et le service comme le fossoyeur « d'une race » affaiblie par la vie militaire ou règne l'alcoolisme et la syphilis. De la même manière que le « sous-off » incarne l'absurde violence de la vie militaire, la figure du « major », médiocre médecin, officier inhumain et zélé, toujours prêts à débusquer les simulateurs et prompt à la sanction disciplinaire, personnifie l'incurie de l'administration sanitaire et la brutalité du gouvernement des corps dans l'institution militaire : « *Un in-folio n'y suffirait si l'on voulait établir la statistique de tous ceux qu'ont tués, estropiés la médecine et la chirurgie militaire* » écrit Descaves. Lors de son procès en assise (janvier-mars 1890) son avocat ajoute : « *Le service médical. [...] je ne sais plus quel grand écrivain disait que depuis un demi-siècle, il avait couté plus d'hommes que le feu* »³⁴⁷.

Considéré comme un épiphénomène au plan littéraire, le roman de caserne participe de la formation, dans les années 1890, d'un espace d'engagement antimilitariste où se retrouvent des fractions de la bourgeoisie intellectuelle (jeunesses socialistes³⁴⁸ et « avant-

³⁴⁵ Voir M. Marly, *L'âme des régiments*, thèse citée, p.118.

³⁴⁶ *Ibid.*, p.120.

³⁴⁷ Compte rendu de l'audience du 15 mars 1890 publié dans l'édition de « Sous-off » d'Henri Mitterand, p. 441-516.

³⁴⁸ Yolande Cohen, « 29. L'émergence des mouvements de jeunesse contestataires », dans Michel Pigenet *et al.*, *Histoire des mouvements sociaux en France*, La Découverte « Poche/Sciences humaines et sociales », 2014, p. 324-334.

gardes syndicales des instituteurs » par exemple)³⁴⁹ et des composantes du mouvement ouvrier (les anarchistes qui fondent en 1902 la ligue antimilitariste³⁵⁰ et des organisations syndicales comme la CGT, fondée en 1895). La dénonciation de la dégradation morale provoquée par la caserne, avec le développement de l'alcoolisme et des maladies vénériennes rejoint et alimente les angoisses démographiques des élites républicaines - notamment des hygiénistes et des réformateurs sociaux - et contribue à la politisation de la question sanitaire (dans l'armée). Mais en portant la critique sur le terrain de la santé des conscrits, l'antimilitariste donne aussi du grain à moudre aux détracteurs de l'armée nationale républicaine. En témoignent les virulentes campagnes de presses menées contre le service de santé et les médecins militaires par l'extrême-droite anti-républicaine mais également par l'opposition dreyfusarde entre 1892 et 1906³⁵¹. *L'Autorité* – organe de presse du député bonapartiste du Gers Paul de Cassagnac (1842-1904)³⁵² et *L'intransigeant*, quotidien radical du soir rallié au boulangisme, notoirement antisémite (et antidreyfusard), se partagent en effet, avec *L'Aurore*, journal républicain socialiste et dreyfusard lié à la ligue des droits de l'homme, le monopole du discours en la matière.

Le 27 janvier 1899, le nouveau député socialiste des Ardennes Gaétan Albert-Poulain (1866-1916), interpelle le ministre de la Guerre sur le cas de deux soldats³⁵³. Le premier appartient à un régiment de l'Est et aurait été frappé par un caporal, au point de devoir subir une intervention chirurgicale lourde. Le second, en garnison au fort de Commercy, se serait présenté cinq fois devant le médecin du régiment qui aurait refusé de le reconnaître malade. En permission pour Pâques, il consulte un médecin parisien qui le déclare gravement malade. À son retour au régiment, sa mère fait parvenir « *une lettre désespérée et en même temps sévère*³⁵⁴ » au colonel commandant le régiment et le conscrit est

³⁴⁹ Jean-François Chanet, « La férule et le galon. Réflexions sur l'autorité du premier degré en France des années 1830 à la guerre de 1914-1918 », *Le Mouvement Social* 2008/3 (n° 224), p. 120. DOI 10.3917/lms.224.0105.

³⁵⁰ C'est l'ancienne Ligue Antipatriote, fondée en 1886. La LAM est fondée, entre autres, par H. Beylie, Libertad, Janvion et Yvetot. Elle participe au congrès antimilitariste d'Amsterdam de juin 1904. Miguel Almeyda y représente les anarchistes français. À l'issue du congrès, une Association Internationale Antimilitariste est créée et la Ligue française devient une section de cet organisme. Sur l'antimilitarisme entre 1890-1914 voir les classiques Raoul Girardet, *La Société militaire dans la France contemporaine (1871-1914)*, Paris, Plon, 1953 et Jean-Jacques Becker, *Le Carnet B. Les pouvoirs publics et l'antimilitarisme avant la guerre de 1914*, Paris, éditions Klincksieck, 1973, 226 p. Voir aussi Libertad Albert, *Le culte de la charogne. Anarchisme, un état de révolution permanente (1897-1908)*. Agone, « Mémoires sociales », 2006, 468 pages.

³⁵¹ Voir Roland-Paul Delahaye, « Les campagnes de presses antimilitaristes dirigées contre le Service de Santé Militaire (1890-1910) », *Histoire des sciences médicales*, 1993/4, n°27, p.325-334.

³⁵² Voir [http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/%28num_dept%29/1488] (consultée le 29/3/2018)

³⁵³ Il est élu pour la première fois élu aux législatives de novembre 1898. Cf. Journal Officiel de la République Française (noté JORF ensuite), *Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu de la séance du 27 janvier 1899* : « Discussion de l'interpellation de M. Poulain sur les traitements infligés à quelques un de nos soldats et les mauvais soins qui leur sont donnés », p.194-197.

³⁵⁴ *Ibid.*, p 194.

hospitalisé. Après quelques semaines, il est placé en « congé de convalescence » et renvoyé chez lui où, après 5 mois, il décède. L'ancien secrétaire général de la Fédération nationale des ouvriers métallurgistes de France ne cache pas ses objectifs : à travers ces deux cas qu'il expose à la Chambre, c'est bien sur le problème, plus général, des brutalités ordinaires et des manques ou refus de soins, que porte l'interpellation³⁵⁵.

Charles de Freycinet - redevenu ministre de la Guerre en pleine Affaire Dreyfus³⁵⁶ -, désamorce. Pour lui, le premier cas est réglé puisque l'homme « *admirablement opéré à l'hôpital militaire de Châlon* ³⁵⁷ » est guéri. Et le ministre s'attache surtout à dissocier l'intervention chirurgicale du coup « *fort léger, presque insignifiant* ³⁵⁸ » reçu : l'opération aurait été justifiée selon lui par une pathologie antérieure, dont le soldat souffrait de longue date. Refusant de reprendre son service malgré trois certificats attestant de son aptitude, le soldat écope de « *la salle de police et quelques jours de prison* » avant que le ministre ne décide de le changer de régiment pour « effacer » son passif disciplinaire. En résumé, il n'y a ni affaire, ni scandale car il n'y a pas une armée sur le continent « *où les supérieurs se montrent aussi humains, aussi bienveillants et aussi indulgents pour leurs subordonnés* ³⁵⁹ ». Bien qu'il n'ait que « *deux mots à dire* » sur le second cas à propos duquel, avisé de fraîche date, il n'a pu mener d'enquête, sa réponse est des plus instructives. L'homme atteint d'une « bronchite » qui a dégénéré en « fluxion poitrine » a été hospitalisé pendant deux mois puis il est parti en congé de convalescence avant de revenir et d'être à nouveau renvoyé chez lui. En résumé, si le soldat « *malheureusement [...] est mort* », l'administration de la guerre n'en est pas comptable. Mieux, le ministre déplace à son tour le débat du cas particulier vers le général et affirme que :

« Les prescriptions sanitaires sont données avec tant de soins et appliquée de manière si générale dans l'armée que, depuis une vingtaine d'années, l'amélioration de la santé des soldats et la diminution de la mortalité ont été constamment en s'accroissant ³⁶⁰ ».

Il rappelle que les réformes menées par lui et poursuivies par ses successeurs depuis dix ans ont abouti à une diminution de 60% de la mortalité typhoïdique et que la mortalité générale a « *diminué depuis vingt ans des deux cinquièmes dans l'armée* ». Pour de Freycinet « *il n'y a pas une armée en Europe où la mortalité soit plus faible que la nôtre* ». Malgré la tentative du député pour recentrer la discussion sur le refus de soin et la

³⁵⁵ *Ib.*

³⁵⁶ Il est ministre de la guerre d'avril 1888 à janvier 1893 puis de novembre 1898 à la chute du 5^e cabinet Charles Dupuy (1851-1923) juin 1899. Waldeck-Rousseau nomme alors les généraux de Gallifet (1831-1909) et André (1838-1913) respectivement ministre et secrétaire d'État à la Guerre de son gouvernement de « Défense républicaine ».

³⁵⁷ JORF, *op-cit.*, p.195-196.

³⁵⁸ *Ibidem.*

³⁵⁹ *Ibid.*

³⁶⁰ *Ibid.*

responsabilité l'armée, l'échange s'arrête là. À ma connaissance, personne, ni à la Chambre ni en dehors, ne critique ou ne discute publiquement l'assertion officielle : la France, en 1899, dispose de l'armée la plus saine d'Europe.

3.1.2 L'Armée la plus saine d'Europe ?

Trois ans après la démonstration satisfaisante et pour le moins optimiste du ministre de Freycinet, le discours public tenu par la Guerre change radicalement. Suite à la parution dans la presse allemande d'un article comparant la mortalité dans les armées des deux cotés du Rhin, le très républicain Général André, ministre du cabinet Combes, accepte de répondre devant le Sénat à une question d'André Gotteron (1849-1930) qui précise la lui avoir posée un mois plus tôt en privé³⁶¹. Le Sénateur de la Gauche Républicaine explique alors à la tribune que la *Koelnisch-Zeitung* (la Gazette de Cologne) a fait paraître un article comparant les données issues de la SMA aux statistiques allemandes. L'élue de la Haute-Vienne rapporte alors les chiffres (reproduit dans un journal militaire français) publiés Outre-Rhin. Sur un effectif à peu près équivalent (512 000 hommes pour la France, 514 000 pour l'armée allemande), la comparaison fait ressortir une morbidité et une mortalité bien supérieures dans les troupes françaises qui enregistrent pour l'année en question (1900) presque le double de malades (57 524 contre 28 193) et, surtout, des « pertes annuelles » quasiment cinq fois supérieures (2 131 morts contre 433). Mais il y a plus selon Gotteron, parce que le journal allemand s'est trompé « et pas en notre faveur » dit-il. À la lecture du « bulletin de statistique déposé à la bibliothèque du Sénat », les décès par maladies lui apparaissent en effet « beaucoup plus considérables ». En 1900, ils seraient de 2 412 pour les troupes de l'intérieur et 864 pour les troupes de l'Algérie-Tunisie, soit presque 3 300 morts dans l'année, de la typhoïde en premier lieu (776), de la tuberculose ensuite (511). Depuis 1871, l'armée allemande aurait ainsi perdu l'effectif d'une division d'infanterie (13 000 hommes), la France l'équivalent de trois corps d'armée (99 000 hommes).

S'il conteste les chiffres présentés et rappelle les mesures prises pour la « conquête de l'eau », notamment par de Freycinet, ont permis de diviser par 5 le chiffre de la mortalité typhoïdique entre 1889 et 1901, le ministre fait sien le constat du sénateur : « *la mortalité de l'armée française est effrayante* ». Loin d'être la plus faible d'Europe, elle « *atteint la quadruple de la mortalité de l'armée allemande* ». La responsabilité toutefois n'incombe pas tout entière à l'armée. Les phénomènes épidémiques, en particulier la typhoïde, s'expliquent avant tout pour lui par l'insalubrité des villes de garnison et ils ne

³⁶¹JORF du 26 novembre 1902, *Débats parlementaires -Sénat*, compte-rendu *in extenso* de la Session extraordinaire du 25 novembre 1902, p.1161-1164. Sauf mention contraire, toutes les citations sont extraites de ces pages.

diminueront pas « *tant que les communes n'auront pas pris les mesures hygiéniques indispensables* ». Le ministre reconnaît par ailleurs que les conseils de révision, parce qu'ils ont été intégrés l'injonction tacite de remplir les casernes (il faut faire du chiffre), ne sélectionnent pas assez drastiquement. Or c'est précisément là le problème à ses yeux, la France tire le même effectif annuel que l'Allemagne avec une liste d'inscrits presque trois fois plus réduite (1 200 000 d'hommes contre 450 000). Elle mène en matière d'effectifs une politique quantitative et non qualitative.

En 1903, le docteur Lowenthal présente, lors d'une séance de la Société de Statistique de Paris dont il est membre, une communication consacrée aux statistiques de la mortalité aux armées³⁶². La démonstration revient sur les conclusions présentées le 27 janvier 1899 au Palais Bourbon par Freycinet et conteste les fondements mêmes de l'opération statistique qui permet aux ministres successifs (Freycinet comme André), en s'appuyant sur les chiffres fournis par la direction du SSM, de conclure à une baisse de la mortalité militaire sur les dernières années du XIX^e siècle. Les taux de mortalité ne sont qu'un indicateur parmi d'autres de l'état sanitaire de l'armée, les hygiénistes civils ou militaires le savent parfaitement et Lowenthal ne manque pas de le rappeler. Pour lui les données relatives à la morbidité sont bien plus significatives et permettent de montrer que la baisse observée sur la période est en réalité le produit d'une hausse sans précédent des taux de réforme que la catégorie statistique «taux de mortalité» permet de dissimuler. Pour Lowenthal, il n'y a pas de doute, si la mortalité baisse, c'est parce que l'armée renvoie les jeunes conscrits « *mourir chez eux* ». L'intention qui est ici la mienne n'est pas d'établir ou d'invalider les faits en une sorte de jugement rétrospectif mais de montrer que sous la République Radicale se joue une lutte de définition : l'armée est-elle un terrain d'expérimentation, un lieu de prévention idéal, un domaine d'action primordial et « naturel » pour l'hygiène ou, au contraire, un puissant vecteur épidémique et une cause d'affaiblissement démographique et dégénérescence morale ? Il ne s'agit pas ici de trancher mais de signaler qu'entre ces interprétations extrêmes se déploie un continuum de lectures et de positions, de manières de formuler la problématique santé aux armées. Mais ces deux lectures, qui au départ ne sont pas forcément opposées, deviennent peu à peu mutuellement exclusives l'une de l'autre.

Le clivage s'affirme et se polarise nettement avec l'adoption de la loi sur le recrutement militaire - dite des « deux ans » - le 21 mars 1905. Cette dernière étape de la généralisation de la conscription (après les lois militaires des 27 juillet 1872 et 15 juillet 1889), aussi imparfaite soit-elle, se traduit en effet par l'arrivée dans les dépôts de corps de

362 V. Lowenthal, «L'état sanitaire de l'Armée en 1900», *Journal de la Société de Statistique de Paris*, Tome 44, 1903, p. 158-179. Je n'ai pas réussi à l'identifier ni dans les annuaires médicaux, ni dans les bases de données Légion d'Honneur.

troupe de jeunes hommes appartenant à des classes sociales qui jusqu'alors pouvaient encore espérer échapper aux dangers de la vie de caserne. Les promoteurs de la logique préventive ne se privent pas de mobiliser ce registre de politisation, de jouer sur la peur des familles bourgeoises pour tenter de construire une convergence d'intérêts entre de classes et le discours de race se prête bien à cette stratégie interclassiste. L'introduction de *Pour la race, notre soldat, sa caserne* (1909), publié par le président (« gauche radicale ») de la commission d'hygiène publique de la Chambre, le médecin Édouard Lachaud (1857-1923), donne à voir cette stratégie rhétorique interclassiste :

« La loi sur le recrutement de l'armée vient donner une actualité nouvelle à cette question de l'hygiène militaire [...] à l'indifférence absolue a succédé un intérêt qui s'accroît chaque jour [...] parce que toutes les classes de la société, confondant leurs enfants sous les plis du drapeau, se rendent compte beaucoup mieux qu'autrefois des dangers qui menacent nos soldats³⁶³ ».

Le livre, qui est une charge virulente contre l'armée et la médecine militaire (pour la bonne cause, celle des conscrits) ne montre pas que la loi de 1905 a entraîné une augmentation de l'importance sociale de la mort, de la blessure et de la maladie aux armées. La chose par ailleurs n'a qu'une importance relative. Ce qui rend l'ouvrage intéressant c'est qu'il articule dénonciation des brutalités, mauvais traitements, négligences etc. à la question de la prévention et des soins, et qu'en définitive, il plaide pour une autre administration du capital humain dans l'armée. À l'économie disciplinaire qui caractérise l'institution doit se substituer un régime d'administration des hommes fondé en raison médicale et scientifique. Poser le débat en ces termes c'est poser la question de la répartition des pouvoirs dans l'armée en matière d'hygiène et de santé mais pas seulement. Dès lors que les conscrits sont une population dont il faut préserver, entretenir et faire fructifier la santé (pour le bien de la race), c'est le monopole de gouvernement du commandement sur le corps du troupier qui est mis en jeu.

3.2 Mises en cause du Commandement et luttes pour le gouvernement des corps aux armées

La question qui se pose c'est celle des pouvoirs du médecin militaire dans un corps de santé qui, s'il est libéré de la tutelle de l'intendance, reste entièrement soumis (à tous les échelons), au commandement. C'est donc toujours (encore) la question de l'autonomie des médecins dans l'institution qui est au cœur des luttes. On le voit dans tous les débats qui intéressent la santé des troupes et la médecine militaire dans les années 1900 (ses effectifs, son statut etc.) mais c'est particulièrement net dans les deux années qui

³⁶³ Édouard Lachaud, *Pour la race, notre soldat, sa caserne*, Paris, Charles Lavauzelle, 1909, p.5. Les passages soulignés sont de mon fait.

précèdent la guerre. Deux affrontements dans le champ politique l'illustrent bien : celui de 1912 au sujet « des appellations » (3.2.1) et celui qui survient à l'occasion du vote de la loi des trois ans en 1913.

3.2.1 Les services sont des auxiliaires du commandement

En juin 1912, le député et médecin Édouard Lachaud, membre de la commission d'hygiène publique de la Chambre, peut enfin développer une interpellation dont il a déposé en octobre 1911 la demande de mise à l'ordre du jour³⁶⁴. Il interpelle alors le gouvernement sur l'état sanitaire du corps expéditionnaire du Maroc dont les effectifs sont décimés par la dysenterie et la fièvre typhoïde³⁶⁵. Si l'exposé semble mettre en cause un service de santé qui n'a tiré aucune leçon des désastres sanitaires des expéditions de Tunisie, du Tonkin, de Madagascar et d'Afrique occidentale, l'argumentaire déployé change en réalité très vite de cible. Messimy, devenu ministre, avait pris soin, dans l'intervalle confortable que la Chambre lui avait fourni (octobre à juin), d'envoyer sur place un médecin-inspecteur (Paul Chavasse) qui introduisit, au dire de Lachaud lui-même, des améliorations significatives mais insuffisantes. Ce faisant, le ministre avait certes désamorcé temporairement la critique, mais il lui avait aussi conféré une légitimité certaine. Les attaques se concentrent dès lors sur le commandement (général Monier) dont l'impréparation est vivement critiquée. Ses choix en matière d'implantation des cantonnements et son incapacité à ravitailler un service de santé présenté comme démuné de tout sont durement stigmatisés. Les médecins dont tous les intervenants, qu'ils soient du côté de « l'accusation » ou de la « défense », soulignent le dévouement sans faille (en citant à qui mieux mieux les chiffres des pertes) sont exemptés de toute responsabilité. Si les troupes ont subi les ravages des « fièvres tropicales », seule la négligence du commandant à l'endroit des questions d'hygiène est en cause.

Moins d'un mois après la charge menée par Lachaud à l'Assemblée en juin 1912, élus, militaires et médecins s'affrontent dans une campagne de presse à propos d'une réforme en apparence anodine. À la suite du décret du 24 juillet 1912³⁶⁶, les cadres du corps de santé militaire qui avaient obtenu peu de temps avant la péréquation des grades (ils avaient été « assimilés officiers » à partir du 20 juillet 1911) ne sont plus autorisés à se faire appeler, par exemple, « mon général » pour un médecin-inspecteur, ou « mon capitaine » pour un médecin major de deuxième classe. Cette fois, les forces en présence sont assez nettement différenciées. Le clivage, tel qu'il se donne à voir dans la presse, oppose les

³⁶⁴ JORF, Débats parlementaires – Chambre des députés, 14 juin 1912, p. 1489-1494.

³⁶⁵ Lachaud indique que « [...] dans l'espace de huit mois, le corps expéditionnaire a perdu près de 5 000 hommes sur 25 000 », *Ibid.*, p. 1490.

³⁶⁶ Le décret du 24 juillet 1914, pris par Millerand, abroge celui du 4 février 1911 et rétablit l'article 73 du décret du 23 mai 1910.

officiers brevetés, ceux des corps combattants et des états-majors, aux «assimilés» des services (intendance, administration, santé) qu'on dit aussi « sans troupe ». Millerand, dans le court rapport qu'il adresse au président de la République en guise de préambule au décret, indique qu'il s'agit de marquer d'une façon frappante pour l'esprit du soldat « *la subordination en toutes circonstances des services au commandement*³⁶⁷ ». Le message est clair, dans la hiérarchie symbolique de l'armée, les corps non combattants sont et doivent demeurer des corps inférieurs, dominés.

L'Humanité, dans un article du 27 juillet 1912 qui se place sur le registre de la démocratisation de l'armée, dénonce un Millerand au service de la « réaction militaire » et « la trahison de l'ex franc-maçon Joffre »³⁶⁸. Les trois officiers qui signent de manière anonyme « X Y Z Officiers républicains et socialistes » vont jusqu'à faire des officiers d'administration et de santé un prolétariat militaire dont on refuse l'intégration. La démonstration frôle à l'évidence la caricature mais elle n'en vise pas moins juste sur le fond. Vincennes et Lyon ne sont pas Saint-Cyr. C'est aussi en substance ce qu'on trouve dans l'édition du 30 juillet de *La Lanterne* sous la plume du sénateur Charles Humbert, spécialiste des questions militaires et ex-officier d'ordonnance du général André:

«Les véritables motifs de la mesure apparaissent mieux dans les lignes où le rapport constate [celui de Millerand] que les officiers des services portent les mêmes uniformes que ceux du commandement et ont le même droit au salut des subalternes³⁶⁹».

La mesure qui réaffirme publiquement les hiérarchies symboliques de l'armée donne des gages aux officiers de l'active quant aux intentions du ministre. Les services sont des auxiliaires du commandement dont il s'agit de réaffirmer la place dans la division sociale et fonctionnelle du travail militaire. En cassant l'unification des appellations, Millerand restaure une norme sociale ancienne fondée sur une logique de distinction contestée à l'intérieur et hors de l'armée et lui donne force de loi en la transformant en norme juridique.

Le Dr Grandjux – vétéran de la guerre de 1870 ancien sous-directeur du SSM rayé des contrôles et journaliste médical reconnu (fondateur du *Caducée*) – dispose de la légitimité et de la liberté nécessaires pour parler au nom de médecins militaires pour lesquels une prise de position publique critique peut s'avérer coûteuse. Le 7 août, il s'exprime une première fois en leur nom dans les colonnes du populaire *Petit Journal* qui

³⁶⁷X.Y.Z. Officiers républicains et socialistes, « En pleine réaction militaire. Le chambardement ... continue – Millerand contre les officiers d'administration et contre l'inspection des écoles », *L'humanité*, 27 juillet 1912.

³⁶⁸ Charles Humbert, « Les Appellations », *La Lanterne*, 30 juillet 1912.

³⁶⁹ « Médecins militaires – la lettre du docteur Grandjux », *Le petit journal*, 7 août 1912.

défend la politique de Millerand³⁷⁰. Pour cet ex-médecin militaire qui ne manque pas de rappeler ses longues années de service, le décret contribue à la démilitarisation des médecins, il est absurde sur le plan même de la logique militaire. Au-delà de son rôle proprement médical écrit Grandjux, le médecin exerce « *le commandement des hôpitaux militaires. Son action s'étend à toutes les parties du service. La police de l'hôpital lui appartient* ».

Quelques jours plus tard, c'est dans la presse spécialisée qu'il se fait le porte-parole de ses anciens compagnons. Il publie deux extraits de lettres qui insistent sur le sentiment de mépris et d'humiliation ressenti par leurs auteurs devant ce qui leur apparaît comme une régression insoutenable³⁷¹. Peu importe que Millerand ait, le même jour, supprimé l'inspection permanente (organe du commandement) et réorganisé l'inspection et la direction des écoles conférant aux écoles de santé une plus grande autonomie, le décret du 24 juillet symbolise la soumission du corps de santé aux officiers d'active.

Pour autant, l'unification des grades et des statuts est une mesure de reconnaissance symbolique et institutionnelle qui ne change que peu de choses au lieu de subordination qui caractérise les relations entre médecins et officiers de l'active. C'est que très largement, ces oppositions qui mettent en jeu l'état du rapport de force entre le commandement et le service de santé sont le signe d'une lutte pour le partage du pouvoir légitime sur le corps du troupier. Or ceux qui font les règles du jeu institutionnel n'entendent pas partager leur monopole en matière de « fabrique de la troupe ».

La primauté des corps combattants et la domination des officiers de l'active sur le reste de l'armée ne datent pas de 1912, elle est une composante centrale de la socialisation militaire et à tort ou à raison, une partie des élites militaires voit dans les réorganisations républicaines de l'armée une menace dont la dynamique de médicalisation portée, entre autres, par les hygiénistes de la Chambre comme Lachaud, participe. Jusqu'alors, la médecine militaire bénéficie dans cet affrontement du soutien des institutions dominantes dans le champ médical et des grandes institutions de l'hygiène (CSHPPF) mais la donne change en 1913 quand la santé des hommes en armes devient un enjeu de lutte entre partisans et opposants au projet de loi sur le recrutement de l'armée.

³⁷⁰ *Ibid.*

³⁷¹ Grandjux, « Médecine militaire, l'état d'âme des médecins militaires », *Le Bulletin médical*, 14 août 1912.

3.2.2 La loi de 3 ans, un « crime contre la jeunesse française et contre la nation » : 1913-1914.

En 1913, le retour à la loi de 3 ans cristallise les oppositions et relègue en arrière-plan les questions de santé aux armées. Dès l'hiver 1913-1914 cependant, les membres de la commission d'hygiène publique obtiennent de la Chambre la création d'une commission d'enquête sur l'état sanitaire des troupes de l'Est. La santé aux armées fait alors l'objet d'usages politiques intenses. Le 13 février, c'est à nouveau Édouard Lachaud qui interpelle le gouvernement sur le sujet³⁷². Constatant les «ravages» causés par les maladies épidémiques (scarlatine, rougeole, oreillons, pleurésie, broncho-pneumonie, grippe notamment), le président de la commission d'hygiène publique reprend un argumentaire déjà développé dans «Pour la race»³⁷³ en 1909. Il présente le «mauvais état sanitaire de la troupe» comme un fait ancien et bien connu résultant du règne de la logique curative et de l'absence de toute réflexion sur les causes des épidémies. Pendant plus de trois heures, il passe en revue l'ensemble des dysfonctionnements que l'enquête de la commission a mis au jour. Incorporation trop précoce, effectifs en surnombre dans les casernes dont les chambrées sont surpeuplées, insalubrité des bâtiments anciens et dysfonctionnements des bâtiments nouveaux dont les travaux ne sont pas achevés, mais aussi chauffage, vêtement, nourriture et alimentation en eau, ou encore insuffisances manifestes sur le plan des cuisines, des infirmeries, des capacités d'hospitalisation etc. C'est un réquisitoire mesuré sur la forme mais sans concession sur le fond. Soutenu par Vaillant, Legros et Doizy (tous trois députés médecins et membres de la commission) mais aussi par Jaurès, la démonstration vise à faire apparaître aux yeux de tous la responsabilité de l'ancien ministre de la Guerre Eugène Étienne (ministre de la loi de 3 ans). Celui-ci argue du manque de moyens et met en cause la commission du budget. Son président (Georges Cochery) et le rapporteur (Paul Bénaze) prennent alors la parole pour dire que jamais Étienne n'a demandé des crédits supplémentaires qui, pour «la santé de nos soldats», lui auraient été évidemment accordés³⁷⁴.

Au fil du débat, la mise en cause se précise. Le gouvernement précédent et son ministre de la Guerre auraient fait voter le retour à la loi de 3 ans en « trompant la Chambre ». Contrairement à ce qu'ils avaient affirmé, « rien n'était prêt pour accueillir les 45 000 conscrits supplémentaires » que la mise en application de la loi convoqua dans les casernes. Les entrepreneurs politiques opposés à la nouvelle loi de conscription mobilisent donc la «problématique santé» pour dénoncer la responsabilité de ceux qui

³⁷² JORF, séances des 13 et 20 février 1914, p. 742-758 et p. 962-980. Toutes les citations extraites des débats proviennent de ces pages

³⁷³ Édouard Lachaud, *Pour la race, notre soldat*, sa caserne, op. cit.

³⁷⁴ JORF, séances des 13 et 20 février 1914, p. 742-758 et p. 962-980.

l'ont fait voter. Lorsque Maginot, nouveau sous-secrétaire d'État à la Guerre, contre-argumente sur les difficultés du Génie à faire face aux besoins matériels nés de la loi, Édouard Vaillant lâche un cinglant «meurtrier!». Pour Jaurès, «le crime c'est d'avoir proposé une pareille loi sans même l'avoir préparée». Vous savez bien, dit-il, qu'on a «tout bâclé [et que] les hommes ont pâti de l'imprévoyance de ceux qui ont proposé cette loi». Doizy se place sur un registre un peu différent mais qui fait bien, je crois, la synthèse des positions de la commission:

«Faites attention messieurs, nous vous disons, nous qui ne désespérons pourtant pas de l'avenir de notre pays, de l'amélioration de notre situation hygiénique et sanitaire par la gymnastique, l'inspection médicale scolaire, l'éducation physique, nous vous disons: faites attention; pour le moment notre capital humain se raréfie, il est indispensable que, sous couleur de service militaire, vous n'alliez pas le gaspiller, comme on est en train de le faire³⁷⁵».

Simultanément, la mobilisation qui a démarré dans la presse se poursuit. À la tête de la campagne de presse, l'Humanité et La Lanterne publicisent la critique, mais ils en transforment également le contenu. La commission d'hygiène s'était en effet appliquée à rallier les médecins militaires dont elle avait sollicité l'avis pendant son enquête en faisant parvenir à 700 d'entre eux (soit à un peu moins de la moitié des médecins en poste aux armées) un questionnaire de 170 questions sur les conditions d'hygiène et de salubrité dans les garnisons, casernements et dépôts de corps de troupe. En droite ligne de la position qui était la sienne lors de la controverse sur l'état sanitaire des troupes engagées au Maroc, à aucun moment elle ne met en cause le SSM. Mieux, Doizy souligne les efforts d'adaptation de l'institution et loue le travail de son directeur Ange Troussaint qui dans une note du 28 mai 1913 attirait l'attention de l'état-major « non pas sur la situation anormale que l'armée allait traverser mais sur la situation désastreuse en tout temps de notre armée du point de vue de la morbidité et du point de vue de la mortalité [...]». Troussaint ajoute-t-il: «fait remarquer que les chiffres actuels ne sont pas le reflet de la réalité, car en cas de tuberculose nous usons dans l'armée d'un subterfuge magnifique: nous envoyons mourir chez eux les jeunes gens qui, autrement, seraient morts au régiment »³⁷⁶. Le sénateur Charles Humbert défend la même position et va plus loin:

«Je vois qu'à propos de l'interpellation sur l'état sanitaire de l'armée on me reproche, de divers côté, d'avoir pris la défense de la direction du service de santé au ministère de la guerre, et des médecins militaires en particuliers [...] je n'ai aucune raison particulière de ménager la 7e direction plus que les autres services du ministère si je la trouvais en défaut.

³⁷⁵ « Discussion de l'interpellation sur l'état sanitaire des troupes de l'Est », JORF, chambre de députés, débats parlementaires, séance du 20 février 1914, op-cit p. 980.

³⁷⁶ *Ibid.*

Mais je possède au contraire la preuve qu'elle a fait tout ce qui dépendait d'elle pour prévenir la crise dangereuse que traversent actuellement nos troupes, et je sais que les hostilités qui se déchaînent contre elle en ce moment proviennent, précisément, pour une large part, de la mauvaise humeur qu'elle a soulevée en obligeant l'état-major de l'armée et certaines autres directions à se désintéresser un peu moins que par le passé du bien-être des soldats »³⁷⁷.

Si on ne peut vérifier l'implication du commandement faute de sources, les premières attaques contre l'institution dont nous avons trace sont celles menées par *La Lanterne*, journal dans lequel Humbert publie fréquemment. Dans son édition du 20 février, le journal titre en une: «Les scandales de l'Armée – Un homme néfaste: Mr Troussaint». Le résumé de l'article présente ensuite le directeur du SSM comme « responsable de l'incorporation à 20 ans [et] de la mort de milliers de jeunes soldats... »³⁷⁸. Encore une fois, mon propos ne consiste pas à établir les responsabilités. Ce qui fait sens dans la démonstration, c'est le caractère inédit de cette dénonciation publique. Tandis que *L'Humanité* déploie, notamment sous la plume de Jaurès, une analyse politique qui souligne la responsabilité de Barthou, Brillant, Reinach, Millerand, Étienne et l'incurie du nouveau gouvernement incarné par Maginot³⁷⁹, *La Lanterne* réitère ses accusations ad-hominem le 23 février:

«L'incorporation de deux classes en hiver, l'incorporation de jeunes gens de 20 ans au 1^{er} décembre: voilà la faute, voilà le crime contre la jeunesse française et contre la nation. Il y a des responsables: l'état-major d'abord, la direction du service de santé ensuite. Le chef de ce dernier [...] avait le devoir de renseigner son ministre, la commission de l'armée et la Chambre sur le grave danger que ces mesures aillent faire courir à la santé des soldats. [...] M. Troussaint porte devant le pays la responsabilité la plus lourde. Les mères qui pleurent un enfant, savent à qui elles doivent leurs malédictions³⁸⁰ ».

Si la polémique s'éteint peu après la clôture de la discussion à la Chambre le 23 février, la publication du rapport de la commission d'enquête parlementaire (rapport Lachaud), la deuxième semaine de juin, la relance. Le 19 juin, le Dr Bachimont, député de l'Aube, inscrit au groupe « gauche-radical » et membre de la commission d'hygiène en fait la synthèse dans *L'évènement*. La critique vise toujours les maîtres d'œuvre de la loi de 3 ans et la position à l'endroit de la 7^e direction est la même:

«La direction du service de santé s'est trouvée aux prises avec une situation sans précédent par la multiplicité et la gravité des problèmes à résoudre quand le vote d'une nouvelle loi de recrutement est venue lui imposer des préoccupations immédiates. Études des casernements, recherche de nouveaux moyens d'hospitalisation [...]

³⁷⁷ Charles Humbert, «Le service de santé et la santé de l'armée», *Le Journal*, lundi 16 février 1914.

³⁷⁸ « Les scandales de l'Armée – Un homme néfaste: Mr Troussaint », *La Lanterne*, 20 février 1914.

³⁷⁹ Jean Jaurès, «Maginot et le ministère», *L'humanité*, 20 février 1914.

³⁸⁰ «Le bluff du service de santé – les erreurs de Maginot», *La Lanterne*, 23 février 1914.

nécessité de convaincre le commandement et des services peu disposés à écouter le corps médical et à changer de vieilles habitudes. [...] La commission d'enquête, mieux renseignée que personne rend hommage au service de santé³⁸¹ ».

Trois articles publiés sur le sujet entre le 8 et le 18 juillet, sous le pseudonyme de «Major Dox»³⁸², vont dans le même sens. La direction du SSM n'est pas mise en cause, elle a au contraire effectué un travail remarquable. Mais au-delà de la défense de Troussaint et de l'institution elle-même, l'argumentaire du «Major Dox» est intéressant en ce qu'il reprend en substance l'argumentaire de la Commission d'hygiène mais qu'il émane cette fois d'un agent de l'institution :

«Le ministre de la Guerre a déclaré devant le Parlement qu'il manquait à l'armée 789 médecins militaires. L'effectif réel est de 1 472; il devrait être de 2 261. [...]. Ainsi les jeunes français quittent le milieu familial pour ne rencontrer à l'armée que des garanties notoirement insuffisantes. Par contre ils sont assurés d'y trouver des risques renforcés de maladies et de mort³⁸³ ».

Sous la plume de celui que le *Paris-Journal* présente comme «un médecin qui a vu ou entendu ce dont il parle³⁸⁴», la conscription est la encore présentée comme un risque collectif que le déficit en personnel du service de santé aggrave.

En définitive, on voit bien quel chemin emprunte l'argumentaire des défenseurs de la médecine militaire : le bon état sanitaire de la troupe est primordial dans la lutte contre les fléaux sociaux, la dénatalité, contre l'épuisement de la race. Autre manière de dire que « la crise de recrutement » et le déficit de reconnaissance de la médecine militaire, sa « fausse position » dans l'armée – vieille lune de la profession – menace la Nation tout entière. C'est le sens de l'interpellation de Lachaud à la Chambre en 1912 et celle, aussi, des prises de position de la Commission d'hygiène publique de la Chambre en 1913 et 1914. Véritable plaidoyer pour une hygiénisation et une médicalisation du gouvernement des troupes, l'action de la CHP porte un projet plus vaste de transformation de l'économie du capital humain dans l'armée.

La dimension strictement thérapeutique de la prise en charge, autrement dit les pratiques de soins elles-mêmes, n'est cependant jamais abordées en dehors de l'espace restreint et bien délimité de l'entre-soi professionnel. Même lorsque le service de santé est attaqué à l'hiver 1914, ses prescriptions en matière d'hygiène ou de thérapeutique ne sont pas critiquées, stigmatisées ou dénoncées. Ce sont au contraire les conditions d'exercice

³⁸¹ Dr Bachimont, «La santé aux armées», rubrique «Opinions de gauche», L'évènement, 19 juin 1914

³⁸² Il n'existe aucun officier du corps de santé portant le nom de Dox dans les répertoires détaillés des dossiers d'officiers 1848-1926 (sous-série 5Ye) conservés au SHD

³⁸³ Major Dox, «Pourquoi l'état sanitaire de l'armée a été mauvais pendant ce dernier hiver», *Paris-journal*, 13 juillet 1914.

³⁸⁴ *Ibid.*

de la médecine aux armées qui le sont: visites médicales d'incorporation trop rapides pour effectuer un véritable tri scientifique des recrues, infirmeries surchargées et personnel infirmier peu compétent, capacité d'hospitalisation insuffisantes, prégnances des logiques militaire³⁸⁵ ou gestionnaires en contradiction avec la raison médicale, manque de médecins militaires etc. La liste des griefs exprimés publiquement avant la guerre est longue mais les pratiques médico-chirurgicales en vigueur dans le corps de santé n'en font pas partie.

Si les médecins militaires échappent largement à la critique et bénéficient du soutien politique de la commission d'hygiène, c'est essentiellement parce que la médecine d'armée intéresse peu l'élite clinique du champ. Certes le Val-de-Grâce se pense comme une avant-garde et par certains aspects, il en est une, mais la médecine militaire reste une filière stigmatisée souvent perçue comme une voie de relégation de la carrière médicale. Médecine de masse, médecine de prévention, médecine d'État, elle apparaît à bien des égards comme un espace de pratiques peu noble et cumule les stigmates dans un champ médical organisé par et pour l'élite clinique hospitalo-universitaire³⁸⁶. Les segments les plus nobles de la profession, médecine et chirurgie cliniques, relèvent avant tout d'une logique curative qui par définition entre en contradiction avec l'approche préventive sur laquelle se fondent les revendications d'hygiénisation de l'armée.

Par ailleurs, le traitement social des infirmes, civils comme militaires, demeure faiblement médicalisé. Les hospices communaux et autres écoles de rééducation ont une fonction plus asilaire et occupationnelle que thérapeutique³⁸⁷. L'essor des spécialités médicales fait bien reculer peu à peu les territoires du pathologique tandis la « révolution pasteurienne » accélère l'extension du chirurgicalement possible, mais « [...] *ni les vieux indigents valides, ni les infirmes, ni les malades incurables ne posent de problème médicalement intéressant au regard des enjeux scientifique du moment* »³⁸⁸. Il en va de même pour les blessés et malades militaires, surtout en temps de paix. À l'exception des affections contractées aux colonies, domaine d'action de la « pathologie exotique » alors en pleine essor, et des fléaux épidémiques et sociaux (de la typhoïde à la tuberculose en passant par la rougeole) ces derniers ne présentent qu'un intérêt limité du point de vue

³⁸⁵ C'est par exemple le commandant qui « ne veut pas de malades » ou exige le rapport du médecin dans délais intenable et inamovibles. Voir Lucien Descaves, « Malaise du corps de santé », *Le Journal*, 16 mars 1913.

³⁸⁶ P. Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, Seuil, mars 2005, n° 156-157, p. 5-36.

³⁸⁷ Il faut cependant veiller à ne pas trop forcer le trait sur l'hospice et l'hôpital souvent décrits de manière univoque, comme de simples mouvoirs. Voir sur ce point Mathilde Rossigneux-Méheust, *Les vieillards à Paris, en institution, au XIXe*, thèse d'histoire en cours, dir. D. Kalifa, Université Paris I. Travaux présentés lors de la séance Santé, risques, hôpitaux de l'atelier L'historien-ne face au quantitatif, le 31 janvier 2012.

³⁸⁸ P. Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit., p. 14.

dominant dans le champ, celui de la clinique. Les espaces de pratiques pour lesquels la population militaire représente un enjeu sont très largement des espaces, eu aussi dominés dans le champ comme les sciences et thérapeutiques du mouvement, l'hygiène ou la médecine d'expertise légale³⁸⁹. En résumé, c'est bien davantage de la médecine sociale et de la médecine expérimentale qu'émanent les prises de parole de publique les plus critiques et de ce point de vue les promoteurs de la santé aux armées disposent d'une connexion privilégiée avec le champ politique. Dans sa lutte pour l'autonomie, le SSM peu en effet compter sur le soutien politique de la commission d'hygiène de la Chambre et sur celui de Charles Humbert ou Victor Delpierre au Sénat.

Mais ne nous y trompons pas, la politisation de la santé aux armées ne résulte que du travail d'une minorité. Sur la période 1876-1900, les parlementaires médecins ne constituent que 9% des membres des différents comités et commissions qui traitent des questions d'hygiène et de médecine aux armées (terre et mer), quand ils représentent 45,4% des membres dans les commissions consacrées à l'assistance médicale rurale et 63,6% d'entre eux dans celles dédiées à l'hygiène rurale et à la police sanitaire. Les hygiénistes civils et militaires ont certes remportés une victoire symbolique dans le sens ou leurs catégories d'entendement - « capital », « population », « risque démographique » etc. - se sont imposées comme légitimes dans l'arène parlementaires, mais entre 1900 et 1914, seuls 5% des propositions de loi portées par ces « médecins législateurs » concernent la santé ou l'hygiène aux armées³⁹⁰.

Si les mobilisations contribuent sans doute à l'amélioration des conditions générales de salubrité dans l'armée, elles ne suffisent pas à doter la médecine militaire, institution sans pouvoir, des ressources collectives nécessaires pour être en capacité d'affaiblir la mainmise du commandement sur le gouvernement des corps. Elles ne parviennent pas faire basculer le rapport de force et à transformer les pratiques d'une institution disciplinaire qui continue de mener à l'égard du contingent une politique qu'on peut qualifier de darwiniste, articulant une sélection minimale (élimination des contagieux et des « non-valeurs ») et élimination empirique (par « l'entraînement ») des moins aptes. De ce point de vue, les mobilisations antérieures à la guerre sont un échec, mais elles ne sont pas sans effet. En objectivant les « pertes » (morts et réformés) et en donnant à voir le « déchet » que produit l'armée en temps paix - le président de la commission d'hygiène de la chambre donne une moyenne de 23 000 réformes définitives et décès confondus par an sur la période 1898-1909 - la critique a contribué à faire

³⁸⁹ Voir Sylvain Bertschy, « Grande Guerre et infirmité: la fin des inutiles au monde? » dans François Bouloc, Remi Cazals, André Loez (dir.), op. cit., p. 199-212.

³⁹⁰ Jack. D. Ellis, *The physicians legislators of France, medicine and politics in the early Third Republic*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 136-140.

apparaître de plus en plus nettement les pratiques de l'armée comme une transgression normative. À la veille de la guerre, des leaders d'opinion et des entrepreneurs de cause parmi les plus influents font de l'armée un portait dévastateur : elle est un « minotaure » qui dévore les enfants de la Nation, le fossoyeur d'une race affaiblie. La convergence des croisades contre les fléaux épidémiques et sociaux et des mobilisations pour (et de) la médecine militaire mettent directement en jeu la légitimité de cet ordre disciplinaire – objet de lutte au sein de l'armée elle-même³⁹¹.

C'est toute « l'économie militaire » du « capital humain » qui s'agit de transformer. Autour de la figure du « soldat-citoyen » – *devenue dans les premières années du siècle un enjeu de luttes [...] entre l'armée, les institutions républicaines, les combattants et les civils [...] – les tensions s'exacerbent*³⁹². Les théories les plus élaborées de la citoyenneté demeurent bien souvent nettement éloignées des représentations communes des chefs militaires pour qui le troupier est « un matériau obéissant silencieux et consommable³⁹³ ».

Construit « par le haut » et en interne, le problème de la santé aux armées est d'abord le produit de l'essor d'une logique préservatrice lié à trois processus qui se déploient tout au long du XIXe siècle mais s'intensifient dans son dernier tiers : la structuration du champ médical en trois espaces de pratiques de plus en plus nettement différenciés d'une part, la lente autonomisation d'une médecine militaires appartenant à l'espace dominé de la médecine publique d'autre part, l'émergence de nouveaux savoirs et savoir-faire de gouvernement à forte composante médicale enfin (l'épidémiologie, l'hygiène et la statistique). Les premières mobilisations sont donc essentiellement le fait de médecins civils et militaires qui pensent en termes de contrôle sanitaire et de prophylaxie des épidémies. Dans le cadre conceptuel et pratique de cette « physiologie appliquée à l'administration de la vie, à l'art de conserver la santé »³⁹⁴ qu'ils promeuvent, l'état sanitaire de l'armée est d'abord construit comme un problème démographique. Qu'ils se présentent comme des promoteurs de la vigueur physique de la troupe, des défenseurs la qualité de la race ou comme des entrepreneurs populationnistes (ils font bien souvent les trois) – ceux qui objectivent la menace démographique - médecins militaires, universitaires et hospitaliers, ingénieurs, architectes, fonctionnaires des grands corps d'État et parlementaires, ne constituent pas pour autant l'état sanitaire du

391 Sur ces questions cf. J. Mary, « Ordonner ou persuader? Les ambiguïtés du discours militaire français à la veille de la Première Guerre mondiale », dans A. Loez, N. Mariot, *Obéir/désobéir. Les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La découverte, 2008. E. Saint-Fuscien, *À vos ordres? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2011, 310 p.

³⁹² Cf. A. Loez, *Si cette putain de guerre pouvait finir, histoire et sociologie des mutins de 1917*, Thèse d'histoire Université Montpellier III, dir. Frédéric Rousseau, 2009, p. 99.

³⁹³ F. Cochet, *Survivre au Front. Les poilus entre consentement et contrainte*, Saint-Cloud, 14-18 éditions, 2005, p. 48.

³⁹⁴ C'est la définition bien connue qu'en donne de l'Institut de France.

contingent en problème spécifique. Si leurs critiques - nombreuses et régulières- portent sur la gestion des « crises épidémiques » qui affectent la troupe de manière répétée et stigmatisent le « déchet » que produit ordinairement l'armée, elles servent d'abord et avant tout le mouvement hygiéniste et les causes sur lesquelles il tente de mobiliser (la conquête de l'eau, le contrôle de la prostitution et la lutte contre les « fléaux sociaux ». La « mise en problème » de la santé aux armées se présente alors au regard de l'observateur comme une ressource pour les agents appartenant à un sous-espace de pratiques hybride ou s'articulent science et administration et dont l'institutionnalisation s'accélère nettement sous la IIIe République. En étudiant les prises de positions des promoteurs du triptyque prévention – tri – sélection des recrues (dans leurs revues, à l'Académie de médecine ou au Parlement) on voit que la santé des populations militaires fait au final l'objet d'usages multiples dans le cadre de luttes où elle n'est qu'un enjeu connexe sinon secondaire. Elle est largement mobilisée notamment dans la croisade engagée pour faire reconnaître l'urgence d'une meilleure prise en charge des épidémies.

Cette entreprise de défense de la santé des populations militaires est étroitement liée à d'autres causes et constamment, en réalité, à celle de la médecine militaire qui la mobilise comme ressource au service de son autonomisation. C'est là une constante dans les débats sur l'état sanitaire de la troupe. Chaque atteinte épidémique, en métropole ou aux colonies, est une occasion pour éclairer de la lumière crue du chiffre les défaillances de l'institution et souligner les mirages de l'autonomie du corps de santé, acquise de haute lutte en deux temps (lois de 1882 et de 1889). La sempiternelle rhétorique de crise de la profession se cristallise en 1912 quand Millerand – soucieux de donner des gages à l'armée d'active – met fin à l'unité des appellations et renvoie les médecins militaires à la réalité d'une position de subalternes qu'ils dénoncent depuis des décennies. Médecins sans aucun doute, mais militaires de second rang, ils sont cantonnés dans une institution sans pouvoir. Promue par certains au rang « d'école nationale de l'hygiène et de la vigueur physique »³⁹⁵ et de grande éducatrice, l'armée se trouve mise en tension par cette redéfinition de son rôle. Les agents qui tentent de redéfinir ce que doit être la prise en charge sanitaire et médicale des militaires, mettant ainsi en jeu une prérogative cruciale du commandement : son monopole en matière d'administration de la troupe. Pour autant, on l'a souligné, le commandement lui-même n'est que rarement mis en cause avant 1912, la stratégie adoptée reposant davantage sur la mise en lumière des intérêts mutuels bien compris que sur l'exacerbation des tensions. Là encore, la santé aux armées fait l'objet d'instrumentalisations multiples dans les luttes qui opposent les tenants d'un

³⁹⁵ Docteur Etienne Viguié (médecin major), *Rôle de l'officier en matière d'hygiène*, Paris, R. Chapelot, 1907, p. 28.

ordre disciplinaire dans lequel la médecine doit rester un auxiliaire du commandement aux promoteurs d'une véritable médicalisation du gouvernement de la troupe. Si les premiers ont pour eux le rapport de force, la légitimité de cet ordre disciplinaire qu'ils défendent s'effrite. Surtout, la mobilisation de l'argument statistique donne à voir la condition militaire comme un risque collectif et ouvre ainsi la voie à une problématisation bien différente.

Le début du XX^e siècle hérite en cela de la montée en puissance et de l'institutionnalisation des savoirs et savoir-faire ayant pour objet et domaine de juridiction légitime la préservation de la santé militaire. Qu'il s'agisse de savoirs scientifiques et médicaux comme « l'épidémiologie », la bactériologie, la clinique des maladies contagieuses ou, plus largement, de l'ensemble des théories, pratiques et formes d'intervention qu'on désigne sous le terme d'hygiénisme militaire, la construction de l'État moderne se traduit, en France, par l'émergence, difficile, contrariée, laborieuse, non linéaire et toujours recommencée d'une rationalité préservatrice qui fait de la troupe une population, un capital qu'il faut entretenir et faire fructifier. Cette transformation de l'économie militaire du capital humain, je me suis efforcé d'en rendre compte est loin d'être achevée à la veille de la Grande Guerre, elle demeure partielle, incertaine et s'articule avec un gouvernement disciplinaire des corps dans lequel la médecine occupe une place subalterne étroitement circonscrite. S'il y a bien un dispositif biopolitique (au sens foucauldien du terme)³⁹⁶ dans le monde militaire, on peut douter qu'il ait jamais existé, ni au XIX^e siècle ni ensuite, une gouvernementalité de part en part biopolitique sauf, peut être, dans le cas des deux hétérotopies³⁹⁷ coloniales étudiées par Guillaume Lachenal³⁹⁸. Il n'en reste pas moins que l'armée est un creuset du projet biopolitique et qu'il y a bien une genèse militaire (une parmi d'autres) de la santé publique.

³⁹⁶ Dans l'œuvre de Foucault les notions de dispositif et de gouvernementalité sont indissociables. Le philosophe présente le dispositif comme « un ensemble résolument hétérogène comportant, des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques [...] » et précise que « le dispositif [...], c'est le réseaux qu'on peut établir entre ces éléments [...] une sorte de formation qui, à un moment historique donné, a eu pour fonction de répondre à une urgence ». Dans la perspective foucauldienne, le dispositif est toujours « de nature stratégique », « inscrit dans le jeu des pouvoirs, [et] lié à une ou des bornes de savoir qui en naissent mais tout autant le conditionnent ». Voir Michel Foucault, *Dits et écrits* III, 1976-1979, Gallimard, Paris, 1994, p. 299-300.

³⁹⁷ Dans sa conférence radiophonique diffusée sur France Culture le 7 décembre 1966 « Les hétérotopies » Michel Foucault définit ses dernières comme des « lieux [...] absolument autres », des lieux physiques de réalisation des utopies. Sur cette question voir également sa conférence au Cercle d'études architecturales du 14 mars 1967, publiée une première fois dans *Architecture, Mouvement, Continuité*, 1984/n° 5, p. 46-49, 1984 et republiée dans, *Dits et écrits*, T IV, texte n°360 Paris, Gallimard, Nrf, 1994, p. 752-762.

³⁹⁸ Guillaume Lachenal, *Les médecins qui voulu être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Seuil, coll. L'Univers historique, 2017.

Si à l'été 1914 le régiment n'a rien d'un paradis social et que l'institution reste un lieu de dressage des corps, une fabrique du soldat qui procède par élimination des plus faibles, les réalisations en matière d'hygiène sont nombreuses et leur nécessité n'est plus de l'ordre du discutable. À la veille de la guerre toutefois, la condition militaire ne représente plus seulement une menace démographique. Les réformateurs sociaux l'ont politisée sur un autre registre, celui de la citoyenneté. Pour eux, les pratiques de l'armée à l'égard des inaptés font d'elle un agent d'expansion de la misère. À partir de 1900-1901, et plus encore après 1905, des juristes et professeurs de droit, des députés et des grands commis de l'État s'emparent de la question des effets de l'expérience militaire sur la vie des conscrits. L'armée est présentée comme une source de vulnérabilité sociale et aux yeux d'une partie des élites civiles et militaires – travaillée par une angoisse démographique évidente et par la peur de la question sociale qu'elle cherche à résoudre scientifiquement – il devient de plus en plus légitime et urgent qu'elle en assume la responsabilité. L'urgence, notamment, est la réforme du mode d'attribution des pensions et gratifications aux blessés et malades.

Chapitre 2

ENTRE LE DROIT ET LA FAVEUR.

LES LOGIQUES INÉGALITAIRES DE LA PRISE EN CHARGE ÉTATIQUE DES INFIRMITÉS MILITAIRES (1831-1914)

Dans ce chapitre je tenterai de montrer qu'il existe aussi une genèse militaire de la citoyenneté sociale et que la construction d'une armée moderne engage une autre mutation décisive : un changement de régime d'administration de l'infirmité militaire. Bien qu'elle soit nettement moins documentée, l'histoire de « l'assistance » aux militaires infirmes partage avec celle de la médecine militaire, qu'elle rejoint sans s'y épuiser, son caractère pour le moins édifiant¹. Comme elle, voire davantage encore, elle a été largement écrite par des acteurs qui, de près ou de loin, en ont participé. Les historien.nes de métier ne se sont pas penché.es sur cette production² qui s'organise, de manière un peu schématique, en deux configurations discursives successives.

Les ouvrages les plus anciens comme ceux d'Auguste Solard (1845) font une histoire de l'assistance royale et livrent un récit des origines qui fait remonter aux mérovingiens ou à la création des Quinze-Vingts (vers 1260) les premières politiques destinées aux

¹ Pour avoir un aperçu, plutôt voir un archétype, de ces récits édifiants voir Anne Muratori-Philip, *Les Grandes heures des invalides*, Paris, Perrin, 1989, notamment le chapitre premier.

² De manière plus général on peut même dire – exception faite des travaux de Jean-Pierre Bois (1990) et Élisabeth Belmas (2010 et 2017) cités plus avant dans ce chapitre – que la prise en charge des éclopés, impotents invalides ou mutilés de guerre sous l'Ancien Régime et au XIX^e n'a pas été constituée en objet de recherche.

« soldats estropiés ou caducs »³. Le propos magnifie la geste royale et loue la sollicitude des monarques de France en réifiant l'histoire d'un royaume dont ils font remonter les origines au-delà des carolingiens. Certains, comme le Comte de Riencourt (1875), endossent, on le verra, les habits de l'hagiographe pour mieux faire passer la critique et plaident pour un ajustement de la législation. Les productions ultérieures sont l'œuvre de publicistes, de hauts fonctionnaires ou encore de juristes dont les visées politiques sont toutes autres⁴. Si tous reprennent à leur compte le récit des origines c'est pour mieux souligner les limites, les carences d'un régime d'administration des faveurs dont ils entendent montrer qu'il fait problème. Pour le dire autrement, l'histoire de la prise en charge des militaires infirmes a été annexée, au tournant du siècle, par des auteurs qui travaillent à rompre avec un dispositif dont ils stigmatisent le caractère arbitraire, absurde, irrationnel.

Si on les suit, une première rupture aurait lieu dans cette histoire pluriséculaire lorsque François I^{er} instaure, par un édit du 24 juillet 1534, permet aux « éclopés encore valides » d'intégrer les Mortes payes, ces troupes de garnison créées sur le modèle des compagnies d'ordonnance pour assurer la défense du royaume. Le principe est simple, les soldats mis hors d'état de servir des suites d'une blessure ne sont pas libérés de leurs obligations mais envoyés dans les places fortes où ils continuent de percevoir leur solde. Le dispositif aurait été jugé trop coûteux et rapidement abandonné au profit d'une logique d'hospitalisation. Les édits de février 1585, juillet 1604 et janvier 1629 qui prescrivent le recensement des places de religieux laïcs disponibles dans les institutions religieuses - abbayes et prieurés - pour les soldats mutilés et estropiés qu'on désigne alors sous le terme de moines laïcs ou d'oblats signeraient cette première inflexion (d'où le terme de retraite?). Henri IV aurait poursuivi en ce sens en créant la Maison Royale de la Charité Chrétienne du Faubourg Saint Marceau (1604). Entretienue par les versements des abbayes et monastères, elle est supprimée en 1611 par l'administration de Louis XIII qui libère les résidants en leur attribuant une pension de 2 400 livres. Le système, qui articule libération et indemnisation pécuniaire, est présenté comme la première forme de pension d'État. Le financement de ces pensions reposerait encore cependant sur les versements des abbayes et monastères qui, dit-on, payaient mal. Les pensionnés auraient d'ailleurs dénoncés cette situation lors États Généraux de 1614 et poussé Louis XIII à fixer le montant des contributions payables par les institutions religieuses (100 livres).

³ Selon Solard, le secrétaire du maréchal Oudinot, duc de Reggio de son état, les mérovingiens auraient réservés des places dans les abbayes et monastères aux soldats trop gravement atteints pour être en mesure de subvenir à leurs besoins. Voir Solard, *Histoire de l'Hôtel des Invalides*, 2 vol, Paris, éd. Ch. Groubental J. Dumaine, 1845.

⁴ Par exemple Louis Battifol, « Les mutilés de la guerre sous l'Ancien Régime », *La Revue Hebdomadaire*, 26 mai 1917, p. 456.

Qu'importe qu'entre l'évènement et la décision que celui-ci est censé avoir provoqué, 15 ans s'écoulent, les auteurs produisent de la continuité historique là où il n'y a guère⁵. Pour eux, les difficultés à établir un financement pérenne expliquent que Louis XIII soit revenu à l'hospitalisation en créant en 1633, sur le coteau de Villejuif, la Commanderie de Saint-Louis où « *tous ceux qui feraient voir par de bonnes preuves ou attestations qu'ils ont été estropiés à la guerre pour le service du roi, seront reçus admis pour y être nourris et entretenus le reste de leurs jours [...]* »⁶. L'institution existe pendant presque un quart de siècle, jusqu'à ce qu'un édit de 1656 cède le château de Bicêtre qui l'abrite à l'hôpital de la Salpêtrière et que soient installés, en lieu et place de la Commanderie, un hospice de vieillards, une prison et une « maison de fous ». Là encore la fresque ne s'embarrasse pas avec la précision et cette suppression est présentée comme la source de la décision du Roi Soleil de créer - quatorze ans plus tard (ordonnance du 24 février 1670) - L'Hôtel royal des officiers-soldats invalides et estropiés au service de Sa Majesté. Achievé quatre ans plus tard (1674) l'Hôtel des Invalides aurait été conçu de manière inédite comme une institution nationale entretenue exclusivement sur fonds publics, plus précisément par une retenue de 2% sur le budget de la Guerre. Cette histoire aux forts accents nominalistes que livrent les entrepreneurs en réparation du début du XX^e siècle pose à l'évidence nombre de problèmes. Son imprécision, que le résumé fait ici accentuer, pose question. Mais surtout, ce sont les manques, les silences qui interrogent. Qu'en est-il des autres formes d'intervention ? Des militaires blessés ou malades qui échappent à l'assistance royale ? Difficile de le savoir bien qu'on puisse supposer qu'ils peuplent pour partie les institutions de charité locales et autres établissements privés de bienfaisance publique dont ces ouvrages ne soufflent mot. À les lire on comprend que leur histoire est entièrement téléologique, tout entière tendue vers un dénouement qu'ils appellent de leur vœux : l'instauration d'un droit à réparation. Cela dit, ces productions ne sont pas sans intérêt. Les quelques éléments rassemblés *supra* permettent de rendre intelligible la genèse laborieuse de l'assistance aux gens de guerre mis hors d'état de servir, faite de dispositifs successifs, d'institutionnalisations éphémères, qui pendant près d'un siècle et demi (1534-1674) se reconstituent, ni tout à fait différents, ni totalement semblables.

L'institutionnalisation d'une assistance d'État fondée sur l'hospitalisation des années 1670 aux années 1770

Leur lecture permet de saisir que le premier régime d'administration des infirmités militaires - c'est à dire le premier ensemble de mesures, de moyens, de procédures dont

⁵ C'est l'article 219 d'une Ordonnance Royale de 1629 repris dans une déclaration du 20 mai 1630 qui fixe la contribution des institutions religieuses à 100 livres.

⁶ D'après les statuts de la Commanderie cités dans Henri. A. Wauthoz, Les ambulances et les ambulanciers à travers les siècles. Histoire des blessés militaires chez tous les peuples depuis le siège de Troie jusqu'à la convention de Genève, Paris, Hachette-BNF, 2013 (éd.1906).

l'institutionnalisation réussie - apparaît au XVII^e siècle, qu'il est fondé sur la logique de l'hospitalisation et que son caractère strictement étatique le lie, au processus de consolidation de l'État monarchique. Son histoire est donc celle d'un succès, celle de l'institution des Invalides et par conséquent, elle est mieux connue. Les travaux les plus récents⁷ s'accordent avec ceux produits au tout début du XX^e siècle pour dire que ce régime fonctionnent pendant près d'un siècle avant que l'augmentation des effectifs et les mobilisations de « pensionnaires » ne mettent en jeu les principes mêmes de son fonctionnement dans les années 1760-1770⁸. La royauté décide alors d'instituer des compagnies détachées dans les places fortes, les invalides fonctionnant dès lors comme une sorte de maison centrale⁹. Surtout, en 1776, l'administration royale met en place un « droit d'option » qui ouvre aux « invalides » la possibilité de choisir entre « maison de retraite » ou pension. Le 27 février 1793, la Convention vote l'adoption d'un droit à la réparation intégrale pour les blessés que les décrets d'application des 6 et 16 juin l'entérine. Si cinq ans plus tard la loi est abrogée par un texte du 19 nivôse an VI (8 janvier 1798), la législation de 1793 n'en reste pas moins fondatrice en ce qu'elle institue la première forme de « *classification opératoire des atteintes corporelles et physiques susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité/l'aptitude nécessaire à l'accomplissement d'une activité qu'elle soit professionnelle ou non*¹⁰ ». Autrement dit, les conditions et modalités de mise en œuvre de ce droit nouveau sont tout de suite (et pour plus d'un siècle) conditionnées à la capacité de l'ayant-droit de faire preuve (par corps) et à la reconnaissance de celle-ci par l'État. Autrement dit et bien que ce soit moins flagrant dans le cas des atteintes organiques (lésionnelles), le caractère négocié du droit à réparation (qu'il soit intégral ou forfaitaire), parfaitement mis en évidence Paul André Rosental dans le cas des maladies professionnelles (qu'il qualifie de médico-légale et de « maladies négociées »)¹¹, est constitutif de l'idée de réparation et on le retrouve dans toutes les législations postérieures sous des modalités diverses.

⁷ Élisabeth Belmas et Serenella Nonnis Vigilante, *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Histoire et civilisations », 2010 ; Élisabeth Belmas, Joël Coste, « Estropiés », « Incommodés », « Usés ». *Les soldats du Roi à l'Hôtel des Invalides (1670-1791)*, Paris, CNRS Éditions, 2017.

⁸ Prévus pour accueillir 4 000 pensionnaires les Invalides en compte environ 30 000 en 1764, 28 000 en 1791, environ 60 000 en l'an VIII. Voir *Ibid.*

⁹ Par les ordonnances royales des 26 février et 30 novembre 1764, 21 mai, 1er et 15 décembre 1766 et 17 juin 1776.

¹⁰ Voir Françoise Fortunet : « Aux origines d'une définition juridique de l'inaptitude professionnelle », dans Catherine Omnès, Anne Sophie Bruno (dir.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2003, p.23.

¹¹ Paul-André Rosental, « De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle » », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2009/1, n° 56, p. 83-98. DOI : 10.3917/rhmc.561.0083. [<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2009-1-page-83.htm>].

La loi du 28 fructidor an VII (14 septembre 1799) établit des soldes de retraites personnelles et viagère et l'article 86 de la Constitution du 22 Frimaire an VIII (13 déc. 1799) fait de l'octroi d'une pension à tout militaire blessé « à la défense de la Patrie » un principe constitutionnel. La loi du 25 mars 1817, assujettit les pensionnés à une visite annuelle par les officiers de santé. Cette visite, qui met en jeu le maintien de la pension, est supprimée par loi du 14 juillet 1819 qui confère aussi à la pension un caractère viager. La Monarchie de Juillet reprend et pérennise le principe de « l'indemnisation » des blessures et infirmités dont sont victimes les militaires par la loi du 11 avril 1831 et l'ordonnance des 2-9 juillet (1831) qui règlent les modalités d'ouverture de ce droit à pension. Cette législation ne constitue donc pas une rupture, elle entérine davantage le passage, entre les années 1770 et 1830, d'un régime d'administration des militaires devenus incapables de servir organisé sur le principe de l'hospitalisation (aux Invalides et dans les compagnies détachées) à un régime d'assistance dans lequel les blessés et infirmes sont libérés de leurs obligations militaires et pensionnés.

Ce second chapitre se propose de revenir sur cette mutation et de montrer qu'à la veille de la Grande Guerre, elle est loin d'être achevée, que l'administration des infirmités militaires si elle a été dépatrimonialisée ne relève pas complètement du droit, que d'une certaine manière l'arbitraire bureaucratique de l'État moderne s'est substitué à l'arbitraire royal. En faire la démonstration suppose dans un premier temps de décrire le dispositif issu de la loi de 1831, d'analyser les logiques au principe de sa mise en place et de saisir les dynamiques endogènes qui le travaillent. Le présent chapitre montrera ainsi que la construction du droit à pension se double d'une forme de bureaucratization des faveurs (I) qui permet à l'administration militaire de reléguer hors du droit (à pension) la majeure partie des hommes qui quittent l'armée des suites d'une blessure ou d'une maladie (II).

I L'administration des infirmités militaires (1831-1914) : institutionnalisation d'un droit et bureaucratization des faveurs

Au début du XX^e siècle, les fondements juridiques de la prise en charge des atteintes corporelles et psychiques touchant les militaires de l'armée de terre sont toujours ceux fixés, près de trois quart de siècle plus tôt, par la loi du 11 avril et l'ordonnance des 2-9 juillet 1831, complétées quelques semaines plus tard par l'instruction ministérielle du 20

septembre¹². Lorsque les premières propositions de lois sont déposées à la Chambre entre 1905 et 1914, nombres de décrets, d'instructions ministérielles et de lois ont modifié, complété, précisé la législation adoptée sous la monarchie censitaire, sans toutefois en transformer l'économie générale. Les blessés ou malades qui quittent l'armée pour incapacité relèvent de trois procédures distinctes : la « libération » pure et simple, la mise en retraite et la mise en congé (de réforme). Ils peuvent alors demander soit une pension, soit une gratification, soit un secours. Le dispositif articule donc un régime de protection fondé en droit et un régime d'assistance fondé sur l'octroi des bonnes grâces du Ministère de la Guerre. Et la distribution des hommes entre l'un et l'autre, si elle est fondée juridiquement, n'est en rien égalitaire. Au contraire, construite comme une protection statutaire, la loi des pensions de 1831 reproduit la hiérarchie des positions constitutives de l'ordre militaire et sépare d'abord et en premier lieu les officiers des non-officiers. Se pose dès lors la question des conditions de production et des logiques qui ont présidé à la construction de ce régime d'administration articulant le droit et la faveur.

1.1 Construction de l'armée moderne et genèse militaire de la citoyenneté sociale

Neuf mois après les journées révolutionnaires de juillet 1830, alors que les libéraux-conservateurs au pouvoir luttent contre les légitimistes et les républicains, les parlementaires votent deux textes accordant aux militaires (11 avril) et aux marins (18 avril) un droit à la retraite. Ils font partis du programme de réformes militaires que leur a présenté le 20 février le Maréchal Sout. Roturier, engagé à 16 ans (1785), Sout devient officier supérieur pendant la Révolution et l'Empire consacre son ascension dans la hiérarchie militaire et sociale : en 1815, il est fait Maréchal d'Empire et Pair de France. Franc-maçon entretenant des relations avec les réseaux libéraux (entres autres), il échappe de peu à la Terreur blanche mais il est contraint à l'exil et s'installe à Barmen dans le Duché de Berg de 1816 à 1819. À son retour, Sout s'emploie à reconstruire son capital économique, social et politique et il parvient, sous Charles X, à redevenir Pair de France (1827). Orléaniste opportuniste, il fait fructifier son ralliement à Louis-Philippe par divers postes ministériels à commencer par la Guerre¹³. Lorsqu'il y est nommé pour la première

¹² Jean-Baptiste Duvergier, *Collection complète des lois, ordonnances, règlements, et avis du Conseil d'État* (1788-1824), vol.45, 1831, Paris, p. 341-347 et p.433-435.

¹³ Sur Jean-de-Dieu Sout (1769-1851) voir Nicole Gotteri, *Le maréchal Sout*, Nice, éd, B. Giovanangeli, 2000. Sur les années d'Empire et son rôle dans la guerre menée en Espagne voir les pages - remarquables et nettement moins hagiographiques - qui lui sont consacrées in Jean-Marc LAFON, *L'Andalousie et Napoléon, Contre-insurrections, collaboration et résistance dans le midi de l'Espagne (1808-1812)*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2007, notamment p. 524-531.

fois (novembre 1830) par Jacques Laffitte¹⁴, l'armée du nouveau régime est à reconstruire.

1.1.1 Droit à la retraite et statut des officiers : rallier l'armée au nouveau régime après l'épuration

Louis-Philippe et ses ministres ont épuré l'administration et l'institution militaire de ceux que le régime identifie alors comme liés au parti de la réaction. Ministre de l'Intérieur d'août à novembre 1830, Guizot démet de leurs fonctions 3 615 maires et 82 préfets sur 86¹⁵. Dans l'armée, 22 lieutenants généraux, 59 maréchaux de camp perdent leur emploi et 65 commandants de division sur 75 sont mis en réforme pendant le court ministère du Lieutenant Général Gérard (1773-1852) auquel Soult succède. Le Conseil Supérieur de la Guerre créé en 1828 par Charles X disparaît également tandis qu'à la suite des mobilisations d'officiers et sous-officiers - dans 8 régiments d'infanterie de ligne notamment - nombre d'officiers favorables aux Bourbons ou réputés tels démissionnent de gré ou de force. Dans le même temps, plusieurs milliers d'officiers sans affectation ou sans emploi sont mis en congés avec demi-soldes ou quittent l'armée, non sans espoir d'être réintégrés¹⁶.

La réorganisation de l'armée constitue alors un enjeu politique de tout premier plan pour le régime institué à l'été 1830. Menacé d'une part par les mouvements sociaux soutenus et/ou organisés par les Républicains à Lyon (soulèvement des canuts en 1831 et 1834) et à Paris (insurrection des 5-7 juin 1832), et par les bandes armées de vendéens et de chouans fédérés autour de la Duchesse de Berry d'autre part, la Monarchie constitutionnelle doit pouvoir compter sur la loyauté de l'armée pour maintenir l'ordre politique libéral et bourgeois qu'elle incarne¹⁷. L'enjeu est d'autant plus prégnant que le

¹⁴ Fils de charpentier devenu banquier, Jacques Laffitte (1767- 1844) entre en politique sous l'Empire. Député de la Seine de 1816 à 1830 il siège dans l'opposition libérale et connaît bien Soult qui le reçoit fréquemment chez lui (avec d'autres constitutionnalistes), depuis le début des années 1820. En 1830, il finance le journal *Le National*, travaille à la chute de Charles X et à l'accession au trône de Louis-Philippe. Leader du « parti du mouvement », il est président du conseil, avec le portefeuille des Finances, du 2 novembre 1830 au 13 mars 1831. Le chef de fil des libéraux-conservateur, l'industriel et banquier Casimir Périer (1777-1832) lui succède après sa démission mais meurt un an plus tard. Soult le remplace et cumule alors Présidence du Conseil et Ministère de la Guerre.

¹⁵ Sur les épurations dans l'administration voir Marc Bergère, Jean Le Bihan, *Fonctionnaires dans la tourmente, épurations administratives et transitions politiques à l'époque contemporaine*, Chên-Bourg Suisse, éd. Hygiène et médecine, 2009. Paul Gerbod, *Les épurations administratives XIX-XX siècles*, Genève, Droz, 1977.

¹⁶ Nombre d'entre eux le furent. Sur les épurations dans l'armée et les réintégrations, voir Jean-Paul Bertaud, William Serman, *Nouvelle histoire militaire de la France, 1789-1919*, Paris, Fayard, 1998, p. 228-230.

¹⁷ Sur les canuts voir Ludovic Frobert. "Vivre en travaillant ou mourir en combattant" : les révoltes des canuts (1831, 1834) dans Michel Pigenet, Danielle Tartakowsky, *Histoire des mouvements sociaux en France de 1814 à nos jours*, la Découverte, chap. 10, 2012. Sur les funérailles du Général Lamarque et l'insurrection voir Thomas Bouchet, *Le roi et les barricades, une histoire des 5 et 6 juin 1832*, Paris, Seli Arslan, 2000.

gouvernement de Louis Philippe prolonge la politique de conquête militaire de la régence d'Alger engagée en juin 1830¹⁸.

Le maréchal ministre et le général Préval (1776-1853) – qui dirige successivement la cavalerie et l'infanterie - organisent l'armée du nouveau régime en instaurant une législation fondée sur le principe libéral de l'égalité juridique. La loi sur le recrutement de l'armée votée le 21 mars 1832 reconduit, en matière de conscription, le triptyque introduit sous la Restauration : remplacement et longue durée de service (7 ans) - faiblesse du contingent (20 000 à 50 000 conscrits selon les sources) - tirage au sort. Son article 3 confère en revanche aux parlementaires le pouvoir inédit de voter l'effectif du contingent et de le moduler en fonction du budget annuel attribué au ministère de la guerre¹⁹. Dans la continuité des mesures prises par Gouvion Saint-Cyr (1818) les lois Soult codifient et renforcent le statut de l'officier, mais à rebours des dispositions mises en place sous les Bourbons, elles démocratisent l'accès au corps. La loi du 14 avril 1832 sur l'avancement permet aux sous-officiers (tous issus du rang) d'accéder à l'épaulette au bout d'un an de service (contre deux auparavant) et leur réserve le tiers des emplois de sous-lieutenants vacants. La Monarchie de Juillet supprime les nominations directes ou extraordinaires et le pré-recrutement des saint-cyriens par l'École préparatoire de la Flèche. Elle impose le concours unique, en principe plus égalitaire, à l'entrée des grandes écoles militaires (Saint-Cyr et Polytechnique) et distribue les bourses « au mérite ». Ces mesures se traduisent par un affaiblissement sensible et durable de la part de la noblesse dans le corps des officiers²⁰. Mais il y a plus, les lois Soult renforcent aussi les garanties statutaires en distinguant, c'est une première, l'emploi et le grade. La loi du 19 mai 1834 sur « l'état des officiers » réaffirme cette distinction entre emploi et grade. Le premier peut être retiré sous des conditions bien précises mais le second est acquis et seules les démissions, pertes de la nationalité et condamnations en conseil de guerre ou devant un tribunal civil peuvent entraîner sa perte. Le texte instaure aussi un barème des rémunérations et énumère les diverses positions que peut occuper un officier : activité, disponibilité, non-activité, réforme et retraite. En un mot, il codifie toute la carrière militaire, au sens juridique du terme. À partir de 1836, seul un conseil d'enquête, institution disciplinaire nouvelle (ordonnance du 21 mai), peut décider d'un placement en non-activité ou de la réforme. Confirmée par l'ordonnance du 16 mars 1838 (qui réaffirme l'avancement à

¹⁸ Si on prend comme point de départ de la conquête militaire proprement dite le débarquement de Sidi Ferruch le 14 juin 1830. Voir la synthèse d'Abderrahmane Bouchène et al., *Histoire de l'Algérie à la période coloniale 1830-1962*, Paris, La découverte, coll. Repères, 2014. Voir aussi Jean-Paul Bertaud, William Serman, *Nouvelle histoire militaire de la France*, op. cit., p 253-261.

¹⁹ Annie Crépin, *Construire l'Armée Française. De la Révolution à la fin du second Empire*, Turnhout, Brepols, 2006.

²⁰ Voir William SERMAN, *Les Officiers dans la nation, 1848-1914*, Paris, Aubier Montaigne, coll. « Collection historique », 1982, p 8-9.

l'ancienneté comme droit), l'édifice juridique élaboré sous le ministère Soult protège les professionnels de la guerre en limitant les abus de l'autorité, notamment des licenciements arbitraires et épurations politiques qui doivent désormais être fondé-e-s disciplinairement. Pour Serman et Bertaud, l'efficacité de la mesure réside dans ce qu'elle implique les membres des conseils d'enquête que l'instabilité politique invite à la prudence en la matière. En réalité, les auteurs le montrent bien, cette transformation des règles du jeu institutionnelle n'empêche pas le politique d'intervenir dans le champ militaire. Pour André Bach, la fonctionnarisation du corps des officiers se traduit en retour par un durcissement de l'encadrement disciplinaire que marque le règlement sur le service intérieur de 1833. Loin de produire un affaiblissement de la discipline la « *disparition de la référence à l'essence divine du roi* » se traduit par la « *volonté croissante de tout contrôler* » en insérant les officiers, et les sous-officiers (1871), dans « *un système de plus en plus structuré d'obligations, de droits et de devoirs* »²¹, système qui organise la fonction militaire jusqu'en 1972²².

1.1.2 La protection sociale des militaires, ou comment intéresser les gens de guerre à l'État

Si le ministre de la Guerre travaille à l'évidence à renforcer la loyauté de ses cadres, anciens et nouveaux, pour faire de l'armée un outil de stabilisation du régime, les travaux d'histoire militaires, notamment ceux menés depuis les années 1980, convergent pour montrer que les mesures prises sous les monarchies censitaires ne sont pas réductibles à une stratégie politique de circonstance. De Girardet (1953) à Bach (2004) en passant par Jauffret (1987), Delmas (1992) et Serman (1979,1982,1994,1998), tous font de la période 1818-1838 le point de départ d'un processus de transformation de l'institution militaire au cours duquel l'officier devient à la fois le prototype du fonctionnaire et un fonctionnaire d'un genre particulier, un mineur civique dont les droits civils et politiques sont étroitement limités. Ces travaux suggèrent (ce n'est jamais explicité) que ces réformes participent d'une forme de dépatrimonialisation du pouvoir, d'une transformation de ses modalités de légitimation dans l'institution et, *in fine*, de l'avènement d'une nouvelle forme de domination correspondant à l'idéaltype wébérien de « domination légal-rationnelle »²³.

²¹ Raoul Girardet, *La Société militaire de 1815 à nos jours*, Paris, Perrin, 1998, p.43-63 et Général André BACH, *L'Armée de Dreyfus. Une histoire politique de l'armée française de Charles X à « l'Affaire »*, Paris, Tallandier, 2004, p 435-460.

²² Le statut de l'officier est en vigueur de 1834 à 1972. Il ne connaît que des aménagements mineurs avant que la loi n°72-622 - qui crée un « statut général des militaires » - ne soit votée le 13 juillet 1972. Sur la question voir W. Serman, *Les Officiers dans la nation, op. cit.*

²³ Max Weber (Isabelle Kalinowski et Yves Sintomer), *La Domination*, Paris, La Découverte, coll. « Politique et sociétés », 2013.

Parent pauvre d'une histoire militaire longtemps tournée vers la biographie des grands chefs ou les structures de formation, l'histoire sociale des officiers a brossé le portrait d'un corps hétérogène, travaillé par de puissants mécanismes de différenciation internes (entre les corps, les armes, les filières de recrutement) mais offrant des perspectives de promotion sociale. Les travaux de William Serman ont notamment permis d'établir que sur la période 1830-1870 deux tiers des officiers sont issus du rang. En décrivant par le menu les conditions matérielles de vie des officiers, Serman souligne cependant de manière très convaincante la prégnance de la question sociale dans l'institution militaire et met en évidence la ligne de partage qui sépare les officiers subalternes des officiers supérieurs (p. 204-226). Son étude des budgets montre que les premiers, globalement issus des fractions subalternes ou intermédiaires du monde social, peinent à maintenir leur rang quand les cadres supérieurs, appartenant très largement aux classes dominantes, y parviennent mieux, notamment parce qu'ils peuvent mobiliser le capital économique familial. En suivant Serman, on peut dire que les réformes militaires Gouvyon Saint-Cyr et Soult institutionnalisent de nouvelles formes de régulation des intérêts sociaux des classes populaires et de certaines fractions de la petite et moyenne bourgeoisie (fils d'officiers subalternes, de sous-officiers et de gendarmes, d'ouvriers militaires, d'employés, de professeurs) pour lesquelles elles constituent un mécanisme d'intéressement à l'État plus efficace que la fonction publique²⁴. Pour lui, l'armée française du XIX^e siècle est « [...] *en avance sur la plupart des administrations civiles* » ; les lois sur les retraites (8 juin 1853) et le statut général des fonctionnaires (19 octobre 1946), parce qu'elles ont « [...] *respectivement pour modèle les lois militaires de 1831 et 1834* » en témoignent²⁵. D'autres travaux accréditent cette lecture qui fait de la protection des militaires le creuset du modèle de protection sociale construit, plus tard, pour les fonctionnaires²⁶.

Qu'ils s'agissent de la construction de la fonction publique civile ou militaire, les travaux des historien-n-e-s et des politistes ont surtout insistés sur les recrutements, les carrières, sur les processus de différenciation des champs administratifs et politiques et sur les restrictions en matière de citoyenneté politique dont ces agents font l'objet²⁷. Rares sont ceux qui analysent ces premiers mécanismes de citoyenneté sociale fondée sur une logique statutaire. Car c'est bien de cela dont il s'agit si l'on suit T. H. Marshall (1950). Le sociologue britannique distingue en effet trois dimensions dans la citoyenneté : la citoyenneté civique comprenant les droits nécessaires à la liberté des individus, tels que la liberté d'expression ou le droit à la propriété ; la citoyenneté politique renvoyant au droit

²⁴ William Serman, *Les Officiers français dans la nation*, *op. cit.*, p. 11.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Guy Thuillier, *La retraite des fonctionnaires. Débats et doctrines (1790-1914)*, *op. cit.*.

²⁷ Voir Luc Rouban, *La fonction publique*, *op. cit.*.

de représentation et de participation politiques ; enfin, la citoyenneté sociale qui renvoie à la garantie de droits sociaux, à la sécurité économique et au « droit au bien-être ». Elle est donc liée à la protection sociale et recouvre à la fois les conditions d'acquisition des droits sociaux et la capacité à revendiquer ces droits ou à les faire émerger. Mais ne nous y trompons pas, comme l'explique fort bien Robert Castel, la citoyenneté sociale n'a pas pour enjeu une stricte égalité des conditions sociales, elle vise à permettre une indépendance sociale minimum²⁸.

Pour Natalie Petiteau, la sollicitude de la Monarchie de Juillet à l'endroit des militaires est d'ailleurs toute relative et le régime ne rompt pas avec la parcimonie du régime précédent²⁹. L'analyse du dispositif élaboré en 1831, on va le voir, lui donne en partie raison, surtout lorsqu'on se penche sur la situation faite aux hommes du rang. Les mesures prises par le gouvernement de Louis-Philippe, en continuité avec une partie de la législation révolutionnaire et impériale, pérennisent cependant deux changements notables. Elles entérinent d'une part le passage d'un régime d'assistance militaire fondé sur le principe de l'hospitalisation (aux Invalides et dans les compagnies détachées) à un régime dans lequel blessés et infirmes militaires sont libérés de leurs obligations et pensionnés³⁰, et elles soustraient définitivement les pensions au régime discrétionnaire des ordonnances royales d'autre part³¹. Dans la littérature juridique spécialisée de la première partie du XIX^e, la période 1790-1831 est présentée comme le passage d'un régime du bon plaisir à un régime de droit³².

1.2 Un droit social conditionné et réservé d'abord à la hiérarchie

Bien qu'on l'associe à la pension d'infirmité, la loi du 11 avril 1831 ne porte donc pas spécifiquement sur cette question. Son titre premier (art 1 à 11) règle les conditions de liquidation des pensions de retraite « pour ancienneté de service » (art 1)³³ et ne concerne pas les militaires devenus inaptes des suites d'une atteinte physique ou psychique. Les

²⁸ Robert Castel, « La citoyenneté sociale menacée », *Cités* 2008/3, n° 35, p. 133-141.

²⁹ Natalie Petiteau, *Lendemain d'Empire. Les soldats de Napoléon dans la France du XIX^e siècle*, Paris, La Boutique de l'histoire, 2003, p. 96-99.

³⁰ Sur ce premier régime d'administration des infirmes militaires voir Jean-Pierre Bois, *Les anciens soldats dans la société française au XVIII^e siècle*, Paris, France, Économica, 1990, 476 p. Voir aussi, Élisabeth Belmas et Serenella Nonnis Vigilante, *La santé des populations civiles et militaires, op. cit.*, notamment le chapitre d'Élisabeth Belmas consacré à L'admission à l'Hôtel royal des Invalides (1670-1791).

³¹ Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, Thèse pour le doctorat de Sciences Politiques et Économiques, Université de Lille, Faculté de Droit, Paris, Librairie de jurisprudence Édouard Duchemin, 1913, p.7.

³² Voir notamment Philippe-Antoine Merlin (1754-1838), *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence*. Édition 4, Tome 9, Paris, Garnery, 1812 et Louis Durat Lasalle, *Droit et législation des armées de terre et de mer : recueil méthodique complet des lois, décrets, ordonnances, règlements, instructions, etc., actuellement en vigueur...* Tome 8, Paris, 1842, p. XVI-XX.

³³ Jean-Baptiste Duvergier, *Collection complète des lois, op. cit.*, p. 341-342.

droits des hommes mis en retraite sont déterminés en fonction d'une durée de service minimum et maximum. Les officiers doivent avoir effectué 30 ans de service, mais ne peuvent rester en activité plus de 50 ans. Les sous-officiers et les soldats, doivent faire 25 ans et la durée de leur engagement ne peut excéder 45 ans, ce qui est aussi une manière de fluidifier l'avancement qui se fait à l'ancienneté. Dès lors, ils ont droit à une pension viagère dont les montants -sont indexés sur les grades³⁴.

1.2.1 Ce que « pensionné » veut dire

Ces mesures catégorielles n'auraient cependant pas beaucoup de sens du point de vue de leurs concepteurs si les professionnels de la guerre perdaient le bénéfice d'une retraite patiemment constituée dès lors qu'ils étaient contraints de quitter l'armée - parce que blessés ou malades - avant d'avoir atteint le nombre d'années minimum pour la liquidation de leur pension. Le titre II de la loi (art 12 à 19) réaffirme donc le principe du droit à pension en cas d'infirmité :

« Les blessures donnent droit à pension de retraite lorsqu'elles sont graves et incurables et qu'elles proviennent d'évènements de guerre ou d'accidents éprouvés dans un service commandé. Les infirmités donnent le même droit lorsqu'elles sont graves et incurables et qu'elles sont reconnues provenir de fatigues ou dangers du services militaires »³⁵.

Le texte par ailleurs ne se limite pas à la personne du militaire lui-même. Son titre III (art. 19 à 22) étend le droit à pension aux veuves et ouvre pour les orphelins un droit au secours en cas de décès de la mère. Son montant équivaut à celui de la pension que cette dernière touchait ou aurait pu toucher. Il est réparti entre les enfants et payé jusqu'à ce que le plus jeune atteigne 21 ans révolu. La législation de 1831 vise donc à protéger les anciens militaires et les familles des militaires décédés ou disparus en service en instaurant à leur destination des pensions viagères et réversibles qui, par ailleurs, sont aussi incessibles et insaisissables. Mais il faut dire tout de suite combien le mécanisme est limité et exclusif. D'abord, il ne concerne pas les ascendants ou tout autre membre de la famille que le militaire pourrait avoir à charge. Ensuite, et la subtilité est déterminante, la notion de « réversibilité » suppose que la pension ait déjà été accordée au militaire. On voit tout de suite la limite, l'épouse d'un militaire qui décède alors qu'il est déjà pensionné bénéficiera de la réversion, comme celle dont le mari meurt lors d'une expédition coloniale. À l'inverse, la veuve d'un militaire qui décède d'une pneumonie à la caserne ou à l'hôpital n'a droit à rien si la demande de pension n'a pas été faite en

³⁴ Les grades indiqués ici sont ceux de l'active. Ils servent de référence dans l'armée et les grades des services - ceux de l'intendance ou du corps de santé par exemple - y sont assimilés.

³⁵ Jean-Baptiste Duvergier, *Collection complète des lois, op. cit.*, p 343-345.

amont³⁶. Pour que les femmes et les enfants des militaires touchent une pension, il faut que ces derniers meurent dans des conditions bien précises, lors d'un combat, à l'étranger, à la suite d'un accident de service ou des suites de l'infirmité pour laquelle ils ont été pensionnés ; s'ils décèdent avant ou dans d'autres conditions, il n'y a pas de droit.

Tableau 1 : Tarifs en francs des pensions annuelles de retraite des officiers et non-officiers annexés à la loi du 11 avril 1831.

		Montants		Hausse en pourcentage
		Mini 25 et 30 ans de service	Maxi 45 et 50 ans de service	
Officiers	Général de division	4 000	6 000	50
	Général de brigade	3 000	4 000	33
	Colonel	2 400	3 000	25
	Lieutenant-colonel	1 800	2 400	33
	Chef de B (Commandant)	1 500	2 000	33
	Capitaine	1 200	1 600	33
	Lieutenant	800	1 200	50
	Sous-lieutenant	600	1 000	67
Sous-officiers	Adjudant-chef	-	-	-
	Adjudant	400	600	50
	Aspirant	-	-	-
	Sergents-majors	300	500	67
	Sergents	250	400	60
	Caporaux	220	340	55
Hommes de troupes	Soldats	200	300	50

Sources : J.-B. Duvergier, *Collection complète des lois, op.cit.*, p. 341-347 et p. 433-435.

Reprenant une partie de la législation révolutionnaire³⁷, la loi de 1831 ne crée pas à proprement parler de pension d'infirmité ou d'invalidité, elle pérennise un principe d'équivalence dont les premières traces connues remonteraient à 1764 et en vertu duquel ancienneté, vieillesse, blessures et infirmités deviennent commensurables par leurs effets

³⁶ Par souci de clarté de l'exposé et parce qu'elles dépassent les limites de mon propos, je ne traite pas davantage des questions relatives aux droits des veuves et des orphelins. Je ne m'occupe pas non plus des « marins » qui, entre autres spécificités, relèvent d'une législation et d'un ministère spécifiques.

³⁷ Le 27 février 1793, la Convention adopte le droit à la réparation intégrale pour les blessés militaires et les décrets d'application des 6 et 16 juin (art 7) l'entérinent mais ses dispositions sont abrogées le 19 nivôse an VI (8 janvier 1798). Un texte du 28 fructidor an VII (14 septembre 1799) institue alors des soldes de retraites personnelles et viagère à destination des militaires. Trois mois plus tard, en décembre 1799, l'octroi d'une pension à tout militaire blessé « à la défense de la Patrie » devient un principe constitutionnel (l'article 86 de la Constitution du 22 Frimaire an VIII). La loi du 25 mars 1817, assujettit les pensionnés à une visite annuelle par les officiers de santé. Cette visite, qui met en jeu le maintien de la pension, est supprimée par loi du 14 juillet 1819 qui confère aussi à cette pension un caractère viager.

et ouvrent la possibilité de recevoir une pension³⁸. En plaçant de concert les vieux militaires et les militaires blessés et malades devenus inaptes au service « sous l'aile protectrice de l'État »³⁹, le dispositif contribue à l'élaboration d'une notion nouvelle, encore opératoire aujourd'hui et centrale dans l'histoire de la santé au travail : l'inaptitude professionnelle⁴⁰. C'est sur la base de cette association cognitive et juridique, formalisé dans la notion d'inaptitude au service, qu'indépendamment de la question de la durée de ce service, l'État peut liquider la pension d'ancienneté de manière anticipée. Le texte limite toutefois la portée de ces mesures en leur conférant un caractère conditionnel. Le droit à pension est absolu dès lors qu'il s'applique à des militaires de métier ayant effectué un nombre d'années de service minimum, mais il est strictement conditionné lorsqu'il s'agit d'une liquidation anticipée pour blessure ou infirmité. La loi dans ce cas ne reconnaît de droit à pension que pour les atteintes graves ce qui nécessite d'en donner une définition minimale. Là encore, le texte de 1831 n'innove pas vraiment dans son principe. La première classification (française) à établir un lien entre gravité et montant des indemnités en France est en effet instituée par les décrets des 8-9 février 1793. Elle distingue la perte d'une jambe ou l'impossibilité de servir (15 sous par jour), la perte d'un bras ou d'une main (20 sous par jour) et l'amputation ou la perte de deux membres (500 livres par an). Le texte de 1831 refond donc une classification des atteintes corporelles et physiques héritée de la législation révolutionnaire et répartit celles-ci en six classes.

Tableau 2 : Classification des blessures et infirmités annexée à la loi de 1831

Première classe	Cécité ou perte totale et irrémédiable de la vue
Deuxième classe	Amputation de deux membres
Troisième classe	Amputation d'un membre (pied ou main)
Quatrième classe	Perte absolue de l'usage de deux membres
Cinquième classe	Perte absolue de l'usage d'un membre et infirmités équivalentes
Sixième classe	Infirmités moins graves

Sources : Ministère de la Guerre, *Instruction ministérielle*, 20 septembre 1831.

Les trois premières classes sont pensées comme objectives en ce qu'elles ne renvoient qu'à des atteintes lésionnelles tandis que les trois classes suivantes désignent aussi des atteintes fonctionnelles regroupées en vertu de leur commensurabilité supposée et qui n'ont d'autres liens entre elles que la gravité moindre qu'on leur prête. Produit d'un

³⁸ Voir Jean-Pierre Bois, *Les anciens soldats dans la société française au XVIII^e siècle*, *op. cit.*.

³⁹ La formule est empruntée au livre éponyme d'Abram de Swaan, *Sous l'aile protectrice de l'État*, traduit par Laurent Bury, Paris, Presses universitaires de France, 1995, 377 p.

⁴⁰ Françoise Fortunet, « Aux origines d'une définition juridique de l'inaptitude professionnelle », *chap. cité* Catherine Omnès, Anne-Sophie Bruno, *Les mains inutiles. op. cit.*, p. 23.

éthos militaire qui valorise la blessure⁴¹ (marque par excellence de courage au feu) et de pratiques médicales d'expertise peu formalisées dans lesquelles priment la logique lésionnelle⁴², cette classification des infirmités apparaît de prime abord comme un classement de sens commun.

L'opposition structurale blessure/infirmité, qui organise le droit à pension, justifie cependant qu'on s'arrête un instant pour l'examiner avant d'aller plus loin. À la différence des couples catégoriels apte/inapte, valide/invalidé, capable/incapable, ce principe de classement n'est pas une déclinaison de la paire de concepts antinomiques asymétriques⁴³ « homme bien portant/malade ». Elle trace une ligne de démarcation au sein même du « pathologique ». Pour bien comprendre ce qui se joue pour les contemporains dans la distinction qu'opère le législateur entre blessés et infirmes, il faut avoir en tête ce que désigne le substantif. Dans son édition de 1878, le Littré et Robin, dictionnaire médical qui fait alors autorité, en donne la définition suivante :

« Selon L'Académie ce mot veut dire indisposition ou maladie habituelle. Requin l'a mieux défini. Il entend par infirmité, tout cas dans lequel un individu, avec ou sans désordre appréciable de la disposition matérielle du corps, ne possède pas telle ou telle fonction, ou la possède de manière imparfaite ou irrégulière, tout en jouissant d'ailleurs d'une bonne santé relativement aux conditions physiologiques qui lui sont propres dès la naissance ou que des maladies antérieures lui ont faites (Requin). Dans la maladie qui porte sur une seule fonction, celui-ci subit actuellement une altération : elle passe par des phases plus ou moins marquées, et la plupart du temps avec de continuelles oscillations, de son état normal à un état d'imperfection ou même de complet évanouissement pour marcher ensuite (du moins très souvent) à sa réintégration. Dans l'infirmité, la fonction, ou n'a jamais existé ou bien est définitivement abolie. La maladie est un fait qui s'opère, l'infirmité un fait accompli ; celle-ci est souvent la terminaison de celle-là.⁴⁴ »

À l'inverse de la maladie - processus dont on ignore la direction et la résolution -, l'infirmité est un état définitif, un « fait accompli ». En d'autres termes, elle désigne les « séquelles »⁴⁵ d'une atteinte des fonctions physiques ou mentales. D'un point de vue

⁴¹ Le concept d'éthos, dans le sens où l'entend Pierre Bourdieu (comme composante de l'habitus), désigne un « [...] ensemble objectivement systématique de dispositions à dimension éthique [et] de principes pratiques [...] » un système de valeur incorporé qui s'incarne dans la pratique sans être toujours pensé et construit comme tel. Voir Pierre Bourdieu, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1984. Dans le cas présent le statut de la blessure dans la classification ne relève pas du seul éthos militaire, il relève aussi de raison médico-légale.

⁴² Caractéristique des représentations savantes du pathologique au XIX^e dont Canguilhem attribue la triple paternité à Pinel, Bichat et Broussais. Voir Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris PUF, 2009.

⁴³ Reinhart Koselleck, *Le Futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques*, Paris, éd. EHESS, 1990, 334 p.

⁴⁴ Émile Littré, Charles Robin, *Dictionnaire de Médecine, de chirurgie, de pharmacie, et des sciences qui s'y rapportent*, Paris, J-B. Baillière & Fils, 1878, p. 807. Les passages soulignés sont de mon fait.

⁴⁵ 1904 pathol. (*Nouv. Lar. ill.*): « Séquelle ». Se dit - en général au plur. - des troubles fonctionnels ou des lésions qui persistent après que l'évolution clinique d'une maladie est terminée.

pratique, l'utilité de la paire « blessure/infirmité » est donc double. Elle est moins restrictive que le couple « blessure/maladie » qui exclut de fait des états fonctionnels ou physiologiques que la notion d'infirmité permet d'intégrer. C'est le cas, par exemple, d'une surdité consécutive à une otite guérie ou d'une claudication qui perdure après une fracture réduite et consolidée. Mais elle autorise aussi une restriction du périmètre d'application de la loi en excluant de la population-cible les hommes dont l'état fonctionnel est susceptible de s'améliorer. Prendre en charge « les blessés et les infirmes » et non les « malades », c'est réduire l'incertitude en éliminant les situations dont l'évolution, imprévisible, pourrait grever le budget de l' tat. Indice supplémentaire de ce souci budgétaire, le texte de la loi précise que les infirmités doivent être « incurables » ce que le terme dit déjà. Dans tous les cas, la condition de gravité est en effet assortie d'une clause d'incurabilité, formulée dans la loi comme « l'impossibilité de rester en activité et d'y rentrer ultérieurement ». Ceux dont l'infirmité, donc l'inaptitude, est jugée temporaire, qu'ils soient professionnels ou conscrits, n'ont donc aucun droit. Autrement dit, la notion d'incapacité temporaire n'existe pas ici quelle que soit la durée de la convalescence. Pourtant, elle est couramment mobilisée, à la même époque, dans le monde de l'expertise médico-légale. Mieux, dans le prétoire, la durée de l'incapacité de travail a une fonction déterminante en droit du dommage corporel : c'est elle qui détermine la gravité d'une blessure infligée à un individu par un tiers et par conséquent le quantum des indemnités.

Enfin et surtout, les blessures, on l'a vu, doivent provenir « d' v nements de guerre ou d'accidents éprouvés dans un service commandé » et les infirmités « de fatigues ou dangers du service militaire »⁴⁶. Si on comprend que la notion « d' v nements de guerre » s'applique aux blessures reçues en campagne, celles de « service commandé » et de « fatigues ou dangers du service » méritent quelques éclaircissements. Interprétées de manière littérale, ces expressions renvoient aux accidents survenus et aux maladies contractées lorsque le militaire effectue un exercice, une corvée ou un travail en exécution d'un ordre direct, c'est à dire en manœuvres, marches, parades ou revues, en séance de tir, d'équitation, de voltige, de gymnastique, de natation, d'escrime, lors de la construction ou de l'armement d'un ouvrage, lors de travaux de fortification, en donnant des soins aux chevaux, ou encore lors des rondes, des gardes ou des factions⁴⁷. Hors de ces situations-types, la multitude des accidents ordinaires de la vie de caserne échappe à l'indemnisation. Mais il y a plus. La notion d'accident elle-même autorise, sinon une restriction du périmètre de l'ouverture des droits, à minima, une ambiguité que

⁴⁶ *Idem*, p 343-345.

⁴⁷ La liste est donnée dans Tardieu, *Traité théorique et pratique de la législation des pensions de retraite*, Paris, Paul Dumont, 1906, p. 294.

l'administration peut exploiter. Entendu comme « un trouble des fonctions avec lésions des tissus et des humeurs, dans lequel la cause est extérieure [...] » l'accident vient redoubler la clause d'origine ; survenue en service, une hernie est –elle d'origine interne ou externe ? Le même Littré distinguant les « modes de production » oppose les hernies dites Malgaigne, « congénitale », qui se « rattache à un vice de l'évolution embryonnaire ou fœtal » aux hernies « spontanées »

Ceux qui remplissent les trois conditions de gravité, d'incurabilité et d'origine, sont donc mis en retraite anticipée. Les quatre premières classes donnent droit à une indemnisation calculée sur la base du maximum du tarif du grade, la cinquième classe donne droit au minimum du tarif du grade augmenté de l'annuité d'accroissement pour chaque année passée sous l'uniforme (tableau 3). Quant à la 6^e classe, elle permet d'obtenir le tarif minimum du grade mais n'est augmentée que si la durée minimum de service (qui est réintroduite) a été atteinte, ce qui, de fait, empêche les non-professionnels d'en bénéficier. Si la loi vise avant tout les professionnels de la guerre et plus précisément les officiers, elle n'exclue pas formellement les conscrits dont la durée de service est alors de 7 ans. Dès lors que les conditions de gravité d'incurabilité et d'origine sont reconnues, le droit à pension existe, indépendamment de toute condition d'âge ou de durée de service⁴⁸. Mais pour les non-officiers, la clause de gravité se double d'un autre impératif : leur infirmité doit les mettre dans « l'impossibilité » ou « hors d'état de pourvoir à leur subsistance ». Classique dans l'histoire de l'administration de la misère au XIX^e, cette clause d'incapacité supplémentaire marquée du sceau de la logique utilitariste libérale à des effets très concrets, elle empêche toute mesure de réparation fondée en droit pour ce qu'on appellera plus tard, l'incapacité partielle permanente (Cf. 2.1.2).

1.2.2 Revalorisation et rationalisation de la tarification des corps

Le caractère intrinsèquement différencialiste de ce dispositif qui reproduit les inégalités de positions (donc de revenus) constitutives de l'ordre militaire se traduit en matière d'indemnisation par une tarification différentielle des atteintes corporelles (tableau 3 ci-contre).

⁴⁸ Iwan Hamant, La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires, thèse citée, p.15.

Tableau 3 : Montants annuels des pensions pour blessures ou infirmités 1831-1861

	1 ^{ère} à 4 ^e classes	5 ^e classe		6 ^e classe	
	Maximum de la pension d'ancienneté du grade	Minimum de la pension d'ancienneté du grade augmentée pour chaque année de service ou de campagne de l'annuité d'accroissement (ANAC)		Minimum de la pension d'ancienneté du grade augmentée pour chaque année de service ou de campagne <u>au delà de la durée minimum de service</u> de l'annuité d'accroissement (ANAC)	
	Maximum	Minimum	ANAC	Minimum	ANAC
Général de division	6 000	4 000	100	4 000	100
Général de brigade	4 000	3 000	50	3 000	50
Colonel	3 000	2 400	30	2 400	30
Lieutenant-colonel	2 400	1 800	25	1 800	25
Commandant	2 000	1 500	20	1 500	20
Capitaine	1 600	1 200	20	1 200	20
Lieutenant	1 200	800	20	800	20
Sous-lieutenant	1 000	600	20	600	20
Adjudant-chef	–	–	–	–	–
Adjudant	600	400	10	400	10
Aspirant	–	–	–	–	–
Sergents-majors et assimilés	500	300	10	300	10
Sergents et assimilés	400	250	7,5	250	7,5
Caporaux et assimilés	340	220	6	220	6
Soldats et assimilés	300	200	5	200	5

Sources : J. Saumur, *Pensions et secours. Recueil des lois, décrets, circulaires et décisions relatifs aux pensions militaires et civiles, aux gratifications permanentes, aux secours permanents et éventuels*, Paris, H.-Ch. Lavauzelle, 2e édition, 1902.

L'indexation des tarifs sur le grade génère des écarts d'indemnisation compris entre 1,1 pour 1 et 20 pour 1. Comme le montre le tableau n°3 ci-contre, à infirmité égale, un adjudant touche une pension 2 fois supérieure à celle d'un soldat, un lieutenant 4 fois, un général de division 20 fois et ce quel que soit le cas de figure envisagé. Mais le degré de gravité joue en réalité sur les écarts de manière distincte en fonction des grades. Dans le cas d'une infirmité reconnue de 5^e ou 6^e classe (calculée sur la base du minimum) les pensions attribuées aux lieutenants-colonels, colonels, et généraux de brigade sont respectivement 9, 12, et 15 fois supérieures à celle du troupier. En cas d'amputation, de cécité ou de paralysie d'un membre (les 4 premières classes), elles ne sont plus que 8, 10 et 13 fois supérieures à celle du soldat. La gravité réduit donc un peu les écarts entre le soldat et les officiers supérieurs. En revanche, elle les accentue au niveau des grades subalternes. Pour les infirmités jugées les moins graves (5^e et 6^e classes), un caporal reçoit une pension supérieure de 10% à celle du soldat contre 13% s'il a droit au maximum. Pour un sergent,

les taux respectifs sont de 25% et 33%, ils sont de 50% et 66% pour un sergent-major, de 200 et 233% pour un sous-lieutenant. Autrement dit, la grille tarifaire adoptée ne valorise pas seulement la gravité par une hausse générale des tarifs quelque soit le grade. Dans les positions subalternes, elle fonctionne comme un mécanisme de différenciation supplémentaire entre le soldat et ses supérieurs directs en accentuant les écarts au grade le plus faible (sauf pour l'adjudant).

Au début du siècle, le dispositif a cependant connu des transformations notables. L'art 5 de la loi 1861 a dissocié les 3^e et 4^e des 1^{ère} et 2^e classes et revalorisé les pensions afférentes. La perte totale et irrémédiable de la vue et l'amputation de deux membres donne droit au maximum de la pension d'ancienneté augmentée de 20% pour les officiers, de 30% pour les autres et tend ainsi à réduire les inégalités de traitement en la matière. Par ailleurs, les tarifs des pensions ont été revalorisés à cinq reprises entre 1855 et 1881. Ensuite, la hiérarchie militaire s'est complexifiée avec l'introduction d'échelons pour les grades de sous-lieutenants (2), de lieutenant (4) et de capitaine (4) en 1911⁴⁹, et la création de deux nouveaux grades de sous-officiers en 1912 : celui d'aspirant et celui d'adjudant-chef. Dans le même temps, la classification des infirmités a connu des modifications substantielles. Republiée en 1862 puis en 1879 à la suite du travail effectué par les Conseils de santé de la Guerre et de la Marine réunis, la classification opératoire en 1914 correspond - à deux exceptions près - à la dernière évolution adoptée, elle, en 1887⁵⁰ et connue sous le nom d'échelle de gravité. Véritable référentiel, annexé à la loi, l'échelle de gravité de 1887 ne modifie pas les trois premières classes mais la « perte absolue de l'usage d'un membre » (4^e classe) devient « perte absolue [...] et infirmités équivalentes » ce qui a pour effet d'étendre le champ d'application de la loi. Mais cette extension se fait au prix d'une objectivation plus fine des catégories d'infirmité, d'un travail de redéfinition des classes d'équivalence. La classification fournit désormais une liste des atteintes - numérotées de 1 à 66 - relevant des 4^e, 5^e et 6^e classes⁵¹. Le tableau 4 (ci-contre) résume l'ensemble de ces évolutions et indique les montants des pensions versées pour blessures ou infirmités imputables au service sur la période 1911-1914⁵².

⁴⁹ Article 79 de la loi de finance du 13 juillet 1911.

⁵⁰ Décision ministérielle du 23 juillet 1887 portant classification des blessures et infirmités ouvrant droit à la pension suivant les catégories fixées par les lois des 11 et 18 avril 1831.

⁵¹ Celles-ci comprennent alors respectivement 8, 38 et 20 sous-classes dûment numérotées.

⁵² Il faut garder à l'esprit que les grades d'adjudants-chefs et d'aspirants n'existent pas avant 1914 et que ceux de sous-lieutenant, lieutenant et capitaine ne connaissent la stratification en échelon qu'à partir de 1911. Avant cette date, le montant de leurs pensions respectives correspond à celui indiqué pour le premier échelon du grade.

Tableau 4: Montants annuels (en franc) des pensions pour blessures ou infirmités 1911-1914

	1 ^{ère} et 2 ^e cl.	3 ^e et 4 ^e cl.	5 ^e cl.	6 ^e cl.
	Maximum augmenté de 20% (officiers) ou 30% (non-officiers)	Maximum de la pension d'ancienneté du grade	Minimum augmenté pour chaque année de service ou de campagne de l'annuité d'accroissement (ANAC)	Minimum augmenté pour chaque année de service ou de campagne <u>au delà de la durée minimum de service de l'ANAC</u>
Minimum + ANAC				
Général de division	12 600	10 500	7 000	175
Général de brigade	9 600	8 000	6 000	100
Colonel	7 200	6 000	4 500	75
Lieutenant-colonel	6 000	5 000	3 700	65
Commandant	4 800	4 000	3 000	50
Capitaine	4 ^e échelon	4 680	3 900	2 900
	3 ^e échelon	4 440	3 700	2 700
	2 ^e échelon	4 200	3 500	2 500
	1 ^{er} échelon	3 960	3 300	2 300
Lieutenant	4 ^e échelon	3 960	3 300	2 300
	3 ^e échelon	3 780	3 150	2 150
	2 ^e échelon	3 600	3 000	2 000
	1 ^{er} échelon	3 420	2 850	1 850
Sous-lieutenant	2 ^e échelon	3 360	2 800	1 800
	1 ^{er} échelon	2 760	2 300	1 500
Adjudant-chef	1 820	1 400	1 100	15
Adjudant	1 690	1 300	1 000	15
Aspirant	1 625	1 250	950	15
Sergents-majors et assimilés	1 560	1 200	900	15
Sergents et assimilés	1 430	1 100	800	15
Caporaux et assimilés	1 170	900	700	10
Soldats et assimilés	975	750	600	7,5

Sources : Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, thèse citée.

Premier constat, pour le moins contre-intuitif, les revalorisations successives des pensions de retraites - donc des montants versés pour blessures ou infirmités - s'opèrent globalement au bénéfice des grades subalternes, ce qui réduit les écarts entre les grades les plus élevés et les grades les plus faibles. À partir de 1881, la pension d'un général de division n'est plus 20 fois supérieure à celle d'un première classe mais 12 ou 14 fois selon qu'elle est liquidée sur la base du maximum ou du minimum. Et cet effet de nivellement relatif, quoique plus marqué au niveau des officiers, est valable à tous les échelons à

l'exception des grades de caporal et de sergent pour lesquels les écarts avec la pension du soldat se creusent légèrement.

Tableau 5 : Comparaison des montants de pension sur la base de l'écart au grade le plus faible⁵³

	Période 1831-1855		Période postérieure à 1881	
	Pension du soldat liquidée sur la base du minimum = indice 100	Pension du soldat liquidée sur la base du maximum = indice 100	Pension du soldat liquidée sur la base du minimum = indice 100	Pension du soldat liquidée sur la base du maximum = indice 100
Général de division	2 000	2 000	1 167	1 400
Général de Brigade	1 500	1 333	1 000	1 670
Colonel	1 200	1 000	750	800
Lieutenant-Cl	900	800	617	667
Commandant	750	666	500	533
Capitaine	600	533	383	440
lieutenant	400	400	283	333
Sous-lieutenant	300	333	250	307
Adjudant	200	200	167	173
Sergent-major	150	166	150	160
Sergent	125	133	133	146
Caporal	110	113	117	120

Sources : J. Saumur, *Pensions et secours. op-cit.*, p.33.

Bien que l'indicateur soit un peu frustré, il permet de rendre de compte d'une tendance générale sur la période : alors que la différenciation sociale s'accroît dans l'armée, le mécanisme d'indemnisation, lui, devient moins inégalitaire⁵⁴.

Il est plus difficile en revanche d'apprécier les effets de ce régime de réparation une fois ces militaires retournés à la vie civile. Si les données qui y sont rassemblées ne permettent pas la comparaison terme à terme, le tableau 6 donne toutefois quelques éléments permettant d'apprécier la valeur relative des pensions dont peuvent bénéficier les grades subalternes au regard des niveaux de salaires de différentes professions entre 1911 et 1913.

⁵³ La pension en francs des soldats et assimilés sert ici de base au calcul (indice 100). Afin de ne pas encombrer le tableau dont la vocation est comparative, je n'ai pas fait figurer ici les échelons introduits en 1911, ni les grades d'aspirant et d'adjudant-chef introduits en 1914.

⁵⁴ Sur l'accentuation de la différenciation sociale dans l'armée sur la période 1872-1914 cf. Mathieu Marly, *L'âme des régiments*, thèse citée, notamment la deuxième partie « Origines, trajectoires et impasses du galon », p.171-325 et sa conclusion p. 496-512. Pour lui, la construction de l'armée nationale et son intégration dans l'ordre républicain ont pour effet (entre autres) de faire apparaître un « fossé social creusé par l'instauration de la méritocratie scolaire [qui] contribue à renforcer l'ethos aristocratique des officiers en les éloignant encore davantage de la troupe » (p. 501).

Pour mettre en perspective les pensions des sous-officiers et soldats, j'ai utilisé les chiffres des « salaires comparés par professions » fournis par *L'annuaire statistique* de 1939. À partir des évaluations réalisées par les Conseils de Prud'homme ou les mairies et des chiffres du Comité Central des Houillères de France (bureau de la documentation minière au Ministère des Travaux publics) la Statistique Générale de France livre différents tableaux relatifs aux salaires; trois ont servis ici. Le premier donne des montants de salaires pour une quarantaine de « professions masculines » - pour l'essentiel, des métiers de l'artisanat ou des postes d'ouvrier qualifié - et pour sept "professions féminines" (tableau I). Il distingue Paris et la province, et fournit dans les deux cas une moyenne pour l'ensemble des professions. Ce sont ces moyennes qui figurent dans le tableau ci-dessous. J'ai complété avec les données fournies dans les tableaux III : « salaires journaliers moyens dans les mines de houille » (ouvriers de jour, du fond et ensemble) dans huit grandes villes minières (et pour la France entière) et IV : « salaires comparés des domestiques et gens de maison nourris ». Dans les deux cas, les chiffres correspondent à l'année 1913. Les salaires moyens des différentes catégories d'ouvriers agricoles auraient eu toute leur place ici, mais malheureusement l'Annuaire n'en fait pas état. Les salaires moyens des professions et des ouvriers mineurs sont journaliers, aussi, pour permettre la comparaison, j'ai divisé les montants minimum et maximum des pensions des soldats et adjudant (cf. tableau 4) ainsi que les salaires des domestiques par 300, ce qui correspond à peu près au nombre de jours maximum

Tableau 6 : Comparaison des pensions des sous-officiers et soldats et des salaires (en francs par jour).

	1911	1913
Montant du minimum Pension soldat	2	2
Montant du maximum Pension soldat	3,3	3,3
Montant du minimum Pension adjudant	3,3	3,3
Montant du maximum Pension adjudant	5,6	5,6
Salaire moyen ensemble de 40 professions masculines (Province / Paris)	4,61 8,12	-
Salaires moyen ensemble de 7 professions féminines	2,29	-
Salaires moyens des ouvriers mineurs des houillères, jour et fond confondu (France entière)	-	5,4
Salaire moyen des domestiques hommes	-	3,12
Salaires moyen des domestiques femmes	-	1,35

Sources : Salaires : Statistiques Générale de France, *Annuaire statistique*, vol. 55, 1939, partie rétrospective, p 172-173 et « 4^e partie : Revenus et consommations - 4C Salaires », 212-214. Pensions : J. Saumur, *Pensions et secours*, thèse citée.

Si ces moyennes écrasent à l'évidence la structure des inégalités de revenus dans les mondes sociaux très stratifiés de la boutique, de l'atelier, de l'usine ou de la domesticité, elles éclairent néanmoins d'une lumière crue la situation des hommes que l'armée rend à la vie civile diminués. Avec une pension équivalente à 3,30 francs par jour, les revenus d'un soldat amputé d'un membre ou devenu aveugle (classe 1 et 2 de l'échelle de gravité de 1887) sont inférieurs d'au moins 25% à la moyenne des salaires masculins de l'époque et correspondent à peu près au salaire moyen de la domesticité masculine nourrie et

logée. Dans le cas d'une pension liquidée sur la base du minimum (5^e et 6^e classes) ses revenus journaliers tombent à 2 francs et sont dès lors inférieurs aux salaires, déjà parmi les plus bas, des professions réservées aux femmes. Seule la domesticité féminine connaît alors des niveaux de rémunération plus faibles. Pour les sous-officiers, la situation est à peine meilleure, avec des pensions correspondant à des revenus journaliers de 3,30 à 5,6 francs. Un adjudant dispose, au mieux, de l'équivalent d'un salaire moyen dans les houillères. Pour ces hommes dont le grade suggère qu'ils appartiennent plutôt aux classes populaires, la pension de retraite pour infirmité est donc loin de constituer une protection solide contre la vulnérabilité sociale : l'État leur accorde de quoi survivre, guère plus. Juridiquement, rien ne les empêche de cumuler leur pension avec un traitement civil⁵⁵ quand ils peuvent trouver de l'embauche. L'instauration du principe et la pérennisation d'un dispositif d'emplois réservés comme la concession de débits de tabac (qui n'est donc pas une création de guerre)⁵⁶ laissent deviner les difficultés auxquelles se heurtent les pensionnés en la matière. Mais il s'inscrit également dans une « *longue tradition étatique de gestion de la « main d'œuvre guerrière*⁵⁷ » et de maîtrise des modes de reconversion des anciens militaires. Elle favorise notamment deux types de voies : « *les fonctions d'encadrement de la société civile et les métiers de l'ordre* » (police, gendarmerie, douane) et l'administration civile⁵⁸.

Pour autant, bénéficiaires de ces reclassements et pensionnés sont ceux qui s'en sortent le mieux et ils sont, on le verra, nettement minoritaires. Pensé et construit comme un mécanisme de protection sociale statutaire destiné aux cadres d'une armée de professionnels, le dispositif issu de la loi de 1831 s'adresse en priorité aux officiers qui une fois libérés, doivent encore maintenir leur rang et le prestige de l'épaulette. Qu'en est-il alors des autres, de ces militaires radiés pour inaptitude sans que leurs infirmités ou blessures ne répondent aux trois conditions d'origine, de gravité et d'incurabilité imposées par la loi ?

1.3 L'envers du droit : une politique des secours

Pour les hommes mis en congé de réforme auxquels l'État ne reconnaît pas de droit à pension et auxquels il n'accorde pas la retraite par anticipation, la procédure, assez complexe distingue, là encore, les non-officiers des officiers. Les premiers peuvent

⁵⁵ La loi de finances du 26 décembre 1890 restreint (art.26) ce droit au cumul pour les officiers retraités mais précise que la restriction n'intéresse ni les retraités pour blessures ou infirmités des 5 premières classes, ni les hommes de rang (quelque soit le motif de leur retraite).

⁵⁶ Voir JORF, Lois et décrets, lois des 18 mars 1889 et 25 juin 1909.

⁵⁷ Mathieu Marly, *L'âme des régiments*, thèse citée, p. 93.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 93-98.

toucher soit une solde de réforme, soit une pension de réforme ; leurs subordonnés, eux, doivent au mieux se contenter d'un secours.

1.3.1 La distribution des faveurs

L'attribution d'une solde peut intervenir dès lors que l'officier a accompli la moitié au moins du temps de service imposé par la loi de recrutement en vigueur (soit un minimum de 10 ans à partir de 1878). Elle est alors versée pendant une durée égale à la moitié du temps de service effectué et son montant équivaut aux deux tiers du minimum de la pension de retraite de son grade. La pension de réforme est, elle, conditionnée à une durée de service minimale de vingt ans et liquidée d'après le minimum de la retraite pour son grade et augmentée à raison d'un trentième de ce minimum pour chaque année de service supplémentaires⁵⁹. Non réversibles, les ascendants et descendants à charge ne peuvent bénéficier de ces soldes ou pensions en cas de décès de leurs titulaires.

Tableau 7 : Tarifs (en francs) des soldes et pensions de réforme des officiers 1834 - 1855

		Minimum de la pension de retraite	Soldes de réforme	Pension de réforme				
				Entre 7 et 19 ans de service	20 ans de service	21 ans de service	22 ans de service	23 ans de service
Officiers	Général de division	4 000	2640	2640	2772	2904	3036	3168
	Général de brigade	3 000	1980	1980	2779	2178	2277	2376
	Colonel	2 400	1584	1580	1663	1743	1822	1901
	Lieutenant-colonel	1 800	1188	1190	1247	1307	1366	1426
	Commandant	1 500	990	990	1040	1089	1139	1188
	Capitaine	1 200	792	790	832	871	911	950
	Lieutenant	800	528	530	555	581	607	634
	Sous-lieutenant	600	396	400	416	436	455	475

Sources : J. Saumur, *Pensions et secours*, thèse citée. Les résultats ont été arrondis à l'unité la plus proche.

Pour les soldats et sous-officiers, la situation est plus simple : ils n'ont droit ni à la pension ni à la solde de réforme et ne peuvent prétendre qu'à des secours gracieux de deux types : des secours proprement dits ou des gratifications, les secondes s'avérant plus

⁵⁹ Loi du 19 mai 1834 sur « l'état des officiers », décret du 29 juin 1878 et loi du 17 août 1879, dans Jules Saumur, *Pensions et secours*. Recueil des lois, décrets, circulaires et décisions relatifs aux pensions militaires et civiles, aux gratifications permanentes, aux secours permanents et éventuels, Paris, H.-Ch. Lavauzelle, 2^e édition, 1902, p. 39. Sauf mention contraire explicite, tous les textes de lois, décrets, circulaires, cités dans ce chapitre sont consultables dans ce volume. Pour les explications relatives à la durée et au calcul de la quotité des soldes et pensions de réforme voir Roger Leroy, *Pensions de l'armée de terre*, Thèse pour le doctorat, Université de Paris, Faculté de Droit, M. Berthélemy (dir.), soutenue le 18 juin 1901, Paris, éd. Arthur Rousseau, 1901, p. 88-89.

avantageuses que les premiers⁶⁰. À ce niveau s'opère toutefois une nouvelle distinction qui fait jouer à plein le critère d'origine. Il y a en effet deux types de congés de réforme : si les blessures et infirmités ne sont pas reconnues comme conséquence directe du service, le militaire est réformé par congé n°2. Si au contraire elles sont reconnues comme résultant du service, il obtient un congé n°1. C'est ce dernier congé qui ouvre la possibilité d'une gratification dite de réforme. Autrement dit, la gratification, comme la pension, est fondée sur la reconnaissance de l'origine. Le militaire réformé par congé n°2 ne peut espérer au mieux qu'un secours⁶¹.

Ces derniers dont l'attribution n'est pas fondée juridiquement comprennent deux catégories : les « secours éventuels », attribués une fois mais renouvelables de manière exceptionnelle et les « secours permanents » qui, comme leur nom ne l'indiquent pas, ne sont plus renouvelés dès lors que leur concession ne paraît plus justifiée. Par définition, la demande de secours ne présente aucune garantie quant à son acceptation. Le secours est une faveur dont l'attribution revêt un caractère tout à fait discrétionnaire. Surtout, ces demandes de secours ne sont accordées que dans les limites des crédits disponibles. La dotation des chapitres de secours au budget et le nombre des sollicitations constituent donc les deux facteurs les plus importants pour apprécier les variations du nombre de secours distribués et leurs quotités.

L'histoire des gratifications est plus complexe : l'ordonnance du 27 août 1814 décide que les sous-officiers, caporaux et soldats réformés pour des « *blessures moins graves* » et non-éligibles à pension pourront recevoir une gratification payée en une fois⁶². Son taux est équivalent à la moitié du minimum de la pension de retraite (d'où son surnom : la demi-pension). En octobre 1852 (le 30), une décision révisé son montant jugés trop faible et instaure à destination militaires non-officiers de la gendarmerie une gratification temporaire spéciale: elle est égale aux deux-tiers du minimum de la retraite. Une circulaire ministérielle du 3 août 1853 autorise, à titre exceptionnel, le renouvellement de la gratification de réforme la deuxième année. Enfin, la loi du 26 avril 1855 augmentent les taux des pensions des sous-officiers et soldats. La gratification de réforme se trouve de fait majorée. Le 3 janvier 1857, une décision impériale ayant force de décret consacre la majoration de 1855 et, surtout, systématise le principe du renouvellement de la gratification lors de la deuxième année. La gratification de réforme, toujours temporaire, est devenue renouvelable.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 99 et 293.

⁶¹ Eudore Bordenave, *Les pensions militaires d'invalidité – loi du 31 mars 1919* - Thèse pour le doctorat de sciences politiques et économiques, 3 juillet 1920, Faculté de Bordeaux, Toulon, imprimerie régionale, 1920, p.11.

⁶² Voir l'extrait de l'ordonnance cité dans Louis Durat Lasalle, *Droit et législation des armées de terre et de mer*, t.8, Paris, 1848, *op. cit.*, p124.

Tableau 8 : Montants des gratifications - 1831-1855

		Tarifs des pensions au 11 avril 1831		Montants des gratifications	Tarifs des pensions au 26 avril 1855		Montants des gratifications
		Mini	Maxi		Mini	Maxi	
Sous-officiers	Adjudant	400	600	200	565	765	282,5
	Sergents-majors et assimilés	300	500	150	465	665	232,5
	Sergents et assimilés	250	400	125	415	565	207,5
	Caporaux et assimilés	220	340	110	385	505	192,5
Hommes de troupes	Soldats et assimilés	200	300	100	365	465	182,5

Sources : J. Saumur, *Pensions et secours*, thèse citée.

L'instruction ministérielle du 24 décembre 1864⁶³ confirme ces dispositions. Les gratifications sont des allocations fixées selon le grade du demandeur, elles sont accordées par décisions ministérielles dans la limite des crédits budgétaires et sont conditionnées aux mêmes justifications que les demandes de pensions. Elles ne sont accordées qu'aux sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats réformés avec un congé n°1 (origine liée au service) ; choix qui confirme en creux le constat établi plus avant : en dehors des cas considérés comme les plus graves (classes 1 à 5) la liquidation anticipée de la pension de retraite (de 6^e classe) s'adresse exclusivement aux officiers.

1.3.2 La républicanisation des faveurs : affiner, différencier, objectiver

Dans les années 1870-1880, une série d'instructions et de circulaires précise la réglementation en matière de gratification et de secours⁶⁴. À partir de 1875, le renouvellement des gratifications, accordées pour deux années, est subordonné aux résultats d'une visite médicale passée en mai ou en novembre de chaque année devant des commissions spéciales de réforme instituées au chef-lieu de chaque subdivision régionale. Le renouvellement des faveurs a donc pour corollaire la mise en place d'un contrôle médical et hiérarchique sur des hommes dégagés de toute obligation militaire. Alors que prend forme le projet d'une armée nationale, le ministère fait du contrôle des bénéficiaires une condition de pérennisation et d'élargissement des faveurs. Et cette

⁶³ Ministère de la guerre, *Journal Militaire officiel*, édition refondue, Paris, 1864, t.10, p.1027.

⁶⁴ Voir notamment les instructions du 6 novembre 1875 et des 27 février et 25 octobre 1877, toutes trois parues au *Journal Militaires officiel*.

dynamique se poursuit et sous la République opportuniste dans le sens d'une restriction des demandes d'admission et de renouvellement.

En 1885, le ministère modifie le fonctionnement du contrôle. Les visites médicales sont désormais passées au niveau cantonal, devant le conseil de révision. Corollaire de ce changement d'échelle, la gratification peut de permanente pour « [...] *les titulaires de gratifications renouvelables qui, à la précédente visite, auront été déclarés incurables* [...] »⁶⁵. En première approximation, on pourrait donc penser que la démocratisation politique se traduit par une extension des droits et des faveurs. Mais l'institution des gratifications renouvelables puis permanentes doublé d'un contrôle médical toujours de plus en plus serré. La note ministérielle du 12 mars 1885 en témoigne, qui ouvre la possibilité de rendre la gratification permanente en cas d'incurabilité, possibilité maintenue l'année suivante alors que toutes les prescriptions ministérielles antérieures sont annulées⁶⁶ par une instruction du Général Boulanger du 27 août 1886⁶⁷.

Trois mois après sa nomination au ministère⁶⁸ (janvier 1886) son instruction redéfinit intégralement les réglementations relatives aux secours et gratifications de réforme renouvelables et les fusionne. Les gratifications sont toujours renouvelables ou permanentes et la circulaire supprime les délais dans la procédure de demandes. Exclusivement réservée aux militaires « réformés (congé n°1) pour les blessures ou des infirmités occasionnées par le service » la gratification est du point de vue de Boulanger une « assistance toute spéciale donnée à ces militaires tant qu'ils éprouvent une diminution dans la faculté de travailler⁶⁹ ». C'est à ma

Officier aux états de service exceptionnels Boulanger accède au généralat sur la double recommandation du duc d'Aumale (Henri d'Orléans, 1822-1897) et de Léon Gambetta (1838-1882) et devient à 43 ans le plus jeune général de France. Récompensant une carrière (coloniale) brillante, son accession au sommet de la hiérarchie militaire est aussi le signe de son inscription dans les réseaux républicains ; inscription que confirme en 1884 le soutien qu'il reçoit de Clémenceau et de Ferry pour sa nomination à la tête des troupes d'occupation de la Tunisie. Devenu l'officier républicain par excellence Boulanger constitue alors une ressource pour les radicaux qui voient en lui le maître d'œuvre idéal de leur politique de républicanisation de

⁶⁵ Note ministérielle relative à de nouvelles dispositions concernant la visite médicale des militaires réformés titulaires de gratifications renouvelables, Ministère de la Guerre, *Journal Militaire Officiel* – Partie réglementaire, Année 1885, n°18, p.465-466.

⁶⁶ Sauf celles contenues dans une circulaire du 28 septembre 1885 et relatives uniquement au nombre et aux dates d'envoi des propositions de secours éventuels à transmettre mensuellement.

⁶⁷ Ministère de la Guerre, *Instruction relative au service des secours*, 27 août 1886, dans Ministère de la Guerre, *Journal Militaire Officiel* – Partie réglementaire, Année 1886, n°61, p.401-440.

⁶⁸ Boulanger est ministre de la Guerre des cabinets Freycinet et René Goblet, du 7 janvier 1886 au 30 mai 1887. Sur sa biographie et son rôle politique voir l'article de Mathieu Providence, « Boulanger avant le boulangisme. Un officier colonial tombé en République », *Politix*, 2005/4, n°72, p.155-179.

⁶⁹ Ministère de la Guerre, *Instruction relative au service des secours*, *Journal Militaire*, op-cit., p.403.

connaissance, la première fois que « l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance », sur laquelle se fonde l'appréciation de la gravité, est requalifiée en ces termes. Mais l'instruction Boulanger restreint par là même les conditions d'admission. Le ministre républicain justifie la mesure par la nécessité d'ajustements de la législation devant « *l'affluence considérable des demandes de secours*⁷⁰ ». Hausse des demandes qui a imposé selon lui des « *restrictions à l'admission [...] aux personnes ayant des titres sérieux* ». La formulation donne la mesure de la marge de manœuvre du ministère dans la gestion d'un fonds de secours qui est « [...] *surtout destiné à donner une assistance en retour des services rendus au pays*⁷¹ ».

Régime de récompense nationale, la distribution des secours et gratifications ne s'adresse pas à tous les inaptes sans pension. Les dispositions bienveillantes du ministère à l'endroit des militaires impliquent un contrôle social étroit et dépendent aussi de la manière dont les demandeurs sont perçus et notés par la hiérarchie⁷². Difficile de dire dans quelle mesure cette clause pratique de docilité participe d'une décision qui de toute façon n'est pas opposable en justice, mais l'octroi d'une gratification ou d'un secours suppose toujours l'accord du général commandant de corps et passe par une enquête de gendarmerie et une enquête de « l'autorité militaire », qui portent à la fois sur les mœurs, le passé médical et la situation sociale de la famille. Les titulaires d'un secours permanent, qui doivent être porteurs d'un certificat de bonne conduite, sont en effet « *soumis chaque année, en octobre et novembre, à une enquête faite par l'autorité militaire qui s'enquiert des changements qui se seraient produits dans la situation des intéressés* »⁷³. Et le contrôle social exercé en amont se double d'un contrôle médical en aval qui prend la forme d'une « *visite biannuelle* » dont le but est « *soit de convertir la gratification renouvelable en gratification permanente en cas d'incurabilité [...], soit de la maintenir pour deux nouvelles années, ou, au contraire, de la faire supprimer en cas de guérison* »⁷⁴. Du résultat de ces trois enquêtes – communiqué au ministre par le général commandant le corps d'armée, dépend le maintien ou non du secours⁷⁵.

Au lendemain du vote de la loi sur le recrutement de 1889, les conditions d'obtention de ces secours ou gratifications se durcissent encore un peu plus. Premier

⁷⁰ *Ibid.*, p. 401-402.

⁷¹ *Ibid.*, p. 402.

⁷² La jouissance de la gratification peut être suspendue pour condamnation, fautes graves, indignité ou inconduite, voir Jules Saumur, *Pensions et secours thèse*, p. 463.

⁷³ Les enquêtes de gendarmerie font partie des « *pièces à produire à l'appui des propositions pour un premier secours* » et l'enquête annuelle sur les « *titulaires de secours permanents* » est exigée pour le renouvellement du secours. *Ibid.*, p. 501-506.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 461-462.

⁷⁵ Ministère de la Guerre, Instruction relative au service des secours, *Journal Militaire*, op-cit. p.411.

civil ministre de la Guerre, le Président du Conseil Charles de Freycinet (1828-1923)⁷⁶ supprime les possibilités de cumul des gratifications ou secours avec des placements en hospices ou la détention de bureaux de tabac (réservés aux anciens militaires). Ces dispositions « [...] *qui ajoutent aux restrictions à l'admissibilité des demandes par l'instruction ministérielle du 27 août 1886* » sont présentées comme provisoires, --« *jusqu'à ce que le fonds de secours ait pût être augmenté* »-, et là encore, elles sont justifiées par « *le nombre croissant des demandes de secours [qui] ne permettent plus d'assurer une assistance régulière à ceux [...] qui justifient de titres sérieux*⁷⁷ ». La stratégie est très claire, elle consiste à renvoyer la responsabilité sur le Parlement qui ne voterait pas les crédits suffisants. Sept ans plus tard, la décision présidentielle du 30 septembre 1897 (Félix Faure) réaffirme le principe de la gratification de réforme permanente aux non-officiers rayés des contrôles sans pension mais atteints d'une infirmité devenue incurable. Mais elle recommande de n'accorder la gratification que pour des « *invalidités sérieuses entraînant une diminution très appréciable des facultés de travail* », sans plus de précision⁷⁸. Plus d'un demi-siècle après la loi de 1831, l'évaluation de la diminution de la capacité de travail, qui fonde l'appréciation de la gravité pour les réformés non-officiers, se fait toujours au jugé, en fonction de l'appréciation des médecins militaires qui interviennent dans la procédure.

En moins de 10 ans cependant, les modes d'évaluation de la gravité se transforment radicalement. Une circulaire ministérielle du général André en date du 8 octobre 1904 précise ce que recouvre l'idée de « *diminution très appréciable des facultés de travail* ». Elle stipule que la « *gêne fonctionnelle* » ouvre désormais droit à une gratification de réforme en cas « *d'infirmité réputée équivalente à une réduction de 30% des facultés de travail*⁷⁹ ». On ne sait toujours pas ce que signifie « *réputée équivalente* » mais il est clair que l'administration de la Guerre et l'exécutif poursuivent ce double travail de pérennisation de la gratification et de rationalisation des modalités d'attribution. Le 13 février 1906, un décret présidentiel inaugure un système de gratification à 3 échelons dont les tarifs sont là encore indexés sur le grade. Le tableau suivant résume la nouvelle disposition :

⁷⁶ C'est le quatrième gouvernement de Freycinet depuis décembre 1879. S'il a déjà cumulé les ministères, c'est la première fois que ce soutien de Gambetta et Ferry est ministre de la guerre.

⁷⁷ « Instruction ministérielle modificative de celle du 27 août 1886 sur le service des secours », dans Ministère de la guerre, *Journal Militaire*, Paris, Librairie militaire L. Baudoin et C^e, 101^e année, 1890, vol.2, p. 95-96.

⁷⁸ « Circulaire portant instruction pour la rédaction des certificats médicaux en matière de pensions et de gratifications de réforme » in Secrétariat d'État à la guerre, Ministère de la guerre, *Journal Militaire*, Paris, Librairie militaire R. Chapelot et C^e, 115^e année, n°21, 1904, p. 297-298.

⁷⁹ Décret modifiant la réglementation des gratifications de réforme, 13 février 1906 voir *Ibid.*

Tableau 9 : Principes et montants des gratifications 1906-1914

	1 ^{ère} catégorie Réduction de 30% des facultés de travail	2 ^e catégorie Réduction de 20% des facultés de travail	3 ^e catégorie Réduction de 10% des facultés de travail
	1/2 du minimum de la pension d'ancienneté de grade	1/3 du minimum de la pension d'ancienneté de grade	1/6 du minimum de la pension d'ancienneté de grade
Adjudant	500	333	167
Sergent- major	450	300	150
Sergent	400	267	133
Caporal	350	233	117
Soldat	300	200	100

Sources : Décret modifiant la réglementation des gratifications de réforme, 13 février 1906 in Secrétariat d'État à la guerre, Ministère de la guerre, *Journal militaire, op.-cit.* p 221-223. Les montants (calculés) sont arrondis à l'unité la plus proche.

Le décret sanctionne donc l'institution de la gratification permanente créée 21 ans auparavant et, par la même, la prise en charge de certaines incapacités partielles. Les gratifications sont désormais de trois types : temporaire, renouvelable et permanent. La situation a toutefois ceci de paradoxal que rien n'est prévu pour les atteintes évaluées entre 30 et 60%. Un militaire dont la diminution est évaluée à 40 ou 50 % ne peut recevoir qu'une gratification équivalente à un taux de diminution de ses facultés de travail de 30 %. Mais il y a plus, l'introduction de l'indicateur « pourcentage des facultés de travail » suppose le recours à des savoirs et des instruments médicaux nouveaux ou encore peu formalisés. Ni les médecins légistes, ni les médecins d'assurance - qui ont contribué à faire advenir cette mutation cognitive dans le cadre de l'expertise des accidents du travail – ne sont en capacité de dire clairement ce qu'ils mesurent : une réduction des capacités fonctionnelles du corps au travail ? Une réduction de salaire ? Les deux ? La définition leur échappe pour partie dans la mesure où elle dépend des juges et que leurs connaissances et pratiques dans ce secteur d'activité encore faiblement institutionnalisé, ne sont pas fixées, j'y reviendrai. Pour tous les autres, la demande de secours temporaire ou permanent reste le seul moyen d'obtenir, éventuellement, un subside.

Marque supplémentaire du caractère pleinement discrétionnaire de ce régime, le « bureau pensions et secours » reste rattaché au cabinet du ministre (ou du sous-secrétariat d'État selon les périodes), il est donc soumis à une direction uniquement politique, jusqu'en 1888⁸⁰. À partir de cette date, deux évolutions signalent une

⁸⁰ Voir « présentation du producteur » dans Michaël Chevrey, François Folscheid, Hélène Guillot, Emmanuel Pénicaut, Archives de la Défense, Ministère de la Guerre, Archives rapatriées de Moscou, Direction du Contentieux, de la Justice militaire et de la gendarmerie 1877-1914. Sous-série 9NN10

« bureaucratisation » de cette direction ministérielle : d'abord, elle devient le 1^{er} bureau du service intérieur la direction du Contrôle (logique budgétaire ?), ensuite, elle passe à la nouvelle direction de la Justice et du Contentieux en 1899 (dans le cadre de la réforme de la Justice militaire)⁸¹.

La description des principes généraux issus de la loi 1831, des critères d'évaluation des atteintes corporelles et psychiques et des modalités de calcul des pensions et gratifications éclaire les fondements de ce régime d'administration des infirmités militaires qui articule droit à pension et distribution des secours. Blessures/infirmités, officiers /non officiers, curable/incurable, temporaire / définitif, les oppositions structurales qui l'organisent donnent à voir les logiques au principe de son institution. Conçue pour une armée de professionnels et produite d'abord pour et par les officiers (de commandement et d'administration), la politique des pensions militaires n'a pas pour objectif premier de faire rempart à la vulnérabilité sociale que produit l'institution lorsqu'elle enrôle des hommes jugés bons pour le service et qu'elle les libère diminués. Protection sociale statutaire, la pension est avant tout un mécanisme destiné à empêcher le déclassement des officiers devenu inaptes, elle est un mécanisme de reproduction et d'entretien de l'ordre social et militaire. Et la construction d'une armée nationale, comme la politique de républicanisation de l'armée, ne bouleversent pas l'économie du dispositif. Les revalorisations successives des pensions qui, fin des années 1870-début des années 1880, se sont globalement opérées aux bénéfices des grades subalternes traduisent au mieux une libéralisation relative que semble confirmer l'adoption de la gratification permanente. Alors qu'avec la généralisation du recrutement (lois de 1872 et 1889) il devient de plus en plus compliqué pour les enfants des classes dominantes d'éviter la caserne, la grande majorité des hommes qui quittent l'armée ou le service des suites d'une blessure ou d'une maladie relèvent d'une politique des secours étroitement conditionné. Loin d'une démocratisation, d'une extension des droits des militaires, c'est à une bureaucratisation des faveurs que l'on assiste sous la III^e République ; bureaucratisation qui se traduit par une transformation des modalités de distribution des gratifications et secours et par une objectivation plus fine de l'infirmité militaire.

Pour analyser plus finement les pratiques militaires et mettre à jour les structures objectives de la politique des pensions j'ai d'abord cherché à constituer une base de données à partir des dossiers individuels (de demande, refus et concession) de pension. La stratégie d'enquête initiale a cependant dû être réajustée faute de source disponible et/ou

répertoire numérique détaillé, Service Historique de la Défense, Centre historique des archives, Vincennes, 2015, p. 2-4.

⁸¹ Voir les éditions successives de l'annuaire de l'armée : Ministère de la guerre, *Annuaire de l'Armée française pour l'année*, Paris, Berger-Levrault & Cie, 1884, 1895, 1903, 1905.

exploitable. Des dossiers ont bien été conservés au SHD dans les sous-sous-séries GR 10Y^E (Pensions militaires et demandes de secours) - qui portent sur les sous-officiers et hommes du rang, mais uniquement sur la période 1791-1847- et GR 10Y^F (Pensions militaires 1817-1923). Cette dernière compte 4 001 dossiers d'officiers (quelques rares sous-officiers) qu'on aurait pu exploiter si le mode de classement n'avait pas rendu l'entreprise extrêmement couteuse. Les dossiers sont en effet classés par ordre alphabétique (sans date d'enregistrement par ailleurs) ce qui répond bien à la logique de « l'utilité administrative » ou à celle d'une recherche généalogique mais oblitère sérieusement les possibilités d'une enquête quantitative puisqu'on n'a pas les moyens de connaître les motifs (et les dates) de la mise en retraite (ancienneté ou infirmité) sans ouvrir les dossiers. J'ai jugé, *in fine*, que la démarche était trop chronophage au regard de ce à quoi elle donnait accès : uniquement des demandes acceptées, émanant des seuls officiers.

Contourner l'obstacle et construire un échantillon sur la base d'un tirage aléatoire supposait par ailleurs de trouver des listes de demandes de pensions ou des documents permettant de les reconstituer. Il fallait donc mobiliser soit les archives des corps d'armée (qui instruisent les demandes), soit celles du 2^e bureau de la Direction du Contentieux et de la Justice Militaire (qui les reçoit).

A l'exception du 1^{er} CA, les premières ont toutes disparues⁸² ; quant aux secondes, les inventaires relatifs au Contrôle, au Contentieux et à la Justice Militaire conservés au SHD n'en font pas mention⁸³. Restait alors une possibilité : les archives de la Direction des pensions du Ministère éponyme créée en 1920. En toute logique, les archives du 2^e bureau - dont le ministère prenait, en quelque sorte, la suite - auraient pu se trouver parmi ces 14 kilomètres linéaires de documents (douze sous-séries), -en cours de transfert vers le site du Bureau des Archives des Victimes des Conflits Contemporains de Caen. Les démarches entreprises sur ce terrain ne rencontrèrent pas davantage de succès; aucun document antérieur à 1914 n'y figure⁸⁴. En dépit de ces manques évidents, on peut tout de même tenter de mesurer les effets sociaux du régime d'administration des infirmités

⁸² Agnès Chablat-beyot, Amable Sablon du Corail, Guide des sources conservées par le Service Historique de la Défense relative à la Première Guerre Mondiale, Vincennes, Novembre 2008, p.5.

⁸³ Michaël Chevrey &, Direction du Contentieux et de la Justice militaire 1877-1941, op. cit.

⁸⁴ J'ai eu accès à un "pré-inventaire" intitulé "Analyse d'un échantillon des dossiers de pensions d'invalidité de la Direction des pensions collectés par le Centre Historique des archives - Synthèse des débats en cours sur le sort final de ces dossiers et propositions de critères de sélection". Réalisé en novembre 2012 par Arnaud de Castelbajac, alors élève-conservateur de l'Institut National du Patrimoine, c'est un document de travail interne du SHD, qui n'est pas librement consultable. Quant aux archives, elles étaient alors conservées pour partie dans un site militaire pour partie dans un site de stockage privé et le moindre sondage était exclu en raison des coûts qu'il aurait engendrés. En décembre 2014, ces archives étaient en cours de transfert vers le BAVCC. L'opération devait aboutir courant 2015 ; à ma connaissance la consultation demeure impossible au printemps 2017.

militaires sous la République et essayer d'évaluer les répercussions de cette configuration institutionnelle sur la fabrique des ayants-droits. Cela suppose de commencer par compter : combien d'hommes sont renvoyés de l'armée pour inaptitude (physique ou psychique) suite à une blessure ou une maladie et, parmi eux, combien sont pensionnés, gratifiés, secourus ?

2 De l'inapte à l'ayant-droit : les mécanismes de la disqualification 1893-1914

En répondant à cette question, je montrerai que s'impose, à partir des années 1880-1890, un usage plus libéral de la clause d'origine mais que le droit à pension reste avant tout un attribut de l'épaulette ; la majorité des hommes en arme sont soumis à un régime de distribution des faveurs des plus discrétionnaires. D'un autre côté, on verra que les gouvernements républicains libéraux successifs prolongent la politique d'extension des faveurs inauguré sous le 2nd Empire avec l'introduction de la gratification de réforme qui devient renouvelable puis permanente (sous conditions d'incurabilité et de gravité).

Pour ce faire on verra d'abord comment l'armée produit des infirmes et, de ce fait, de la vulnérabilité sociale. Dans un second temps, je m'attacherai à éclairer les mécanismes qui lui permettent de « faire le droit » en décidant concrètement qui devient ayant-droit ou non. Enfin, l'étude montrera qu'en matière de pension le Conseil d'État (le Contentieux) est bien d'avantage un instrument de gouvernement qu'un garde-fou.

2.1 La grande fabrique des infirmes 1893-1909

C'est évidemment un niveau de description et d'analyse moins ambitieux, mais parvenir à objectiver un minimum le fait social « infirmité militaire » relève déjà de la gageure. La statistique médicale de l'armée (SMA), dont on a brièvement évoqué la genèse au chapitre précédent, fournit des données qu'on peut mobiliser en ce sens à condition de prendre quelques précautions. Avant de présenter des résultats voyons les possibilités qu'offre la source et les problèmes qu'elle pose.

2.1.1 Modalités de production et angles morts des chiffres officiels

La production de données chiffrées relatives à l'état de santé des militaires s'organise en deux temps. Les médecins-chefs des infirmeries des corps de troupe, des Directions des Services de Santé des Corps d'armée (DSSCA) et (depuis 1901) des écoles militaires, des hôpitaux (mixtes et militaires) produisent des comptes-rendus mensuels de statistique médicale et une statistique annuelle. Les comptes-rendus des corps de troupes comprennent des états des « malades à la chambre », « à l'infirmerie » et « à l'hôpital » et

un rapport sur « le service médico-chirurgical et l'état sanitaire ». Celui-ci signale – outre les maladies présentant un « *intérêt médical* », les épidémies, les traumatismes et les morts « accidentelles, violentes, subites » - ainsi que le nombre des réformes prononcées. La statistique annuelle récapitule ces différents éléments dans (6) états statistiques (les tableaux). Ces informations, centralisées une première fois au niveau des directions régionales du service de santé (DSSRM) sont ensuite envoyées au ministère qui en fait la synthèse dans la SMA. La publication se divise en 6 parties : « Effectifs Moyens, Malades à la chambre, à l'infirmierie, à l'hôpital, Morbidité générale de l'armée, Mortalité générale de l'armée » - la première sous-section du Rapport ne dit rien des hommes qui quittent l'armée des suites d'une blessure ou d'une infirmité avant 1910, date à laquelle une 7^e partie intitulée « Sorties de l'armée pour inaptitude physique » fait son apparition⁸⁵. Cette évolution suggère une progression de la problématique dans la hiérarchie des préoccupations de l'institution. Jusqu'alors, ces informations n'étaient rassemblées que dans la seconde sous-section (Maladies Générales - rapport XXXIII – « Retraites et réformes pour maladies, blessures, ou infirmités » puis Rapport XXIV « Sorties de l'armée pour inaptitude physique ») et dans les « Tableaux Statistiques » de la deuxième partie. Les tableaux VI donnent les chiffres des retraités, réformés avec congés n°1 et congé n°2, ainsi que ceux des gratifications. Ils sont établis d'après la nomenclature générale de l'armée n°1 (la classification militaire des accidents et maladies élaborée en 1874) et distinguent les officiers de non-officiers en précisant laquelle des 274 pathologies numérotées (en 1888) a entraîné l'inaptitude. Le tableau VI.a agrège ces données par corps d'armée, le VI.b par arme et le tableau VI.c (introduit en 1901), par mois⁸⁶.

Récapitulons : trois niveaux de descriptions organisent la source du général vers le particulier : la partie "Rapport" qui synthétise les données et se décompose elle-même en deux sections - "Généralité" (ou "considérations générales") et "Maladies Principales" - puis les Tableaux statistiques proprement dit qui donnent le détail. C'est à partir de ceux-ci, et plus précisément à partir des tableaux VI.a (Retraites, réformes non-activités par corps d'armée), que j'ai travaillé.

⁸⁵ Elle est introduite par l'instruction de janvier 1910. Bien que son intitulé laisse penser que les atteintes psychiques ne sont pas comptabilisées, le dénombrement inclut ces pathologies puisque la SMA s'appuie sur la nomenclature générale des maladies n°1 pour ordonner les chiffres des décès et les réformes. Cf. les "Instructions pour l'établissement la Statistique de l'Armée" successives et notamment celle de 1901.

⁸⁶ La source distingue officiers, sous-officiers et soldats dans la catégorie « retraités » mais ne précise pas le statut des réformés.

On l'a vu au chapitre précédent, l'instruction pour l'établissement de la statistique médicale de l'armée de 1851 est remaniée à de nombreuses reprises avant 1914. Six versions successives paraissent aux bulletins officiels entre ces deux dates (1862, 1874, 1888, 1901, 1910, 1913). La seule édition de 1882 a été modifiée par les circulaires des 30 janvier et 19 février 1883, 27 février et 30 août 1884 et par les décisions ministérielles des 26 septembre et 7 décembre 1883. Cette instabilité des cadres de la statistique justifie selon la Section Technique du Service de Santé (STSS) qui la produit de « *procéder à une rédaction nouvelle [...] en y introduisant les modifications rendues nécessaires par les progrès de la science [...] »*⁸⁷.

La STSS est un organisme « d'études » chargé des questions d'hygiène des casernements et de la troupe, de la prophylaxie des maladies épidémiques, de l'organisation générale du service de santé et de l'examen des dossiers de demande de pension. Présidée par un médecin inspecteur (Brissé Saint-Macary jusqu'en 1911 puis Sabatier) elle compte 21 membres : 18 médecins (majors 1^{ère} et 2nde classe), 1 pharmacien et 2 officiers d'administration. La STSS est placée sous l'autorité immédiate du ministère de la Guerre et prépare le travail du Comité Consultatif de Santé (CCS). Créé en 1882, lorsque le Service de santé militaire (SSM) s'émancipe de l'intendance et dispose, pour la première fois, d'une direction autonome au ministère de la guerre (la 7^e) le CCS rassemble, les 4 médecins inspecteurs généraux que compte l'active, 5 des 21 médecins inspecteurs du corps et 1 pharmacien inspecteur. Les officiers supérieurs de la réserve – dont 28 hospitalo-universitaires – ne sont représentés ni à la STSS ni au CCS.

Voir *Annuaire officiel de l'armée française pour l'année 1912*, p. 24-35, 870-929 et 1280-1324.

Pour autant, ses rédacteurs, soucieux de « [...] *permettre les comparaisons* », précisent qu'ils ont « [...] *conservé le cadre de l'ancienne statistique* »⁸⁸. Pour les agents de la Statistique Générale de France – dont les méthodes ont été entièrement revues lorsqu'elle est passée sous la coupe de l'Office du Travail (dès sa création en 1891)⁸⁹ – les données médicales produites par l'armée « *ne sont de tous points comparables entre elles qu'à partir de 1888, époque depuis laquelle, la statistique est établie sur des bases absolument uniformes* »⁹⁰. Si le constat est juste au moment où il est formulé, entre 1888 et 1913 la

⁸⁷ Ministère de la Guerre, 7^e direction, Section Technique du Service de Santé, *Instruction pour l'exécution de la loi du 22 janvier 1851 portant création de la statistique médicale de l'armée*, 9 juin 1888, B.O. partie réglementaire, p.763.

⁸⁸ Ministère de la Guerre, 7^e direction, STSS, *Instruction pour l'établissement de la statistique médicale de l'armée du 6 mars 1901*, 3^e édition, mise à jour jusqu'au 1er septembre 1907, Paris, Henri Charles Lavauzelle, 1907.

⁸⁹ Sur la Genèse de l'Office du Travail, voir Isabelle Lespinet-Moret, *L'Office du travail 1891-1914. La république et la réforme sociale*, Coll. Pour une histoire du travail, PUR, 2007, p.17-96. Sur la « reprise en main » de la SGF voir Michel Huber, « Quarante années de la statistique générale de la France 1896-1936 », « I. La statistique générale de la France de 1896 à 1907 », *Journal de la société statistique de Paris*, tome 78 (1937), p. 180-183.

⁹⁰ Ministère de l'industrie des Postes et des télégraphes, Office du travail, Statistique Générale de France, *Annuaire Statistique*, vol.1900, note 4 tableau II, p. 483.

statistique connaît trois évolutions notables : une extension du périmètre des dénombrements, une redéfinition de ses cadres de classements nosologiques et un changement de texture des tableaux statistiques. Autrement dit, et à l'instar de ce qu'on peut observer avec d'autres séries statistiques produites par des administrations d'État, les militaires ne comptent pas toujours la même chose lorsqu'ils produisent les chiffres des « sorties d'armée par inaptitude ⁹¹ ».

Ce qui frappe d'abord lorsqu'on compare les trois dernières versions de l'instruction (1888, 1901 et 1913) qui règlent la production des statistiques médicales, c'est la multiplication des unités et corps de troupe pris en compte. En 1888, la SMA compile les données produites par les régiments étrangers, d'infanterie de ligne, de zouaves, de tirailleurs algériens, de cavalerie, de chasseurs d'Afrique, de spahis, d'artillerie, du génie, de sapeurs pompiers et celles des bataillons de chasseurs à pied, d'infanterie légère d'Afrique, d'artillerie. Elle inclut également les comptages des compagnies de cavaliers de remonte, d'ouvriers et d'artificiers, de disciplinaires, ceux des escadrons du train et équipages militaires, des sections de secrétaire d'état-major et du recrutement, de commis et ouvriers militaires, d'infirmiers militaires, comme ceux des légions de la garde républicaine et, enfin, des prisons, pénitenciers et atelier de travaux publics. À compter de 1901 s'y ajoutent les bataillons et escadrons de tirailleurs et spahis sahariens et les 12 écoles militaires du pays : l'École Supérieure de Guerre et Polytechnique à Paris, Saint-Cyr et Saint-Maixent, les écoles et école d'application de l'artillerie et du Génie de Versailles et Fontainebleau, celle de la cavalerie (Saumur), le Val-de-grâce, l'école du SSM de Lyon, celle de Vincennes (administration militaire) et, pour finir, l'école normale de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont. S'y ajoutent en 1913, les groupes cyclistes et les régiments d'artilleries de montagnes. Difficile de savoir combien d'hommes supplémentaires sont *in fine* concernés, quelques milliers sans doute.

Une lecture attentive de la source permet de voir ensuite que la nomenclature générale n°1 ne connaît pas, en revanche, de transformation majeure avant 1910-1913⁹². Cette classification militaire des maladies, créée dans les années 1860 sous l'égide du Conseil de Santé, compte en 1888 274 « unités morbides » contre 286 dans celle de 1901 (en vigueur jusqu'en 1910) et, dans les deux cas, celles-ci sont réparties en 17 classes (sections) en fonction de leur localisation organiques et/ou de leur étiologie (leur cause) : après les maladies générales (43, dont la grippe, la variole, la diphtérie, la typhoïde, la tuberculose notamment.) viennent les maladies du système nerveux (22 de la congestion

⁹¹ Alain Desrosières, « Séries longues et conventions d'équivalence », *Genèses*, Conservatisme, libéralisme, socialisme. 9, 1992, p. 92-97.

⁹² Je n'ai pas eu accès la nomenclature utilisée entre 1910 et 1913, mais les tableaux statistiques montrent qu'elle n'est plus tout à fait celle de 1901 mais ne correspond pas non plus à celle de 1913.

cérébrale à l'hémiplégie en passant par l'idiotie-imbécilité), les pathologies des « grands appareils » (respiratoire, circulatoire, digestif, génito-urinaire, locomoteur), puis les maladies des organes des sens (yeux, oreilles, peau), les maladies vénériennes. Suivent les « lésions traumatiques », les « maladies non classées », les accidents produits par « le froid, la chaleur, l'électricité » (section XIV) et ceux résultants d'une intoxication (XV), les « suicides et tentatives de suicides » et, pour finir, les « mutilations, simulations, malades en observation ⁹³ ».

Ce cadre nosographique est sous-tendu par plusieurs logiques de classement. La première, qui est anatomopathologique, organise la classification des maladies en fonction de leur « siège » (des parties de l'anatomie atteintes) et elle domine les classifications médicales civiles comme militaires depuis les réévaluations réalisées dans les années 1870⁹⁴. La seconde logique est, elle, étiologique. Elle justifie un classement par cause mais dans ce cas précis, elle ne concerne que les atteintes lésionnelles (les 6 dernières classes). On retrouve cette articulation entre logique anatomopathologique et logique étiologique dans les nosographies civiles au début des années 1900, avec la reconnaissance de la « nouvelle pathologie infectieuse ⁹⁵ ». Dans l'armée, cette transformation n'intervient pas avant 1913, quand est élaborée une nouvelle nomenclature générale. Quinze classes ordonnent dès lors pas moins de 391 unités morbides et, c'est essentiel, la première section « Maladies générales » disparaît au profit des « Maladies infectieuses et parasitaires ». La refonte des cadres de la nomenclature et la diffusion de cette nouvelle mouture vont avoir pour effet de naturaliser l'existence de l'infectiologie naissante : désormais tous les médecins militaires, quel que soit leur avis sur la question, doivent ranger les rougeole, rubéole, scarlatine, variole, dengue, suette militaire, grippe, diphtérie, méningite cérébro-spinale, blennorragie, syphilis, lèpre, tuberculose (12 formes recensées) et bien d'autres dans cette nouvelle classe d'équivalence. Pour le chercheur qui mobilise aujourd'hui la SMA, cette transformation atteste l'inscription durable du laboratoire dans la clinique au sein du monde militaire, mais elle invite aussi à se méfier des beaux tableaux produits par les hommes de la STSS.

⁹³ Voir les nomenclatures utilisées dans les tableaux VI de la SMA de 1888 à 1909.

⁹⁴ Alain Contrepois, *L'invention des maladies infectieuses. Naissance de la bactériologie clinique et de la pathologie infectieuse en France*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 164-165.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 165-190.

Figure 1 : Proportion des retraites et réformes pour les principales maladies sur 1 000 retraites et réformes de toutes causes en 1890

CLASSEMENT.	MALADIES.	CHIFFRES des RÉFORMES et retraites.	0/ 100.	CLASSEMENT.	MALADIES.	CHIFFRES des RÉFORMES et retraites.	0/ 100.
1 ^{er}	Tuberculose.....	3,040	277	10 ^e	Épilepsie.....	270	25
2 ^e	Affections cardiaques.....	1,348	123	11 ^e	Pleurésie.....	232	21
3 ^e	Maladies des yeux.....	1,348	123	12 ^e	Bronchite chronique.....	204	19
4 ^e	Lésions traumatiques.....	564	51	13 ^e	Aliénation mentale; paralysie générale.....	200	18
5 ^e	Maladies des oreilles.....	480	44	14 ^e	Maladies cutanées.....	193	17
6 ^e	Maladies des articulations.....	384	35	15 ^e	Emphysème pulmonaire.....	134	12
7 ^e	Hernies.....	382	35	16 ^e	Rhumatisme.....	127	11
8 ^e	Faiblesse de constitution.....	359	32		Affections diverses.....	#	132
9 ^e	Varices.....	276	25				

Statistique médicale. 18

Source : Ministère de la Guerre, Statistique Médicale de l'Armée pendant l'année 1890, Paris, Imprimerie Nationale, 1892, p.137.

Lorsqu'en cohérence avec la logique prophylactique revendiquée par le Conseil de Santé, les rapports donnent les taux de sorties par affections et établissent un classement des maladies les plus pourvoyeuses d'élimination, ils ne comptent pas, là encore, la même chose. Aux premiers rangs du classement figurent toujours (et presque toujours dans cet ordre) la tuberculose, les affections cardiaques et les maladies ophtalmiques, mais ces catégories génériques ne désignent pas les mêmes réalités pathologiques en 1888 et en 1913. Les chiffres de la SMA doivent d'être traités avec d'autant plus de prudence que les conditions de leur production nous échappent pour partie. On en connaît certes la dimension réglementaire, mais on ne sait pas comment les agents chargés de les produire sur le terrain (pour l'essentiel les médecins-chefs des différents échelons du dispositif sanitaire de l'armée) procèdent pour se conformer aux exigences du ministère, des commandants territoriaux et de la hiérarchie du SSM, alors que la production de ces données, on l'a vu au chapitre précédent, fait partie de ces injonctions contradictoires constitutives du métier de médecin militaire. Chargé de faire de la prévention et du soin, de déclarer les maladies contagieuses et d'hospitaliser les malades, le médecin militaire est aussi sommé de préserver l'effectif et l'institution. Rien ne permet cependant de montrer comment ces deux rationalités concurrentes s'articulent, ou d'en exposer concrètement les effets. On devine les marges de manœuvre dont disposent les médecins-chefs qui, sans aller jusqu'à occulter des cas, peuvent, par exemple, déclarer des maladies contractées à la caserne comme des pathologies chroniques relevant d'une mauvaise « constitution du sujet ». Comment savoir si ce qui est enregistré sous le numéro 75 (bronchite aigue chronique) de la nomenclature générale n°1 n'est pas en réalité une atteinte tuberculeuse volontairement ou involontairement mal diagnostiquée.

Qu'en est-il des chiffres des retraites et réformes ? Sur la base des tableaux VI (a,b et c) - qui donnent le nombre des officiers (seuls concernés) « mis en non-activité », des retraités, des réformés en fonction du type de congé (1 ou 2) et le total annuel des radiations pour inaptitude physique - le ministère produit aussi (toujours dans la partie « Rapport ») des taux de sorties par retraite et réformes en fonction des armes et des corps d'armée⁹⁶.

Figure 2 : Retraites et réformes par corps d'armée pour l'année 1890

CLASSE- MENT.	CORPS D'ARMÉE.	RETRAITES et RÉFORMES 0/ 100.	CLASSE- MENT.	CORPS D'ARMÉE.	RETRAITES et RÉFORMES 0/ 100.
1 ^{re}	Division de Constantine.....	11.9	14 ^e	1 ^{er} Corps d'armée.....	21.0
2 ^e	VIII ^e Corps d'armée.....	12.7	15 ^e	Division d'Oran.....	21.9
3 ^e	Brigade de Tunisie.....	12.9	16 ^e	VII ^e Corps d'armée.....	22.3
4 ^e	Division d'Alger.....	14.3	17 ^e	XV ^e	22.4
5 ^e	V ^e Corps d'armée.....	16.3	18 ^e	XIV ^e Corps d'armée et Gouvernement militaire de Lyon.....	22.8
6 ^e	XVI ^e	17.0	19 ^e	IV ^e Corps d'armée.....	24.0
7 ^e	XII ^e	17.4	20 ^e	XVIII ^e	24.6
8 ^e	IX ^e	17.5	21 ^e	Gouvernement militaire de Paris.....	28.4
9 ^e	II ^e	17.8	22 ^e	III ^e Corps d'armée.....	29.5
10 ^e	VI ^e	19.4	23 ^e	XIII ^e	31.3
11 ^e	XI ^e	19.5			
12 ^e	X ^e	19.9			
13 ^e	XVII ^e	20.9		L'ARMÉE ENTIÈRE.....	20.6

⁽¹⁾ 64 non activités pour infirmités temporaires ont été déduites du chiffre total de 11,000 radiations indiqué au tableau VI A.

Source : Ministère de la Guerre, *Statistique Médicale de l'Armée pendant l'année 1890*, Paris, Imprimerie Nationale, 1892, p.136.

Cette manière de compter a pour avantage d'éviter certains des doublons présents dans le compte-rendu du recrutement (les réformes temporaires notamment), mais elle a également des effets collatéraux qu'il faut signaler. D'abord, la base sur laquelle s'opère le calcul minimise les résultats en excluant certaines catégories de militaires. Ni les officiers sans troupes (les médecins par exemple), ni les retraités et réformés hospitalisés ne sont pris en compte. Mais il y a plus, elle ignore aussi les 64 000 hommes des 22 régiments de marine (18 d'infanterie, 4 d'artillerie) qui, depuis la loi du 7 juillet 1900, forment les

⁹⁶ Ces taux sont calculés sur « l'effectif total » (les hommes figurant sur les registres des corps d'instruction) et non sur l'effectif des présents, c'est-à-dire celui des hommes qui ne sont pas en « position d'absence ». Sont en position d'absence les hommes ayant une permission de plus de 24h, ceux qui sont en traitement à l'hôpital, en prison hors du corps, en état d'absence illégale et les déserteurs. Cet « effectif total » diffère de celui publié dans les comptes-rendus annuels du recrutement qui à la différence de la SMA inclut les gendarmes (entre 20 et 25 000 agents environ tous grades confondus) mais ne prend en compte les troupes « indigènes » d' « Algérie-Tunisie » et celles de la légion étrangère, autrement dit l'Armée d'Afrique.

troupes coloniales et sont rattachées au ministère de la guerre mais n'appartiennent ni à l'armée de l'intérieur, ni à l'armée d'Afrique⁹⁷.

Ensuite, le mode de calcul lui-même est indépendant de la réalité de la politique des pensions : on sait combien d'hommes sur 1 000 sont pensionnés ou réformés, mais on ne sait pas combien de blessés, malades et infirmes le sont parce que la proportion des pensionnés et réformés n'est pas mise en relation avec le total des radiations pour inaptitude. Cela s'explique par la logique même de production de la source qui est pensée et construite comme : « *un des moyens de la prophylaxie* » contribuant à la « *découverte des causes déterminantes ou occasionnelles des diverses maladies* » et qui doit « *diriger d'une façon toujours plus sûre et plus précise les efforts de l'hygiéniste* »⁹⁸. À aucun moment les données concernant les retraites et réformes ne sont envisagées comme des outils pour penser la politique du ministère en la matière. La logique qui prévaut est celle de l'administration sanitaire des populations ce qui explique notamment qu'au-delà des transformations des cadres de la nomenclature nosologiques, les contextures des tableaux statistiques aussi sont modifiées à plusieurs reprises (voir page ci-contre).

Un premier changement intervient avec l'introduction du congé de réforme temporaire par la loi du 1^{er} avril 1898 mais il n'introduit pas de biais susceptible de nuire à une analyse longitudinale des données. En revanche, l'instruction ministérielle de 1901 - qui revendique une « simplification » - introduit (à partir de son application en 1902), deux modifications qui empêchent de comparer terme à terme avec les chiffres de la décennie précédente. Elle fait disparaître des tableaux les chiffres relatifs aux gratifiés et non-gratifiés parmi les réformés n°1 et elle ne distingue plus les réformes n°2 prononcées à l'arrivée au corps (lors de la visite médicale d'incorporation) de celles prononcées après incorporation. De même, il faut noter que les données relatives aux retraites et aux réformes sont désormais distribuées selon une partition non plus en deux (réforme) ou trois (retraite), mais en quatre catégories de militaires : officiers, sous-officiers, soldats ayant moins d'un an de service et soldat ayant plus d'un an de service.

⁹⁷ Ministère de la Guerre, 7^e direction, STSS, *Instruction pour l'établissement de la statistique médicale de l'armée du 6 mars 1901*, 3^e édition, mise à jour jusqu'au 1^{er} septembre 1907, Paris, Henri Charles Lavauzelle, 1907.

⁹⁸ Idem, édition de 1913.

Figure 3 : Contexture du Tableau VI.a de la Statistique Médicale de l'Armée sur la période 1888-1901

244 [ANNÉE 1893.] TABLEAU VI A.

N° de la nomenclature n° 1.	DÉSIGNATION DES MALADIES.	RETRAITES.			OFFICIERS EN FORMES.	NOS-ACTIVITÉS POUR REFORMÉS TEMPORAIRES.	RÉFORMES				TOTAL	GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS
		OFFICIERS.	SOUS-OFFICIERS.	SOLDATS.			N° 1.	N° 2.		TEMPORAIRES.		
						AVEC CERTIFICATION.	SANS CERTIFICATION.	à l'ARRIVÉE au corps.	après l'incorporation.			

Source : Ministère de la Guerre, *SMA pour l'année 1893*, Paris, Imprimerie Nationale, 1895, p. 244.

Figure 4 : Contexture du Tableau VI.a de la Statistique Médicale de l'Armée sur la période 1902-1910

352 [ANNÉE 1903.] TABLEAU VI A. — Re

N° de la nomenclature n° 1.	MALADIES ET GROUPES DE MALADIES.	RETRAITES.				OFFI-CIERS	OFFI-CIERS en SOS-ACTIVITÉ pour infé-mités tem-poraires.	RÉFORMES						
		OFFI-CIERS.	SOUV-CIERS.	SOL-DATS ayant plus d'un an de ser-vice.	SOL-DATS ayant moins d'un an de ser-vice.			N° 1.	N° 2.		TEMPORAIRES.			
							Sous-offi-ciers.	Soldats ayant plus d'un an de service.	Soldats ayant moins d'un an de service.	Sous-offi-ciers.	Soldats ayant plus d'un an de service.	Soldats ayant moins d'un an de service.	Soldats ayant plus d'un an de service.	Soldats ayant moins d'un an de service.

Source : Ministère de la Guerre, *SMA pour l'année 1903*, Paris, Imprimerie Nationale, 1905, p. 352.

Cette évolution de la contexture renvoie directement à une question qui traverse toute l'histoire des débats et luttes sur l'aptitude au service et le recrutement sous la III^e République : celle de la moindre résistance, de la moindre valeur physique des « jeunes » recrues »⁹⁹.

Enfin, et c'est plus important dans notre cas, l'instruction de 1910 fait littéralement disparaître les officiers des dénombrements. À partir de 1911, seuls les sous-officiers et les deux catégories de soldats figurent dans les tableaux sans qu'on sache ce qui a présidé à ce choix. Il est toutefois indispensable de faire avec ces limites et angles morts si l'on veut se donner les moyens d'appréhender les effets sociaux du régime d'administration des infirmités militaires de la Belle Époque. En toute logique, il faudrait faire débiter l'analyse en 1890 - première année d'application de la nouvelle loi sur le recrutement militaire (15 juillet 1889) – pour l'arrêter en 1910 (dernière année avec les chiffres des officiers). N'ayant pu accéder aux volumes de la Statistique Médicale de l'Armée pour les années 1891, 1892, 1899, 1901, 1908, et 1910, j'ai réduit encore un peu la focale pour me concentrer sur la période 1893-1909¹⁰⁰.

2.1.2 Radiations pour inaptitude et mesures de réparation (1893-1909)

De 1893 à 1909, l'armée renvoie entre environ 10 000 (1894) et 28 000 (1903) hommes par an pour inaptitude physique ou psychique (définitive ou temporaire), soit 314 856 radiations au total (certains militaires pouvant être radiés temporairement, réintégrés puis radiés définitivement)¹⁰¹. Il faut soigneusement distinguer les modes de sorties de l'armée et soustraire à ce total les « mises en non-activités pour infirmités » (un millier d'officiers environ sur la période) et, à partir de 1898, les réformés temporaires (à peu près cent mille sous-officiers et soldats). Ces précautions prises, on compte 213 560 radiations définitives inaptitude sur la période considérée.

⁹⁹ Voir Odile Roynette, *Bon pour le service. L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Belin, p.296-310. Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres », *op. cit.*, p.88-91.

¹⁰⁰ Les volumes étaient manquants et/ou indisponibles lorsque j'ai dépouillé la série.

¹⁰¹ Pour les lacunes des années 1899 et 1908 j'ai complété avec les tableaux de synthèse des rapports de 1907 (p.228) et 1912 (p.20) qui donnent le total des radiations et des réformes temporaires sur la période. Pour les non-activités il faut se reporter aux rapports des années suivantes. Pour 1899, par exemple, le rapport de 1906 indique 16 941 radiations et celui portant sur l'année 1900 donne 74 mises en non-activités. Le chiffre des radiations définitives indiqué supra a donc été produit comme suit : $[16\ 941 - (6\ 241 + 74)] = 10\ 926$. Pour 1901, j'ai fait la même chose mais le rapport de 1902 ne dit rien des non-activités. La précision à l'unité près n'a toutefois pas grand sens et si on raisonne en ordre de grandeur, un écart de quelques dizaines d'hommes n'a pas d'incidence sur les résultats. Dans le tableau 10, les données manquantes sont notées NR pour non renseigné.

Tableau n°10 : Les radiations pour inaptitude médicale dans l'armée de terre - 1893-1909

	Effectif total	Effectif présent	Nombre total de radiations	Nombre de non-activité (officiers)	Nombre de réformes temporaires (loi du 1 ^{er} avril 1898)	Nombre de radiations définitives
1893	524 687	469 853	11 062	57	-	11 005
1894	546 371	492 273	10 375	83	-	10 292
1895	542 459	489 785	15 154	77	-	15 077
1896	601 443	508 825	12 839	71	-	12 768
1897	585 037	523 286	13 486	60	-	13 426
1898	610 722	534 904	16 352	76	2 943	13 333
1899	605 857	530 357	16 941	74	6 241	9994
1900	572 029	504 503	15 392	88	5 673	9 631
1901	554 219	NR	16 523	NR	6 351	10 182
1902	562 392	494 889	21 416	76	10 714	10 626
1903	564 099	493 583	28 349	60	15 001	13 288
1904	554 583	488 267	25 345	67	12 471	12 807
1905	575 159	462 787	26 054	43	13 453	12 558
1906	576 046	512 219	20 370	51	8 756	11 563
1907	567 877	496 412	22 067	49	6 577	15 441
1908	NR	NR	22 954	46	6 175	16 779
1909	586 704	511 920	20 177	36	5 927	14 214
Total			314 856	1 014	100 282	213 560

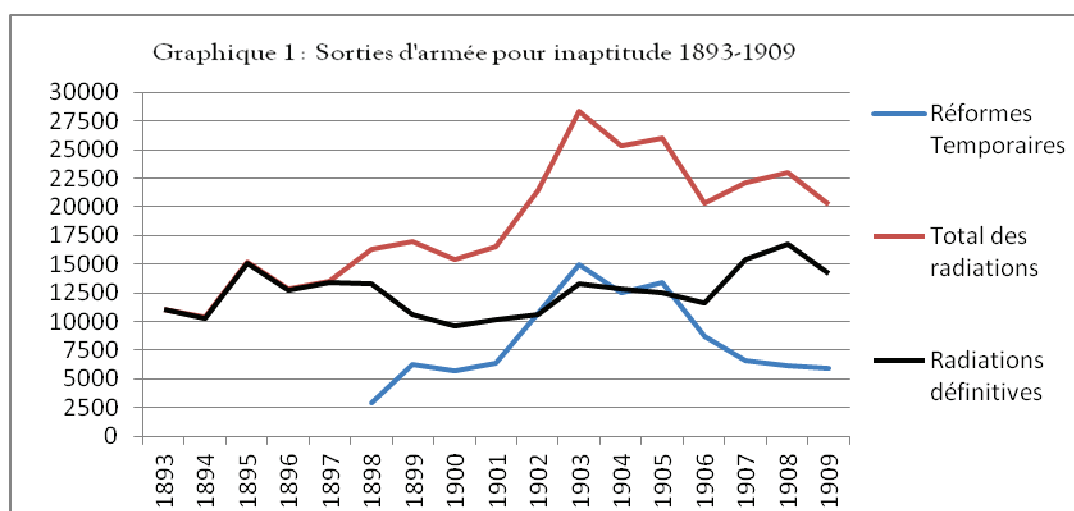
Source : États VI.a - Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1911.

Mises en relation avec « l'effectif présent » ces données donnent à voir une tendance lourde : les radiations pour inaptitude augmentent très nettement sur la période 1893-1909. C'est particulièrement évident lorsqu'on compte ensemble les sorties d'armée pour inaptitude définitives et temporaires. Celles-ci passent de 23.5‰ en 1893 à 39.4‰ en 1909 avec un pic à 57,4‰ en 1903. De prime abord, on pourrait être tenté de mettre ces évolutions en relation avec le niveau d'engagement des troupes et voir dans cette augmentation des radiations un effet retour des guerres coloniales. L'historiographie du fait colonial montre toutefois sans équivoque que les troupes métropolitaines participent peu aux guerres de conquêtes¹⁰² qui se sont largement faites en mobilisant des troupes « auxiliaires » composées d'irréguliers encadrés par des sous-officiers et officiers des troupes de marine¹⁰³. Les premières, par définition, n'entrent pas les statistiques et les

¹⁰² Voir Jacques Frémeaux, *L'Afrique à l'ombre des épées, des établissements côtiers aux confins du Sahara, 1830-1930*, t. I, éd. SHAT, 1994, et Martine Cuttier, *Portrait du colonialisme triomphant*, Louis Archinard, 1850-1932, Paris, Lavauzelle, 2006.

¹⁰³ C'est le cas au Soudan où leur proportion au sein des colonnes varie entre 50% et 90% ; 58% par exemple lors de la campagne de 1890-1891. Voir Sylvain Bertschy, « Des « dérapages » et de la guerre coloniale », *op. cit.*. Plus largement voir Elikia MBokolo (dir.), *Afrique noire : histoire et civilisations*, Paris

secondes, rattachées au ministère de la Guerre depuis juillet 1900 mais autonomes, lui échappent également. C'est moins vrai pour l'armée d'Afrique (« Algérie-Tunisie »), que la SMA prend en compte – et de manière distincte à partir de 1901 –, ou pour le corps expéditionnaire envoyé à Madagascar (1895-1896), en partie composé de troupes métropolitaines qui vivent sur l'île un véritable désastre sanitaire et perdent plus de 5 000 hommes (sans qu'on sache combien rentrent malades ou blessés)¹⁰⁴. Mais dans l'ensemble, les modalités du dénombrement concourent à l'invisibilité statistique des blessés et malades des guerres coloniales ; difficile dès lors de leur imputer les évolutions à la hausse du nombre de radiations. Les éléments dont on dispose suggèrent plutôt que l'explication de cette évolution réside d'une part dans l'inclusion de nouvelles populations militaires (celles des écoles notamment) dans les comptages à partir de 1901 et d'autre part dans une transformation des pratiques d'administration sanitaire à la fin des années 1890. C'est particulièrement net, lorsqu'on dissocie radiations définitives et réformes temporaires, comme le montre le graphique suivant.



Source : États VI.a - Min. de la Guerre, 7e dir., STSS, Statistique Médicale de l'armée, vol. publiés de 1895 à 1911.

Montréal, Hatier AUPELF, coll. « Universités francophones », 1992, p. 287-295. Voir encore, Serman Bertaud, *Nouvelle histoire militaire de la France*, op.cit. p. 699-700.

¹⁰⁴ Le corps expéditionnaire comprend, entre autres, le 40^e bataillon de chasseur à pied, le 200^e régiment d'infanterie de ligne (formé spécialement à Lyon pour l'expédition et qui compte 400 hommes), le 2 bataillons de tirailleurs algériens, 1 bataillon de marche de la légion étrangère, le 38^e d'artillerie de terre, le 40^e bataillon de chasseurs à pied, le 2^e génie, le 30^e escadron du train, le 10^e escadron du 1^{er} chasseur d'Afrique. Toutes ces unités sont prises en compte dans la SMA. Sur la composition du corps et le désastre sanitaire voir la source Jean LÉMURE, *Madagascar. L'Expédition au point de vue médical et hygiénique. L'acclimatement et la colonisation*, par le Dr Jean Lémure, 1896. Voir surtout Philip D. Curtin, *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*, Cambridge University Press, 1998, p. 175-194.

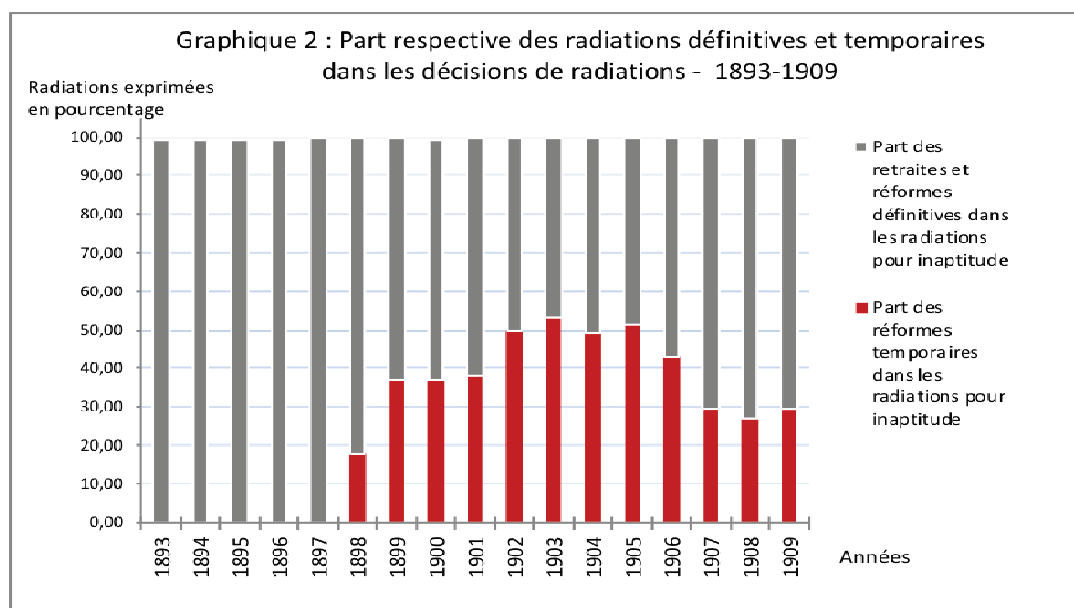
Introduites en 1898 pour les sous-officiers et les soldats inaptes que les commissions de réforme jugent susceptibles de « rentrer ultérieurement au service » les réformes temporaires font augmenter le nombre des radiations alors que les sorties définitives connaissent une progression beaucoup plus mesurée dont le tableau ci-après donne le détail.

Tableau n°11 : Part des radiations pour inaptitude médicale sur l'effectif présent - 1893-1909

	Part des radiations pour mille hommes de l'effectif présent	Part des radiations temporaires (réformes et non-activités) pour mille hommes de l'effectif présent	Part des radiations définitives pour mille hommes de l'effectif présent
1893	23,54‰	0,12‰	23,42‰
1894	21,08‰	0,17‰	20,91‰
1895	30,94‰	0,16‰	30,78‰
1896	25,23‰	0,14‰	25,09‰
1897	25,77‰	0,11‰	25,66‰
1898	30,57‰	5,64‰	24,93‰
1899	30,09‰	11,91‰	20,04‰
1900	30,51‰	11,42‰	19,09‰
1901	NR	NR‰	NR
1902	43,27‰	21,80‰	21,47‰
1903	57,44‰	30,51‰	26,92‰
1904	51,91‰	25,68‰	26,23‰
1905	56,30‰	29,16‰	27,14‰
1906	39,77‰	17,19‰	22,57‰
1907	44,45‰	13,35‰	31,11‰
1908	46,55‰	12,62‰	34,03‰
1909	39,41‰	11,65‰	27,77‰

Source : États VI.a dans Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1911.

Sur la période, l'armée « libère » de manière définitive entre 11 000 et 16 000 hommes par an, soit entre 23 et 34 hommes jugés inaptes pour 1000 hommes présents sous les drapeaux et le taux médian de ces radiations s'établit autour de 24‰. À l'inverse, on voit sur le graphique 2 ci-contre comment le dispositif « réforme temporaire » monte rapidement en charge.



Source : États VI.a in Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1911.

Cinq ans après leur introduction, les réformes temporaires représentent plus de 50% des décisions de radiations prononcées et elles en représentent un tiers en 1909. Or ces congés de réforme temporaire n'ont que peu à voir avec les niveaux d'engagement des troupes, ils répondent à des objectifs bien précis. Leur mise en place est à la fois le produit et une réponse aux mobilisations hygiénistes et médicales contre les « fléaux sociaux ». Elle est directement liée à la croisade antituberculeuse qu'entreprennent les élites (civiles et militaires) de la médecine publique et expérimentale à Bordeaux (Dr Armaingand), Lyon (Saturnin Arloing et Jules Courmont), Paris (Paul Brouardel, Henri Napias Grancher, Landouzy) ou à Lille (Albert Calmette)¹⁰⁵, depuis que les travaux de Koch (1882) et l'Académie de Médecine (1889) ont confirmé la contagiosité de la maladie mise en évidence une première fois en 1865 par Jean-Antoine Villemin (1827-1892) au Val-de-Grâce¹⁰⁶. La STSS le dit explicitement à plusieurs reprises dans les rapports : ces « congés sont concédés principalement à des hommes suspects, à divers titres, de tuberculose¹⁰⁷ ». Les autorités médicales militaires sont donc en plein accord avec les recommandations que formule la Commission de prophylaxie de la tuberculose à l'Académie. Rien de surprenant à cela puisque le Comité Consultatif de Santé (qui chapote la STSS) et la

¹⁰⁵ Dominique Dessertine, Olivier Faure, *Combattre la tuberculose: 1900-1940*, Lyon, France, Presses universitaires de Lyon, 1988, p.11-26.

¹⁰⁶ Voir Yvonne Knibielher, « La lutte antituberculeuse » instrument de médicalisation des classes populaires (1870-1930), *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, T.86, n°2, 1979, « La médicalisation de la France du XVIIIe au début du XX^e », p.321-336.

¹⁰⁷ Ministère de la Guerre, *Statistique Médicale de l'armée pendant l'année 1898*, « Rapport, partie XXXVII Retraites et réformes pour maladies, blessures ou infirmité », Paris, Imprimerie nationale, 1900, p 169. Voir également les volumes suivants.

commission sont tenu-e-s par les pastoriens¹⁰⁸. Le rapport que présente en son nom le 3 mai 1898 le professeur Jacques Joseph Grancher (1843-1907) consacre de longs développements à la question de la tuberculose dans l'armée et les six discussions auxquelles il donne lieu¹⁰⁹ mettent en lumière l'opposition croissante entre une « nouvelle hygiène » - pasteurienne, scientifique, fondée sur le laboratoire- et la vieille hygiène – issue de la « police sanitaire », infectionniste, qui fait de l'hérédité et du milieu les premières causes des épidémies. La contagion à la caserne, la présence de tuberculoses déclarées (« ouvertes ») dans la troupe et la non-application des circulaires polarisent les oppositions entre la commission et les médecins militaires ouvertement anti-contagionistes - Louis Kelsch (1841-1911) surtout, et dans une moindre mesure Jules Chauvel (1841-1908), mais les conclusions du rapport sont adoptées sans difficulté le 28 juin et celles-ci sont très claires :

« Pour l'armée, l'Académie demande la réforme temporaire qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire et la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch [...]»¹¹⁰.

Pour faire face à cet « *adversaire de notre race* » auquel ils imputent 150 000 morts par an¹¹¹, les médecins de la commission réclament en outre une sélection bien plus drastique au moment des conseils de révisions, lors de la « visite de départ » et surtout à l'occasion de la visite d'incorporation. Le médecin, selon Grancher, y « *examine à son aise, à son heure* » 400 à 500 conscrits qu'il reçoit au commencement de novembre et peut y consacrer « *cinq à six jours et, si le cas l'exige, retenir quelques hommes huit ou quinze jours* »¹¹². Plus politique que clinique, l'argumentaire développé par le titulaire de la chaire de clinique des enfants insiste notamment sur l'indispensable « *entente cordiale* » qui doit s'établir entre le commandant et le service de santé qui ont « *presque deux devoirs opposés [...] garder l'effectif au complet [...] et éliminer beaucoup d'hommes* »¹¹³. Le congé de réforme temporaire peut donc s'interpréter comme une forme institutionnalisée de compromis entre les intérêts contradictoires du commandement et ceux des hygiénistes civils et militaires. L'augmentation des taux de radiation s'explique donc, en grande partie, par la légitimité plus grande des solutions préventives portées par la médecine

¹⁰⁸ E. Vaillard préside le CCS et la commission compte pas moins de ? pastoriens sur 15 membres. Cf. Les pastoriens du service de santé ... Zylberman et Murard

¹⁰⁹ Académie nationale de médecine, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 62^e année, 3 série, tome 34, Paris, Masson et C^{ie}, 1898, p. 470-529, 600-617, 628-658, 695-702, 712-718 et 728-763

¹¹⁰ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, op-cit., p. 498 et 760-761.

¹¹¹ Ce chiffre de mortalité produit et diffusé par les entrepreneurs de cause mobilisés contre la tuberculose est assez largement surestimé à la fois par méconnaissance et pour les besoins de la cause. Sur ce point, voir, entre autres, Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose, 1879-1939 : la Normandie en proie à la peste blanche*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2013, 357 p.

¹¹² *Ibid.*, p. 498 et 760-761.

¹¹³ *Ibid.*, p. 499.

expérimentale dont la radiation temporaire est une traduction concrète. Quant à savoir pourquoi et comment l'armée perd des hommes et si cette augmentation des radiations est aussi due à une dégradation des conditions sanitaires dans les casernes sous le coup l'augmentation des effectifs consécutive à la loi de 1889, la source ne permet pas de répondre. En croisant les chiffres des radiations définitives (tableau 11) avec ceux des retraités (*i.e* pensionnés) et des réformés (n°1 et n°2, avec et sans gratifications) on mesure un peu mieux la réalité du traitement politique de l'infirmité militaire. Mais si on veut savoir combien d'hommes pris « bon pour le service » et incorporés sortent *in fine* de l'armée diminués, l'opération impose au préalable de déduire du total des radiations définitives, ceux qui ont été réformés (n°2) lors de la visite médicale d'incorporation (donc libérés avant d'être incorporés)¹¹⁴. On connaît leur nombre entre 1893 et 1900, ils sont environ 20 000¹¹⁵. En revanche, on ne peut pas savoir combien ils sont après 1900, puisque les entrées « réformés avant incorporation » et « réformés après incorporation » disparaissent de la SMA en 1901 au profit d'une distinction entre soldats ayant moins et plus d'un an de service. On doit donc à nouveau réduire la focale et se concentrer sur la période 1893-1900. Sur ces huit ans, 76 554 hommes sortent diminués de leur passage sous les drapeaux.

Tableau n°12 : Les retraites et réformes définitives pour infirmité - 1893-1900

	Total des retraités (pensionnés)	Retraites pour mille radiations définitives (après incorporation)	Total des réformés par congé n°1	Réformes n°1 pour mille radiations définitives après incorporation	Total des réformés par congé n°2 (après incorporation)	Réforme n°2 après incorporation pour mille radiations définitives (après incorporation)
1893	162	19‰	377	44‰	7970	937‰
1894	147	18‰	325	39‰	7810	943‰
1895	132	11‰	367	30‰	11939	960‰
1896	115	12‰	329	33‰	9538	956‰
1897	99	9‰	368	35‰	10102	956‰
1898	91	9‰	378	36‰	9965	955‰
1899	68	7‰	297	33‰	8593	946‰
1900	71	9‰	255	33‰	7344	957‰
Total	885		2 408		73 261	

Source : États VI.a - Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1901.

¹¹⁴ Ce qui donne en réalité une estimation basse puisqu'on déduit les réformés avant incorporation du total des définitif alors qu'il y a parmi eux des temporaires dont on ignore le nombre.

¹¹⁵ J'en compte 19 527 mais avec une incertitude pour l'année 1899 lié au fait que j'ai calculé ce chiffre à partir des données fournies dans les rapports postérieurs.

Sur ce total, 885 sont pensionnés, 2408 libérés par « congé de réforme n°1 » et 73 261 par « congé de réforme n°2 ». Autrement dit, ce sont en moyenne 12 militaires déclarés inaptes sur 1000 qui ont droit à pension et 31 sur 1000 qui peuvent prétendre à la gratification (2116 l'obtiennent, soit 28%) quand 957 sur 1000 ne peuvent obtenir au mieux qu'un secours. Le ministère de la Guerre renvoie donc dans leurs foyers, sans pension ni gratification, 95% à 96% des hommes que l'armée déclare inapte au service après les avoir incorporés. Mais présenter les chiffres de cette manière contribue en rendre en partie invisible la violence sociale de ce régime d'administration de l'infirmité profondément différentialiste. Pour en cerner plus finement les effets, il faut complexifier l'équation et croiser les décisions de retraites et réformes avec les grades des hommes radiés pour inaptitude.

Tableau n° 13 : Sorties de l'armée pour inaptitude des officiers et non-officiers 1893-1900

	Officiers radiés définitivement		Ss-Off et soldats incorporés puis radiés définitivement	
Pension de retraite	80	90,9%	805	1,1%
Congé de réforme n°1	9	9,1%	2399	3,1%
Congé de réforme n°2	0	-	73261	95,8%
Totaux	89	100,0%	76465	100,0%

Source : États VI.a in Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1901.

Le tableau 13 confirme alors l'existence d'un lien robuste. En moyenne, 91% des officiers sont pensionnés contre 1% des non-officiers. Un officier, quelque soit la pathologie dont il est atteint, a 9 chances sur 10 d'être mis en retraite avec pension s'il est jugé inapte, soit 90 fois plus qu'un soldat ou un sous-officier. Dans la très grande majorité des cas ces derniers sortent de l'armée sans rien pouvoir espérer d'autre qu'une largesse du ministère de la guerre.

Tableau n° 14 : Pensions de retraites concédées de 1893 à 1900

	Officiers retraités	Sous-officiers retraités	Soldats retraités	Total
1893	18	45	99	162
1894	11	20	116	147
1895	12	26	94	132
1896	10	15	90	115
1897	6	21	72	99
1898	9	16	66	91
1899	7	10	51	68
1900	7	10	54	71
	80	163	642	885

Source : États VI.a *in* Min. de la Guerre, 7^e dir., STSS, *Statistique Médicale de l'armée*, vol. publiés de 1895 à 1901.

Dépasser le constat et rendre de compte des conditions de possibilité de ce fait social suppose de saisir le fonctionnement du dispositif et les usages de la loi qu'il autorise, de comprendre si et comment les militaires peuvent accéder au droit qui leur est juridiquement reconnu.

2.2 La fabrique bureaucratique des ayants droit, ou quand la Guerre fait le droit

Expliquer comment l'armée peut renvoyer sans pension ni gratification un jeune conscrit venu au service avec ses dix doigts et libéré après en avoir perdu deux ou un homme jugé apte et devenu tuberculeux, implique en effet de savoir quel sont les acteurs efficaces, ceux qui maîtrisent la procédure et détiennent, de ce fait, le pouvoir de transformer les militaires radiés en ayants droit, le commandement d'abord, le ministère ensuite.

2.2.1 Le rôle clé du commandement

La procédure de constitution du dossier de pension de retraite pour blessure ou infirmité débute au niveau du corps d'affectation du militaire lorsque celui-ci en fait la demande (ou ses représentants) avant de quitter le service. Elle fait intervenir les officiers de commandement, de la sous-intendance et du corps de santé qui, à différents niveaux, sont chargés d'établir les pièces administratives et médicales sur lesquelles la demande doit être fondée : certificats d'origine, certificat de gravité, certificat d'incapacité et état des services, pour l'essentiel.

Le déroulement des opérations est en substance le suivant : blessés et malades sont d'abord examinés sur demande du Conseil d'administration du corps instructeur (*i.e* au

régiment) par les deux médecins-chefs de l'hospice mixte ou de l'hôpital militaire dans lequel ils sont hospitalisés ou, à défaut, par ceux de la structure civile ou militaire désignée à cet effet par le ministère. L'examen, réalisé devant le Conseil d'administration du corps, précise la nature de l'atteinte et pronostic son évolution probable: curable ou non. L'administration du régiment produit alors un procès-verbal d'examen et inscrit les blessés et malades sur « *l'État nominatif des militaires à présenter devant la Commission Spéciale de Réforme* » (CSR). Ces CSR se réunissent au chef-lieu de chaque subdivision militaire et sont composées d'un général de brigade (Président), d'un agent de l'Intendance, du commandant du bureau de recrutement de la subdivision et de l'officier commandant la gendarmerie de l'arrondissement. Deux médecins - un major et un médecin-chef – les assistent dans l'examen des pièces médicales. Ils rédigent un certificat de vérification dans lequel ils se prononcent à leur tour sur la nature (gravité et donc classement) et l'évolution supposée (incurabilité ou non) de la pathologie, mais ni l'un ni l'autre ne prend part au vote. La circulaire de 1853 qui régit encore le fonctionnement des CSR dans les années 1900 insiste sur ce point :

« la loi attribue la constatation de l'origine des blessures ou infirmités à l'autorité militaire. Il faut que celle-ci n'en laisse jamais le soin aux officiers de santé qui ne doivent intervenir dans cette constatation que pour établir dans le sens médical le rapport entre les faits originaires de l'infirmité et leurs résultats consécutifs¹¹⁶ ».

Les certificats rédigés par les supérieurs et/ou les rapports d'enquête demandés par l'autorité militaire établissant la condition d'origine sont également soumis à examen. Depuis la réunion du CA du corps instructeur jusqu'à la décision de la commission, les agents de l'Intendance, gardiens des deniers de l'institution, veillent à la régularité des opérations et à la légalité des propositions. Les CSR, au final, se prononcent sur l'aptitude au Service armé (SA) ou au Service Auxiliaire (SX) et, dans le cas contraire, sur les réformes (temporaire ou définitive) à accorder. Elles donnent leur avis sur la concession éventuelle d'une gratification (en cas de réforme n°1, c'est à dire si l'origine militaire est reconnue) et sur le caractère renouvelable ou non de cette dernière (lié à l'incurabilité). En cas de partage de voix, la décision du président prime. Le domaine d'action légitime des CSR se limite donc à l'appréciation de l'aptitude, elles ne statuent ni sur la question de la retraite, ni sur celle de la pension¹¹⁷. Elles formulent des propositions, transmises ensuite au Ministre pour décision via les Généraux commandant les Corps d'Armée. Parvenus au ministre, les dossiers des blessés et malades jugés inaptes par les CSR et susceptibles d'être pensionnés sont transmis pour examen au Comité Consultatif de Santé (qui succède dans la fonction au Conseil de santé). Sa section

¹¹⁶ Circulaire ministérielle du 21 février 1853.

¹¹⁷ Sur le fonctionnement des commissions de réformes voir L'instruction ministérielle du 21 avril 1910.

technique (la STSS) contrôle alors les pièces médicales établissant la gravité, l'incurabilité et le lien d'origine au service et émet un avis sur la base duquel le Ministre accorde (ou non) la pension. Le bureau des Pensions et Gratifications de réforme (3^e bureau) de la 10^e Direction du Ministère de la Guerre - qui devient, en 1899, Direction du Contentieux et de la Justice et militaire - produit pour finir un projet de liquidation.

Formellement, la STSS est un conseil d'experts dont la mission consiste à harmoniser, à contrôler les décisions parfois très différentes des commissions de réforme ; la centralisation est une garantie d'équité. À lire le député conservateur du Morbihan François Forest, la STSS joue un tout autre rôle en 1900. Elle est d'abord et avant tout le bras armé du ministère :

« [...] Mais le ministre de la Guerre s'est réservé le droit de concéder des congés de réforme n^o1 et les gratifications de réforme, et il ne les accorde que sur avis favorable du comité technique de santé qui fonctionne au ministère de la guerre. Or, trop souvent, ce comité technique, en l'absence de l'intéressé, simplement sur les certificats médicaux qui lui sont soumis, déclare, contrairement aux conclusions de ces certificats, que l'infirmité cause de la réforme n'est pas la conséquence du service de l'accident constaté ; ou bien, tout en admettant qu'elle en est une conséquence, le comité déclare que l'infirmité n'est pas assez grave pour donner droit à la gratification. Et, je le répète [...] cette décision sans appel est prise par le comité technique, qui n'a pas vu l'intéressé [...] »¹¹⁸.

Pour l'ancien capitaine d'État-major sorti de Saint-Cyr il faut « *modifier le règlement dans un sens moins arbitraire* »¹¹⁹. Et il propose une solution « *fort simple* » : lorsque la STSS dédit le jugement des quatre médecins qui ont procédé à l'examen, les blessés doivent être envoyés devant une seconde commission de réforme qui soumettra un avis motivé au ministre. À l'appui de sa démonstration le conseiller général du canton de Rochefort-en-Terre convoque les dossiers de deux soldats réformés qu'il « *a entre les mains* » : celui du cavalier Potier, réformé à Nantes le 7 mai 1898 parce qu'il a perdu l'usage de sa main suite à un coup de pied de cheval et dont la STSS a rejeté la demande de pension en invoquant la « constitution de l'homme », et celui de Dayon, soldat du 7^e d'artillerie, réformé à Rennes cinq plus tôt. Blessé au genou et incapable de marcher suite à une chute dans un escalier lors d'une corvée, la STSS a rejeté sa demande en s'appuyant sur le même argumentaire alors qu'il est titulaire d'un certificat d'origine. Si Forest endosse le rôle de défenseur des droits pour ces deux soldats qui appartiennent sans doute à sa circonscription, la cause qu'il défend n'est qu'en partie la leur. La charge vise aussi un ministère qui travaille à déposséder les commandants de corps d'une partie de leurs prérogatives en matière de gestion des effectifs. La réponse du commissaire du gouvernement, le contrôleur général de l'administration de l'armée, Marie-Jean-Charles

¹¹⁸ JORF, débats à la Chambre, 24 février 1900, compte-rendu de la 29^e séance, (23 février) p. 598-600.

¹¹⁹ *Ibidem*.

Crétin (1846-1933)¹²⁰, le patron de la toute nouvelle direction du Contentieux et de la Justice militaire, le confirme à demi-mot :

« il est délicat de soumettre l'avis du comité de santé, c'est à dire la plus haute autorité médicale que possède l'armée, à l'examen, en quelques sortes à la censure, d'un organe moins compétent, une commission de réforme. Il y aurait peut-être autre chose à faire. Si le comité technique de Santé [i.e la STSS] a des doutes que l'examen de l'intéressé serait susceptible de dissiper, la convocation de celui-ci pourrait être ordonnée ¹²¹ ».

Pas question donc de décentraliser la décision en la confiant aux CSR. Les commissions de réforme jouent déjà un rôle décisif puisqu'elles font le premier tri et que c'est à niveau que se joue, pour l'essentiel, la conservation de l'effectif. Le sort de tous les hommes dont les séquelles n'entrent dans aucune des 6 classes de l'échelle de gravité se trouve de fait entre les mains du commandement qui les contrôlent. À ce premier niveau, c'est donc lui qui décide qui est inapte au service et qui ne l'est pas. Les médecins militaires, s'ils les examinent et produisent les pièces légales certifiant de la gravité et de l'incurabilité des blessures, ne participent pas formellement aux décisions. L'étude des dossiers médicaux individuels permettrait sans doute de nuancer le propos et de mieux cerner les effets concrets d'une expertise médicale dont on peut supposer qu'elle est de plus en plus difficile à contourner à mesure que la médecine militaire s'autonomise. Mais, on l'a vu au chapitre premier, les officiers du corps de santé, bien qu'émancipés de la tutelle de l'Intendance à partir de 1882, sont loin d'être autonomes. Ils sont soumis au commandement qui dispose d'un levier efficace pour les inciter à la docilité en cas de nécessité: il les note en vue de leur avancement. Nul besoin dès lors de donner des consignes explicites de sévérité ou d'inviter les médecins à plus de sollicitude lorsqu'il le décide, puisque lui seul à la main.

C'est précisément ce que dénonce Paul Meunier- (1871-1922) député de l'Aube et Secrétaire de la Chambre (1905-1906) lors de la discussion (du chapitre 54) de l'exercice du budget 1905¹²². Établissant le lien entre situation sanitaire de l'armée et vulnérabilité

¹²⁰ Marie, Jean, Charles, Louis Crétin est un ancien capitaine du Génie attaché à l'Etat major particulier du colonel Charles-Louis le Masson. Pour les éléments biographiques sur Crétin cf. son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/628/51. Voir aussi Roland Drago, Jean Imbert, François Monnier et Jean Tulard, Dictionnaire biographique des membres du Conseil d'État, 1799-2002, Paris, Fayard, 2004.

¹²¹ JORF, 24 février 1900, op-cit., p.598-600.

¹²² Paul Meunier est maire de Saint-Parrès-les-Vaudes, conseiller général (canton de Mussy-sur-Seine) et député de l'Aube de 1902 à 1919, inscrit au groupe républicain-socialiste (1914-1919). Avocat à la Cour d'Appel, il défend le Zouave Baptiste Deschamps devant le conseil de guerre de Tours qui le juge pour avoir refusé le « torpillage » du Dr Clovis Vincent (auquel il a cassé le nez) médecin-chef du Centre Neurologique de la 9^e RM qui traitait les soldats "plicaturé" des suites de troubles psychiques en leur appliquant un courant dont l'intensité variait entre 60 et 100 milliampères. Sur "l'Affaire du Zouaves Deschamps", voir Jaques Philippon, « Histoire de la Neurochirurgie à la Pitié Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales*, vol. 31, n° 97, 1997, p. 173-180 et Vincent Viet, La santé en guerre, *op. cit.*, p. 316-318.

sociale des militaires renvoyés pour inaptitude, l'avocat affilié au groupe « Gauche radical-socialiste » (de 1906-1909) plaide pour une révision de la « composition des comités de réforme (sic) » et la transformation des règles de leur fonctionnement. Fervent défenseur des droits des soldats (il milite pour une réforme du code d'instruction criminelle et de la justice militaire), Meunier estime que les médecins de l'armée doivent siéger avec voix délibérative. Mieux, il considère qu'il faut leur donner la majorité dans les commissions de réforme¹²³.

À partir de 1910, les commissions doivent d'ailleurs exposer dans un « rapport spécial » les motifs qui les auraient poussées à ne pas suivre les propositions des médecins¹²⁴. Mais il y a deux manières d'interpréter cette instruction. On peut considérer qu'elle signe le basculement du rapport de force au profit des médecins ou, au contraire, qu'elle fait fonction de rappel à l'ordre pour les présidents de CSR qui passent outre l'avis des médecins. Impossible de trancher, mais manifestement le contrôle des CSR est un enjeu pour le ministère qui, en 1899, leur retire la capacité de délivrer des réformes n°1 (définitives)¹²⁵. Seuls les verdicts de la STSS peuvent désormais libérer un homme de ses obligations militaires de manière définitive. D'une certaine manière, c'est un moyen de médicaliser le traitement de l'infirmité, mais c'est aussi une prise de pouvoir de l'administration centrale sur les corps instructeurs et une façon de dépersonnaliser le jugement, d'objectiver le verdict.

2.2.2 Le ministre juge et partie ?

Pour l'ex-médecin des troupes coloniales Charles-Louis Valentino (1879- ?) qui en a fait l'expérience - il est pensionné en 1908 pour « fièvre vicieuse » (paludisme)¹²⁶ - cette procédure n'est en pas moins des plus discrétionnaires et elle fait du ministre :

« [...] un débiteur d'un caractère spécial [...] qui n'a pas seulement à dire si, oui ou non, il est débiteur, mais qui, encore, doit évaluer la consistance de sa dette [...] », il est juge et partie "[...] tellement juge qu'il fait à lui seul la majeure partie de la jurisprudence en matière de pensions et réforme n°1 et toute la jurisprudence en matière de gratifications [...]" puisqu'il n'existe pas, pour ces dernières, de recours en Contentieux. Et Valentino

Pour la biographie de Paul Meunier, voir <http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/recherche> et Yves Charpy, *Paul Meunier : Un député auboisi victime de la dictature de Georges Clemenceau*, L'Harmattan, 2011.

¹²³ Cf. La discussion de l'exercice du budget 1905, chapitre 54 (secours aux militaires) et le projet de résolution défendu par Paul Meunier le 4 mars 1905 dans JORF – Débats parlementaires chambre des députés, compte-rendu in extenso du 5 mars 1905, p745-746.

¹²⁴ Instruction ministérielle du 21 janvier 1910, art 10.

¹²⁵ Note du 15 avril 1899 et Instruction du 26 juin 1899. Voir Ministère de la Guerre, *Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre*, Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1899, p 245 et 466.

¹²⁶ Valentino écrit ces lignes pendant la guerre dans un contexte bien particulier : depuis novembre 1915 un projet de loi visant à réviser la législation des pensions est à l'étude et Valentino alors l'expert ès pension des associations de combattants de blessés. Il rédigera avec André Lehmann les 71 articles de la loi « dite » Lugol - considérée comme la charte des anciens combattants et victimes de guerre - voté le 31 mars 1919. Sur la question de sa sortie d'armée pour inaptitude en 1908, voir son dossier de pension au SHD en 7Yf – 68728.

de poursuivre "[...] pour tous les autres cas où le militaire s'estime satisfait, le ministre seul a dit le droit. Et cette jurisprudence ministérielle, nous ne la connaissons pas, ce qui est un grave danger. Le ministre qui, par suite du recours possible au Conseil d'État, n'est pas libre de refuser une pension quand il lui plaît, est toujours libre d'accorder une pension, si tel est son bon plaisir [il] aura pu, en fait, reconnaître la responsabilité de l'État et engager les finances publiques, suivant ses conceptions personnelles et sa volonté propre¹²⁷ ».

Pour l'essentiel on peut souscrire à l'analyse de Valentino mais elle mérite d'être discutée sur deux points au moins. D'abord, le ministre n'est pas tout à fait « *libre d'accorder une pension, si tel est son bon plaisir* ». Les projets de liquidation produits par le bureau des pensions du ministère sont soumis au contrôle de la section des finances du Conseil d'État qui produit un « avis » destiné au Ministère des Finances. C'est lui en effet qui, une fois le projet de liquidation validé et la décision publiée par décret, liquide la pension sur son budget. Il a donc tout intérêt à contrôler les éventuelles tendances à la largesse de la Guerre puisque, de fait, celle-ci n'est pas financièrement responsable de la manière dont elle administre la santé des hommes. Lorsque le ministre entérine une évolution qui aurait dû, en théorie, passer par le vote du Parlement et prend sur lui d'étendre le périmètre de la 4^e classe de l'échelle de gravité en y ajoutant « les infirmités équivalentes », la Section des finances s'en tient à la lettre de la loi et refuse d'accorder les pensions sur la base de cette équivalence nouvelle.

Mais il faut dire aussi que Valentino prête beaucoup au ministre qui en réalité est dépendant de la STSS et du CCS. Si les officiers supérieurs du corps de santé qui la composent sont nommés par décision ministérielle, c'est par leur entremise que l'administration centrale peut prendre le pouvoir sur les corps (au double sens du terme, sur les régiments et sur les hommes). En ce sens, le ministre est loin de pouvoir distribuer les pensions comme bon lui semble. S'il joue des clivages caractéristiques de la relations entre les officiers de commandement et le corps de santé, généraux et médecins peuvent tout à fait jouer leur propre partition (ensemble où séparément) contre le ministre en cas de conflit. La politique de l'infirmité militaire est donc bien plus le produit d'une série de rapports de force internes à l'armée que la décision d'un homme. Pour les militaires susceptibles d'être pensionnés, la nuance n'a pas grande importance. Dans tous les cas de figure, ils n'ont rien à dire. Contrairement à ce qu'on peut régulièrement lire¹²⁸, la preuve de l'origine n'incombe pas au blessé qui ne peut rien faire tant que le ministre n'a pas statué. C'est seulement en cas de contestation de la décision qu'il revient au militaire (ou à ses représentants) de prouver - comme en cas d'accident du travail avant le vote de la loi

¹²⁷ Charles-Louis Valentino, *Législation industrielle et militaire comparées: accidents du travail et blessures de guerre*, Thèse de Doctorat, Université de Montpellier. Faculté de droit et des sciences économiques, France, 1917, p. 329-330.

¹²⁸ Antoine Prost, *Les anciens combattants*, op. cit., Vincent Viet, *La santé en guerre*, op. cit., Sylvain Bertschy, « Grande Guerre et infirmité », op. cit..

de 1898 - que son état résulte bien d'un fait de service. Mais, subtilité déterminante, le requérant ne dispose pour administrer la preuve que des certificats d'origine et de blessures rédigés par les militaires. Il ne peut fournir de contre-expertise civile. Même lorsqu'il se pourvoit en contentieux au Conseil d'État, celui-ci ne peut faire appel qu'à des médecins militaires¹²⁹. L'institution militaire conserve de bout en bout la maîtrise du dispositif et, à tous les niveaux, la bataille des pensions se joue à armes inégales, ce que l'analyse des recours en contentieux confirme largement.

2.3 Le conseil d'État, contre-pouvoir ou instrument de gouvernement ?

Entre 1890 et 1914, la question « pension militaire » fait l'objet de plusieurs travaux et thèses de droit¹³⁰. Tous soulignent l'importance du travail de contrôle, de normalisation et de fabrique du droit opéré par le Conseil d'État. Ils reprennent largement à leur compte l'image de « garde-fou du régime » et de « gardien des libertés publiques » qui structure le récit de soi de l'institution. Suspendu en 1870, réorganisé en 1872 et républicanisé en 1879 par une sévère épuration, le Conseil d'État doit s'ajuster au nouvel ordre politique¹³¹ et le travail de relégitimation auquel se livrent ses membres, indissociable de la démocratisation du régime, articule alors étroitement promotion des valeurs de dévouement (à la chose publique) et de justice (à l'endroit des petites gens) et affirmation répétée d'une volonté de dépolitisation et de rationalisation¹³². À mieux y regarder, le rôle joué par cette fraction dominante de l'élite administrative est un peu plus complexe.

2.3.1 La jurisprudence « libérale » du Contentieux

J'ai expliqué auparavant que les notions de « service commandé » et de « fatigues ou dangers du services » renvoyaient à des situations-types en dehors desquelles la pension est refusée. Mais même dans ces conditions, dire ce qui relève « du service commandé » et ce qui n'en relève pas n'a rien de simple. En 1864, le Conseil d'État rompt une première fois avec une interprétation qu'il juge trop restrictive de la notion de service, il considère qu'ouvrent aussi « *un droit à indemnités les accidents purement fortuits à la condition que le*

¹²⁹ Arrêts de la section contentieux des 6 avril et 20 décembre 1895.

¹³⁰ Voir entre autres les travaux de Leroy (1901), Saumur (1902), Tardieu (1906) et Hamant (1913) déjà cités.

¹³¹ Vincent Wright, « L'épuration du Conseil d'État en juillet 1879 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1972, p. 621-653.

¹³² Voir Rachel Vanneuville, « 5. Le Conseil d'État au tournant du siècle, raison politique et conscience légale de la République », dans Marc Olivier Baruch et al., *Serviteurs de l'État*, La Découverte, col. « Espace de l'histoire », 2000, p. 97-108. Pour penser de manière plus globale les relations entre champ judiciaire et champ politique voir Jacques Commaille, Martine Kaluszynski (dir.), *La fonction politique de la justice*, La Découverte, coll. « recherches », 2007.

*militaire n'y aurait pas été exposé s'il n'avait pas été de service*¹³³ ». En d'autres termes, tous les accidents corporels survenus sous l'uniforme sont désormais susceptibles d'être considérés comme résultant des dangers du service. Pour l'essentiel, c'est dans les années 1880-1890 que la pratique jurisprudentielle requalifie la condition d'origine. Le 7 août 1886, le Conseil d'État donne raison au soldat Dufour, blessé par un carreau qu'un de ses camarades venait de casser. En revanche, il déboute le sergent Faivre (11 janvier 1889) blessé lors d'un « jeu de couteau » auquel il n'a pas pris part. L'obligation de cohabiter avec des camarades et les risques d'accident inhérents à la vie collective relèvent-ils des dangers du service ? Ces deux exemples contradictoires montrent toute la difficulté et les ambivalences de la jurisprudence. À partir de 1895 toutefois, et « sous l'influence des travaux préparatoires à la loi sur les accidents du travail¹³⁴ », le Conseil annule à plusieurs reprises les décisions du ministre de la guerre et tend à faire de l'accident de chambrée un danger du service. Le 22 mai 1896, il reconnaît le droit à pension du soldat Fittipladi, blessé à l'œil d'un coup de feu tiré à blanc par un de ses camarades qui préparait son fournement pour la garde du lendemain¹³⁵. Il fait de même dans une affaire similaire en 1900 (Dupont, 27 juillet) et pour le soldat Roger, blessé (à l'œil également) par l'explosion d'une cartouche dans un poêle où il allumait le feu (27 mars 1903)¹³⁶. Cette pratique jurisprudentielle qui transforme la clause d'origine directe en une clause d'origine indirecte s'étend à d'autres accidents ordinaires de la vie militaire, parmi les plus courants comme « les chutes dans les locaux militaires ou les cantonnements », les accidents survenant lors des déplacements ou encore les chutes et coups de pied de cheval. Pour toutes ces situations, ce n'est plus l'obéissance à un ordre direct qui fonde la condition d'origine en cas d'accident et seules la désobéissance ou l'indiscipline de l'accidenté - équivalent militaire de la faute lourde et inexcusable définie par l'art 1382 du code civil - justifient le refus de pension¹³⁷.

L'interprétation élargie de l'origine se déploie aussi sur le terrain de l'indemnisation des séquelles de maladies. Les suites de maladies épidémiques et endémiques peuvent ouvrir droit à pension lorsqu'il est démontré, pour faire simple, que ces affections sont liées à la vie militaire. De retour d'une campagne au Soudan et alors qu'il stationne en

¹³³ L'arrêt du Conseil d'État (CE) est cité dans, Ch. Valentino, *Accidents du travail et blessures de guerre, op.cit.*, p 58.

¹³⁴ Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, thèse citée, p. 25-26. Sauf mention contraire, les affaires citées ici en exemple sont citées par cet auteur.

¹³⁵ M. N. Panhard, M.P. Gérard, M.V. Quentin, M.V Margé, Recueil des arrêts du Conseil d'État statuant au contentieux, des décisions du Tribunal des conflits et de la Cour des Comptes, 2^e série, tomes 63 à 84, Paris, L. Larose & Frogel éd., 1896 p 752.

¹³⁶ Iwan Haman *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, thèse citée.

¹³⁷ Les articles 1382 et suivants du code civil régissent le droit de la responsabilité civile tel que formulé par la doctrine juridique. C'est sur cette base que la justice, tout au long au XIX^e siècle, tranche en cas d'accident du travail jusqu'à l'adoption de la loi du 9 avril 1898.

Algérie, le soldat Lallemand est atteint d'une « *fièvre typhoïde grave* » qui provoque chez lui des « *troubles cérébraux* » entraînant « *l'hésitation de la parole, la perte de la mémoire et la paralysie des membres supérieurs*¹³⁸ ». Radiés pour inaptitude, le ministère rejette sa demande de pension le 1^{er} septembre 1896. Deux ans plus tard (le 11 novembre 1898), la section du contentieux annule le décret ministériel et reconnaît que l'infirmité de cet ancien soldat du 2^e régiment étranger lui ouvre droit à pension. L'infirmité est reconnue « grave et incurable » et elle met Lallemand « hors d'état de pourvoir à sa subsistance » indique l'arrêt qui précise surtout le caractère incontestable de son origine : « les fatigues liées à une campagne pénible au Soudan ». Elle l'est d'autant moins qu'en lui accordant un congé de réforme n^o1, la commission de réforme de la Seine l'a en réalité déjà reconnue¹³⁹.

Plus inattendu, l'élargissement de la notion de « fatigues ou danger service » concernent aussi des situations bien plus difficiles à objectiver selon les critères médico-légaux de l'époque. Le 20 juillet 1894, l'arrêt 89.938 reconnaît que l'ex-sergent-major Auque, atteint de tuberculose pulmonaire, a droit à pension puisque les certificats (militaires) qu'il a produits en attestent l'origine. En dépouillant les « *Recueils d'Arrêts* » (toujours une année sur deux), j'ai dénombré 52 affaires liées à des cas de tuberculose (pulmonaire et osseuse) et dans 29 d'entre elles, l'origine et la gravité sont reconnues par le Conseil d'État (contre 23 rejets). Ce résultat est à la fois surprenant et attendu. Surprenant parce que faute de sources complémentaires, on a du mal à voir ce qui fonde la divergence d'appréciation entre le ministère et le Conseil. Les certificats d'origine présentés en Contentieux sont ceux sur la base desquels se fonde l'expertise de la STTS en amont de la décision du ministre. Il peut certes y avoir des contre-visites, mais elles sont toujours le fait de médecins militaires. Tout se passe donc comme si le ministère rejetait l'origine en sachant qu'un recours lui donnerait tort. C'est d'autant plus plausible qu'il n'y a aucun risque pour le ministre, au pire son décret est annulé et il doit concéder la pension.

Mais le résultat est aussi attendu parce que ces refus sont fondés en raison médicale. Nombre de médecins militaires de hauts rangs, dont certains sont membres de l'Académie, s'opposent aux approches étiologiques fondées sur la théorie de la contagion microbienne. Jules Chauvel (1841-1908), Achille Kelsch (1841-1911), Léon Colin (1830-1906) ou encore Louis-Joseph Millet (1844-1907) n'ont de cesse de souligner l'importance des « *tuberculoses latentes et localisées*¹⁴⁰ ». Pour eux, la contagion n'a qu'un rôle secondaire

¹³⁸ M. N. Panhard, M. P. Gérard, M. V. Quentin, M. V. Margé, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, source citée, 1898, p. 691.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ Voir les prises de position de Kelsch dans les compte-rendu de l'Académie Nationale de Médecine, séance du 31 mai l'année 1898.

dans la propagation de la maladie dans l'armée. Enrôlant pour les besoins de la cause les travaux de Jacques-Joseph Grancher (1843-1907), Millet affirme que c'est « *la misère physiologique héréditaire ou acquise qui domine toute la pathologie de la phtisie pulmonaire* »¹⁴¹. La caserne n'est pas le grand foyer de contamination que désignent à la colère populaire médecins civils et publicistes, bien intentionnés mais peu au fait de la vie et de l'épidémiologie militaires. Les tenants du paradigme physiopathologique, qui fait de l'hérédité et du milieu les premières causes des épidémies, parviennent à entretenir l'incertitude quant aux modes de transmission de la maladie. À aucun moment les hommes du SSM ne disent que la vie militaire n'a rien à voir avec la tuberculose, leur argumentaire tend pour l'essentiel à faire de la contagion une cause (très) secondaire. La hausse du nombre de cas enregistrés dans les années 1890 s'explique pour eux par la prévalence (ils n'utilisent pas le terme) très élevée de la maladie dans la population (européenne) sur laquelle l'instruction militaire aurait l'effet d'un véritable révélateur¹⁴². Le répertoire de solutions prophylactiques proposé articule donc assainissement du « milieu », considéré comme le vecteur essentiel de la transmission et préparation physique spécifique des « malingres » suspects d'être des porteurs latents. On retrouve là une forme de syncrétisme théorique et pratique caractéristique de l'entreprise hygiéniste d'avant 1914. Si la physiologie et la bactériologie et les méthodes prophylactiques qu'elles promeuvent (assainissement, immunisation) peuvent apparaître *a posteriori* très nettement différenciées, mutuellement exclusives les unes des autres et concurrentes, les vingt dernières années du XIX^e correspondent à un moment où des épistémologies très différentes (physiopathologique et microbienne) « *cohabitent [...] dans les croyances, les orientations affectives et intellectuelles des praticiens de la choses sanitaires* »¹⁴³. Or cette indétermination a des effets directs en matière d'expertise médico-militaire car la pension est toujours accordée dès lors que la contagion est reconnue¹⁴⁴.

Affirmer le caractère héréditaire et/ou latent de la tuberculose, arguer de la « prédisposition constitutionnelle » en minimisant le rôle de la contagion entretient le doute quant à l'origine de la maladie et la possibilité d'une disqualification étiologiquement fondée des demandes de pensions. Marie Derrien a montré comment le paradigme héréditaire et les théories de la prédisposition ont disqualifié le rôle de l'évènement « guerre » dans l'étiologie des « troubles » psychiques chez les combattants de la Grande Guerre et ce en dépit des incertitudes et contradictions des verdicts

¹⁴¹ Dr Louis-Joseph Millet, *La tuberculose dans l'armée*, Paris, Aux Bureaux de la Grande Revue, 1905

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ Lion Murard et Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République*, *op. cit.*, p 96. Voir plus largement p.93-119.

¹⁴⁴ Iwan Hamant, *op. cit.*, p 40.41.

psychiatriques et de l'existence de (rares) théories alternatives¹⁴⁵. Stéphane Latté a mis en évidence les conditions de possibilité et le rôle décisif de ce type d'approches dans l'institutionnalisation d'un soupçon généralisé à l'endroit des névroses traumatiques (des accidentés du travail comme des militaires) et il a montré comment la prospérité diagnostique de ces entités médicales a permis la perpétuation du blâme des victimes pendant près de deux tiers de siècle¹⁴⁶. Qu'ils soient conçus et pensés comme tels – à l'image de la « névrose de revendication » d'Édouard Brissaud (1852-1909) - ou non, les schèmes étiologiques mobilisant la prédisposition constitutionnelle sont toujours susceptibles d'être mis au service du débiteur (patronat et assureurs comme État) lors des luttes pour la reconnaissance d'un droit, luttes dans lesquelles les enquêtes médicales sont le principal terrain d'affrontement.

L'examen des « motivations » des arrêts du Conseil d'État suggère que le ministère ne se prive pas d'utiliser la prédisposition constitutionnelle. Dans les cas de tuberculose (pulmonaire surtout) les arrêts mentionnent en effet presque toujours « *en dehors de toute prédisposition constitutionnelle* ». Dans leur grande majorité, ils précisent le lien de causalité entre maladie et service - « *refroidissement excessif subit lors d'une faction* », « *séjour prolongé aux colonies* », « *mauvaises conditions d'hygiène dans un casernement* », « *marche forcée sous une pluie torrentielle* » (Genty, 20/7/1898) - et dans tous les cas, la pathologie est présentée comme le résultat d'un « accident de service » et non d'une contagion. En contournant - sciemment ou non - le problème de la contagion, le Conseil d'État sort des cadres de la controverse sur les modes de transmission et impose, progressivement, la notion « d'origine par aggravation ». Dans un arrêt du 23 février 1897 les conseillers estiment qu'il convient de faire abstraction des prédispositions constitutionnelles et de raisonner par analogie avec un « individu sain » : soumis aux mêmes « fatigues », celui-ci aurait-il contracté une infirmité ? La logique n'implique pas une reconnaissance systématique, mais elle rend caduque la position du ministère. Lorsque ce dernier refuse la pension du soldat Santucci - amputé d'une jambe à la suite d'une entorse – en arguant de complications liées à une atteinte tuberculeuse antérieure, sa décision est cassée (23 juin 1897) et Santucci est renvoyé devant le ministre pour liquidation de sa pension¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Marie Derrien, « *La tête en capilotade* », *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, Thèse de doctorat d'histoire contemporaine, dir. Isabelle von Buelzingsloewen, Université Lumière Lyon II, soutenue le 21 novembre 2015, p201-216 notamment.

¹⁴⁶ Stéphane Latté, « *Les victimes* ». *La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, thèse citée, chap.5, section I, « De l'ouvrier simulateur au soldat escapist », p. 324-341.

¹⁴⁷ M. N.Panhard, M.P. Gérard, M.V. Quentin, M.V Margé, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, source citée, 1897.

Au regard de ces éléments, on pourrait conclure qu'il est de plus en plus compliqué pour l'institution militaire de faire admettre qu'un homme jugé apte par deux fois (lors des visites médicales de révision et d'incorporation) soit radié pour inaptitude sans que son passage sous les drapeaux n'en soit, pour partie au moins, à l'origine. Mais on en déduirait un peu vite que cette libéralisation se fait contre le ministère. À bien des égards, le Conseil d'État apparaît davantage comme une instance de légitimation des politiques ministérielles.

2.3.2 Les recours en Contentieux ou les limites de la judiciarisation (1893-1909)

L'analyse statistique d'un échantillon stratifié des dossiers de recours aurait sans doute permis d'en faire la démonstration. Les coûts d'entrée d'une telle investigation se sont toutefois révélés trop élevés au regard de la direction qu'avait déjà pris la recherche et de son état d'avancement. C'est notamment le mode de classement des dossiers et minutes de décisions du Contentieux qui s'est avéré le plus prohibitif ; les dossiers ne sont pas classés par type d'affaires mais par numéro d'enregistrement ou par séquence chronologique¹⁴⁸. On ne peut donc pas savoir combien d'affaires relèvent des pensions militaires (pour infirmité) sur une période donnée sans en établir soi-même l'inventaire. Il a donc fallu commencer par répondre à une question très simple : combien sont-ils ces hommes meurtris qui tentent de faire valoir leurs droits devant le contentieux ? Un sondage effectué dans les « Recueils des arrêts du Conseil d'État¹⁴⁹ », permet d'établir qu'un peu plus de 900 recours en Contentieux sont introduits contre la Guerre entre janvier 1893 et juillet 1914¹⁵⁰. Bien que les auteurs ne disent rien des logiques de sélections qui sont les leurs, ces recueils ne sont pas exhaustifs et une partie des cas mentionnés ci-avant n'y figurent pas. Difficile dès lors de savoir ce que représente ce petit millier de cas sur le total des affaires de pensions passées en contentieux.

¹⁴⁸ Les dossiers et minutes de décisions du Contentieux: sont côtés AL 1583 à 1594 pour la période 1893-1894 et AL/2422 à 2519 pour 1895- 1905 et ceux correspondant à la période 1906-1914, AL/4573 à 4674. Dans les deux premières séries les affaires sont classées par numéro de dossier et dans la troisième série par séquence chronologique d'environ 3 à 4 semaines.

¹⁴⁹ M. N.Panhard, M.P. Gérard, M.V. Quentin, M.V Margé, *Recueil des arrêts du Conseil d'Etat statuant au contentieux, des décisions du Tribunal des conflits et de la Cour des Comptes*, 2^e série, tomes 63 à 84, Paris, L. Larose & Frogel éd., années 1893 à 1914. Lacune : tome 65, année 1895.

¹⁵⁰ J'ai compté uniquement les recours déposés par les militaires eux-mêmes ou leurs représentants. J'ai exclu ceux des veuves et ascendants qui dépassent du cadre de ce travail sur l'administration de l'infirmité. Par ailleurs, je n'ai pas eu accès aux chiffres de l'année 1895.

Tableau n° 15 : Les recours en contentieux contre les refus de pension pour infirmité

Années	Nombre de recours	Années	Nombre de recours
1893	16	1904	39
1894	18	1905	62
1895	NR	1906	83
1896	38	1907	53
1897	31	1908	49
1898	31	1909	19
1899	38	1910	43
1900	52	1911	67
1901	51	1912	58
1902	41	1913	49
1903	39	1914	39
Total			916

Source : *Recueils des arrêts du Conseil d'État, 2^e série, tomes 63 à 84.*

Quelques indicateurs permettent toutefois de penser que l'estimation proposée ici n'est pas très éloignée de la réalité. On sait que la période considérée correspond à un temps d'engorgement du Conseil d'État qui accumule un retard considérable malgré les réorganisations successives des formations du contentieux. Entre 1888 et 1910, celui-ci passe de 2 à 7 sections et sous-sections et connaît une augmentation significative du nombre de ses agents sans réussir à apurer l'arriéré¹⁵¹. Les « statistiques » mobilisées alors à l'appui des projets de réforme élaborés dans les années 1900 permettent de se faire une idée de la part des pourvois introduits pour des questions relatives au droit à pension.

Tableau 16 : Les "affaires de pensions" au Conseil d'État 1893-1908

Années	Nombre de pourvois déposés	Nombre d'affaires jugées
1893-1898	654	475
1898-1903	770	805
1903-1908	1561	1383
Total	2985	2663

Source : Antonin Perrier, *Rapport du budget du Ministère de la Justice. JORF, Documents Parlementaires - Sénat* 1910, annexe n°117, p 707.

Ces chiffres ne distinguent pas les pensions militaires des pensions civiles, celles de l'armée de terre de celles de la marine et ils ne disent pas davantage s'il s'agit de pension de retraites ordinaires, d'une liquidation anticipée pour infirmité ou d'une réversion consécutive à un décès. Mais ils donnent un ordre de grandeur qui tend à crédibiliser mon évaluation. Dans la mesure où le contentieux juge un peu moins de 2 700 affaires sur 15 ans (tous types de pensions confondus), il est raisonnable de penser que le total des

¹⁵¹ Sur la « crise et les réformes » du Contentieux voir René Brugère, *Le Conseil d'État: son personnel et ses formations, évolution, tendances*, Thèse de droit, Toulouse, impr. Toulousaine, 1910, p.96-140.

pourvois doit être assez proche des 641 recours (plus d'un quart du total donc) recensés sur la même période (1893 – 1908). Les sections du contentieux traiteraient ainsi en moyenne une quarantaine d'affaires par an, peut-être un peu plus, quand l'armée élimine annuellement de ses rangs de manière définitive entre 8 000 et 16 000 hommes (cf. Tableaux 10 et 11). Ces données montrent sans équivoque que seule une minorité de militaires radiés investissent dans le droit. Elles mettent ainsi en lumière les limites de la régulation du social par la judiciarisation.

Pour saisir un peu mieux le rôle du contentieux, j'ai dépouillé les recueils une année sur deux (entre 1894 et 1914) ¹⁵² et j'ai construit un échantillon de 490 arrêts qui correspondent aux pourvois de 469 anciens militaires. Les recours introduits contre une décision de rejet de demande de pension de retraite pour infirmité sont majoritaires, mais il existe d'autres motifs. Les requérants contestent leur mise en réforme et demandent la retraite, ils refusent une mise en retraite proportionnelle et réclament le bénéfice de la pension pour infirmité (dont les montants sont plus élevés), ils contestent les dates de mise en liquidation de leur pension et réclament des aérages, ils mettent en cause les verdicts médicaux relatifs à la gravité de leur infirmité ou essaient de faire reconnaître une aggravation et cherchent à obtenir une revalorisation. Quant aux arrêts rendus par la section du contentieux, ils ne se limitent pas à l'alternative reconnaissance droit du requérant (et renvoi devant le ministre pour liquidation de la pension) /rejet du recours. Ils peuvent déboucher sur une demande de nouvel examen médical ou entraîner une nouvelle instruction du dossier, ils peuvent aussi, mais c'est plus rare, déclarer l'affaire non-résolue ou sans objet.

Sur le total de 479 recours, 58 sont introduits par d'anciens gendarmes, gardes républicains ou sapeurs-pompiers et 429 par des hommes ayant appartenu à l'armée de terre (421)¹⁵³. Parmi eux, les sous-officiers représentent 9% (37 recours) et les simples soldats 32% (138 recours) mais pour 52% de l'effectif constaté (225 recours), on ne connaît pas la position de requérant dans l'armée (ils sont présentés comme « militaire »). La mention du grade n'est pas systématique en effet, sauf pour les 7% d'actions intentées par les officiers (29 recours) dont le statut est toujours précisé. On peut donc considérer que 93% des pourvois sont le fait de soldats ou de sous-officiers (400). Bien qu'il n'existe pas, à ma connaissance, d'enquête sur les recours au Conseil d'État fin XIXe-début XXe, ce résultat paraît assez contre-intuitif. On peut supposer que la capacité à se pourvoir en contentieux est très inégalement distribuée socialement. Il faut connaître cette

¹⁵² J'ai débuté en 1894 et non en 1893, pour contourner la lacune de 1895.

¹⁵³ Ceux dont le recours donne lieu à deux décisions n'ont été comptés qu'une fois, en revanche, ceux qui déposent plusieurs recours sont comptés à chaque fois.

juridiction, savoir que l'on peut la saisir¹⁵⁴ (et comment) pour attaquer le décret de refus de pension et oser contester une décision ministérielle pour faire valoir ses droits. Le sociologue René Worms (1869-1926)¹⁵⁵, également « auditeur » au Conseil, confirme qu'il y a là un enjeu pour la plus haute juridiction administrative. Évoquant les affaires de grand contentieux – dont les pensions relèvent – il explique que « [...] *l'on a voulu faciliter l'accès du prétoire*¹⁵⁶ » et qu'à l'exception des frais inhérents au droit de timbre et d'enregistrement (soixante centimes), la procédure est gratuite. Les justiciables peuvent se dispenser du ministère d'un avocat et « *la partie [...] présenter elle-même son mémoire* » en sollicitant au besoin l'assistance judiciaire, dispositif instaurée en 1851 pour corriger les inégalités d'accès au droit¹⁵⁷. La sollicitation de l'assistance judiciaire en matière civile progresse constamment au XIXe siècle et passe de 10 000 demandes (à sa création) à 85 000 au début du XXe siècle ; avec un taux d'acceptation de l'ordre de 35 à 50%, près de 35 000 justiciables en bénéficient¹⁵⁸.

On peut toutefois douter de l'efficacité de ces mesures de démocratisation. Rien en effet ne dispose, a priori, un profane à lutter efficacement, qui plus est contre l'État, dans le cadre hautement ritualisé, solennel et spécialisé, de l'arène judiciaire. Même avec l'aide d'un avocat - qui de toute façon ne plaide pas puisque son rôle se limite (c'est déjà beaucoup) à la constitution du dossier en amont – l'engagement individuel dans l'action juridique suppose un minimum de dispositions sociales acquises en amont ou pendant la procédure. Si dans un contexte très différent, le portrait sociologique d'un justiciable brossé par François Buton a bien montré qu'un individu dominé socialement peut tout fait acquérir ce « sens pratique juridique », il a aussi montré que la combinaison des dispositions sociales qui lui avait permis « d'investir dans le droit avec efficacité » était finalement assez peu ordinaire¹⁵⁹.

¹⁵⁴ Sous trois mois à partir du jour du premier paiement des aérages jusqu'en 1900 puis sous 2 mois après le vote de la loi de finance du 13 avril 1900 (art. 24) pour ceux qui ont eu une pension (de retraite ou proportionnelle). Cinq ans après la décision de refus pour les autres.

¹⁵⁵ Worms est normalien, docteur ès-lettres et droit de Faculté de Paris (1891) et agrégé de philosophie de et de sciences économiques. Créateur de la *Revue International de sociologie* (1893), fondateur de l'Institut international de sociologie (1894) et de la Société de sociologie de Paris (décembre 1895), il est en concurrence avec Gabriel Tarde (1843-1904) et d'Emile Durkheim (1858-1917) avec lesquels il contribue à la structuration de la sociologie française en discipline académique. Sur Worms voir Roger L. Geiger, « René Worms, l'organicisme et l'organisation de la sociologie », *Revue française de sociologie*, volume 22, n°3, 1981, p.347. Voir aussi Johan Heilbron, *French sociology*, Ithaca, Londres, Cornell University Press, 2015, p.60-91.

¹⁵⁶ René Worms, « La juridiction du Conseil d'État et ses tendances actuelles », *Séance et travaux de l'Académie des sciences morales et politiques*, 1905, p. 655-656.

¹⁵⁷ G. Rouet, *Justice et justiciable au 19ème et 20ème siècle*, Belin, 1999, p. 181-220.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 200-209.

¹⁵⁹ François Buton, « Le Droit comme véhicule. Portrait sociologique d'un justiciable », dans Liora Israël, Guillaume Sacriste, Antoine Vauchez et Laurent Willemez (dir.), *Sur la portée sociale du droit*, Paris, PUF-CURAPP, 2004, p. 127-144.

Je voudrais donc tester l'hypothèse du caractère socialement différencié des verdicts du contentieux en proposant une brève analyse des effets de la position des requérants dans la hiérarchie militaire (officiers ou non) sur le type de décisions rendu (rejet, droit reconnu etc.).

Tableau 17 : Décisions rendues par le contentieux en fonction de la position militaire du requérant 1894-1914

khi 2 ***	Arrêts des sections du contentieux				
Situation dans l'armée	Rejet du recours	Droit reconnu	Examen complémentaire	Sans objet ou non résolu	Total
Homme de rang	55,8%	37,7%	5,8%	0,7%	100% (138)
NR	57,3%	32,9%	9,3%	0,4%	100% (225)
Sous-officier	43,2%	54,1%	2,7%	0,0%	100% (37)
Sous-total non-officier	55,5%	36,5%	7,5%	0,5%	100% (400)
Officier	41,4%	55,2%	3,4%	0,0%	100% (29)
Total	54,5%	37,8%	7,2%	0,5%	100% (429)

Source : *Recueils des arrêts du Conseil d'État*, 2e série, tomes 63 à 84. *** significatif au seuil de 5%.

Le croisement entre la position occupée dans l'armée (officier ou non) et le rejet ou la reconnaissance du droit met en lumière un lien robuste. Si en moyenne 37.8% des arrêts donnent raison au requérant, c'est le cas pour 55.2% des officiers contre seulement 36.5% des non-officiers¹⁶⁰. Même si la position hiérarchique dans l'armée et la position sociale ne se recoupent qu'imparfaitement, on voit bien qu'on est loin du rôle de défenseurs des petites gens qu'il s'attribue. Le phénomène ne doit pas surprendre : il illustre simplement les limites du rôle de contrôle qu'exerce la plus haute juridiction administrative. Si la section des finances peut tout à fait refuser de valider un projet de liquidation de pension, ses « avis » ne sont pas contraignants pour le ministre qui peut passer outre s'il le décide (en clair, s'il a l'appui du Ministre des Finances). Surtout, les sections des finances et du contentieux fondent leurs décisions sur l'examen des pièces produites par l'armée elle-même et si celle-ci les établit selon les règles, ses marges de manœuvres sont des plus étroites.

Mais raisonner en ces termes c'est rester prisonnier des schèmes de pensée véhiculés par la Haute Assemblée elle-même et la considérer, de fait, comme un contre-pouvoir. La loi du 24 mai 1872, qui fonde le Conseil d'État moderne, lui confère l'autonomie de jugement et la « théorie du ministre-juge », en vertu de laquelle les deux juridictions se superposaient, n'a plus cours après 1889. L'arrêt Cadot, en effet, entérine de manière définitive le monopole de la Haute Assemblée en matière de jugement de

¹⁶⁰ Dans cette configuration (officier/non-officier), le calcul du khi2 (indicateur de liaison entre les variables) montre que l'écart est ici statistiquement significatif.

l'administration. L'administration a donc obtenu le privilège d'être son propre juge, mais non sans contreparties. En dépit de l'autonomie qu'il revendique et s'efforce - comme les autres grands corps administratifs - de construire¹⁶¹, la proximité du Conseil d'État avec le gouvernement, dont il est le conseil juridique (art.8 de la loi de 1872), le lie au politique¹⁶². Il est le censeur d'un exécutif auquel il appartient directement¹⁶³. Cette tension constitutive de l'histoire de l'institution est renforcée par la porosité des champs du pouvoir administratif et politique, fait bien connu dont attestent à la fois les modes de nomination et les trajectoires des membres du Conseil d'État.

De 1886 à 1914, la section du contentieux connaît successivement quatre présidents : Pierre-François-Abel Berger (1828-1914) jusqu'en 1903, Albert Chante-Grellet (1844-1908) les cinq années suivantes, René Marguerie (1847-1925) de 1908 à 1912 et, enfin, Émile Mayniel (1843 - 1918). Leurs carrières illustrent bien la perméabilité de ces espaces sociaux et les phénomènes de circulation entre l'administration, la Haute Assemblée et le champ politique. Le premier est procureur général près des cours d'appel de Riom puis de Chambéry de 1870 à 1877, préfet du Rhône et maire de Lyon de 1877 à 1879. Nommé conseiller d'État en service ordinaire de 1879 à 1882, il est président de la section des travaux publics de 1882 à 1885 avant de prendre la présidence contentieux¹⁶⁴. Son successeur, Chante-Grellet est avocat à la cour de Paris puis maître des requêtes et commissaire du gouvernement en 1879 et président du tribunal des conflits 1882-1902. Les deux suivants sont des purs produits du Conseil d'État. Leurs trajectoires très similaires, sont caractéristiques de l'histoire de l'institution et du processus de fermeture sur elle-même qu'elle connaît à la fin du siècle. René Marguerie (1847-1925) et Émile Mayniel sont tous les deux nommés auditeurs (par décret en 1869 et 1865) avant d'être « suspendu de leurs fonctions avec tous les autres membres du conseil par le Gouvernement de la Défense nationale (décret du 15 septembre 1870). Suite à l'installation du nouveau Conseil d'État (loi du 24 mai 1872), ils sont à nouveau nommés auditeurs (1^{re} classe) mais au concours cette fois (octobre 1872). Les deux échappent à l'épuration républicaine et deviennent maîtres des requêtes (en juillet 1879) puis conseillers d'État en service ordinaire (en 1889 et 1890) et, enfin, président de section. Malgré les lois de 1900, 1910 et 1911, une part significative des maîtres des requêtes reste

¹⁶¹ Voir Marie-Christine Kessler, *Les grands corps de l'État*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986, 344 p.

¹⁶² Malgré la « dualité » de présidence instaurée en 1872, ni le Garde des Sceaux ni aucune autorité exécutive n'exerce la présidence depuis que l'usage s'est imposé sous la III^e République.

¹⁶³ Voir Marie-Christine KESSLER, *Le Conseil d'État*, Paris, A. Colin, 1968, p 57-59.

¹⁶⁴ Archives Nationales, Dossier LH/188/61, pièce n° 12.

nommée au « tour extérieur »¹⁶⁵ quand tous les conseillers d'État (35 en 1910) le sont sur décision du conseil des ministres. Nombre d'entre eux participent d'ailleurs directement à l'action politique et administrative et investissent des postes de chef de cabinet ou de directeur de ministère¹⁶⁶.

À l'inverse, les chefs des administrations centrales sont choisis pour représenter au sein de la Haute Assemblée l'administration à laquelle ils appartiennent ; conseillers en service extraordinaire, ils sont les porte-paroles du ministre. Comme une vingtaine d'autres hauts fonctionnaires¹⁶⁷ c'est le cas pour le contrôleur Marie-Jean-Charles Crétin (1846-1933). Ancien intendant et chef du cabinet au secrétariat général du ministère, il entre au Conseil d'État (en service extraordinaire) comme commissaire du Gouvernement en prenant la tête de la toute nouvelle Direction du Contentieux en 1899¹⁶⁸. Lorsqu'il quitte ses fonctions sept ans plus tard, le poste de directeur échappe aux militaires. Il est successivement confié à trois personnalités issues du monde civil, dont deux membres du Conseil : Théodore Tissier (1866-1944), maître des requêtes honoraire, proche d'Aristide Briand (1862-1932), l'occupe de mars à décembre 1907 - avant d'être nommé directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice¹⁶⁹ - et Henri-Robert de Moüy (1855-1920), conseiller d'État et futur président de section des finances (1915), lui succède pour trois ans (1908-1911). En 1912, l'ancien substitut du procureur général près la cour d'appel de Paris Paul Matter (1865-1938) est nommé sur le poste ; il est encore en fonction à l'été 1914. Trois professionnels de la justice civile « tiennent » donc cette jeune direction du contentieux présentée par son instigateur, le ministre de Freycinet (1828-1923), comme une réponse à la montée des critiques visant la Justice militaire dans les années 1890¹⁷⁰. De même, le comité du contentieux et de la Justice militaire (créée en 1904-1905) compte cinq civils parmi ses (15) membres: son président, l'ancien ministre de la Justice (1893-1895) et vice-président du Sénat Eugène

¹⁶⁵ L'auditorat est accessible uniquement sur concours, en revanche, la loi de 1872 prévoit que deux tiers des maîtres des requêtes et la totalité des conseillers d'État viennent du « tour extérieur ». Ils sont donc choisis, en partie au moins, pour leurs liens avec le pouvoir politique.

¹⁶⁶ 8.4% des membres de cabinets ministériels appartiennent au conseil sur la période 1883-1917, voir Jeanne Siwek-Pouydesseau, *Les cabinets ministériels et leur évolution : de la IIIe à la IVe République*, Thèse de doctorat de recherches : Études politiques, dir. Maurice Duverger, Paris, Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 1962, 309 p.

¹⁶⁷ Ils sont 19 en 1895, 20 en 1906 et 21 en 1910 pour 35 conseillers en service ordinaire. Cf. René BRUGERE, *Le conseil d'état, op-cit.*, p.71.

¹⁶⁸ *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, partie supplémentaire, 1^{er} semestre 1899, décret du 13 janvier 1899. Sur Crétin voir Roland Drago et al., *Dictionnaire biographique des membres du Conseil d'État, op. cit.*

¹⁶⁹ *Ibidem*, p.614.

¹⁷⁰ *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, partie réglementaire, 1^{er} semestre 1899, rapport au Président de la République française sur l'organisation de l'administration centrale de la guerre, 13 janvier 1899.

Guérin (1849-1929)¹⁷¹, deux conseillers à la Cour de cassation et deux conseillers d'État (Gervais de Rouville et Jagerschmidt)¹⁷².

Si l'endogamie sociale de ces deux institutions n'a pas de quoi surprendre, ces éléments mettent surtout en lumière un phénomène peu visible en première approximation. La démocratisation du régime et sa républicanisation se traduisent par un double processus de professionnalisation du Contentieux et de « normalisation » de la Justice militaire, processus qui a pour effet de produire une objectivation juridique et médicale toujours plus fine de l'infirmité. En dépit du nombre relativement restreint d'affaires qu'il est en capacité de traiter, le Conseil d'État participe pleinement de cette évolution. Il joue donc bien un rôle politique et les travaux de Marie-Christine Kessler ou Rachel Vanneuville l'ont bien montré, il est davantage un instrument de gouvernement qu'un garde-fou du régime. Pour Kessler, dont l'enquête est réalisée dans les années 1960, ce rôle est d'autant plus central que le système politique de la V^e République favorise l'exécutif¹⁷³. Si c'est loin d'être le cas sous la III^e République, l'administration des infirmités militaires est largement tenu par les autorités exécutives qui interviennent sur elle essentiellement par décrets (ministériels et présidentiels). On verra d'ailleurs que dans les années 1900, comme pendant la guerre, ce monopole de l'exécutif est contesté, notamment par les parlementaires.

Deux conclusions peuvent être tirées de l'histoire du régime d'administration des infirmités militaires de la Monarchie constitutionnelle à la III^e République. D'un côté, on constate que l'économie générale du dispositif et les logiques qui l'ordonnent ne connaissent pas de transformation majeure. Conçue d'abord pour les cadres d'une armée qu'il s'agit de fidéliser dans une période de forte instabilité politique et d'expansion coloniale, la législation de 1831 entérine le passage d'un régime d'assistance militaire organisé sur le principe de l'hospitalisation (aux Invalides et/ou dans les compagnies détachées) à un régime de protection sociale catégorielle dans lequel blessés et infirmes militaires sont libérés de leurs obligations et peuvent être pensionnés ou secourus¹⁷⁴. Première des réformes Soult, l'instauration du droit à pension – qui soustrait les hommes de guerre au régime discrétionnaire des ordonnances royales – contribue aussi à la dépatrimonialisation de l'État, à la professionnalisation de l'armée et, plus largement, à la construction de l'État bureaucratique moderne, national et impérial. Pensions et secours,

¹⁷¹ Vétéran de la guerre de 1870, docteur en droit et avocat (1875), maire de Carpentras (1875), Guérin est élu suite à la démission du sénateur boulangiste du Vaucluse, Alberd Naquet qu'il a vivement combattu. Cf. la notice qui lui est consacrée le Dictionnaire des Parlementaires français de Jean Jolly.

¹⁷² Le comité n'existe pas en 1903 mais figure dans l'annuaire de 1905 cf. Ministère de la Guerre, *Annuaire de l'Armée française pour l'année*, Paris, 1905, source citée, p. 22.

¹⁷³ Marie-Christine Kessler, *Le Conseil d'État*, op. cit., p.239.

¹⁷⁴ Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, thèse citée, p.7.

parce qu'ils permettent de préserver les intérêts sociaux des différentes fractions du monde social qui investissent la carrière militaire et de prévenir d'éventuels mouvements ou désordres générés par de vétérans, relèvent d'un mécanisme d'entretien de l'ordre social et politique.

Dans les années 1890-1900 cependant, la majeure partie des blessés et malades qui quittent l'armée est reléguée hors du droit à pension par une procédure des plus discrétionnaires dans laquelle le ministre est à la fois juge et parti sans qu'il n'existe de véritable contre-pouvoir. Ni la démocratisation politique, ni les projets de construction d'une armée nationale - qui passent par une généralisation de la conscription (1872, 1889 et 1905) - ne débouchent sur un élargissement de la citoyenneté sociale des militaires ou une extension des droits des inaptes. Les pensions sont revalorisées et un usage plus libéral de la clause d'origine s'impose à partir des années 1880-1890 mais le droit à pension reste avant tout un attribut de l'épaulette et la majorité des hommes en arme sont soumis à un régime de distribution des faveurs des plus discrétionnaires. En cas d'atteintes les mettant « hors d'état de subvenir à leurs besoins », ils peuvent bénéficier d'un secours, autrement dit d'une libéralité, mais ils n'ont aucun moyen concret de s'opposer à la décision en cas de refus. Non réversibles aux veuves, ces mesures gracieuses ne constituent pas un droit opposable et ne sont susceptibles d'aucun recours. Le régime d'administration des infirmités militaires articule donc logique d'intéressement à l'État par le droit (à une protection) et récompense nationale – au sens de compensation et de reconnaissance.

D'un autre côté, les gouvernements républicains libéraux successifs prolongent la politique d'extension des faveurs inauguré sous le 2nd Empire avec l'introduction de la gratification de réforme qui devient renouvelable puis permanente (sous conditions d'incurabilité et de gravité). Or la pérennisation des faveurs se traduit en retour par une transformation des modalités d'objectivation de l'infirmité, par une objectivation toujours plus fine de la « gravité » des atteintes corporelles et psychiques et par la construction d'une tarification des corps beaucoup plus différenciée.

On l'a vu, la décision présidentielle du 30 déc. 1897 recommande de n'accorder la gratification que pour des « invalidités sérieuses entraînant une diminution très appréciable des facultés de travail » ce qui suppose de dire ce que recouvre cette diminution et d'être en capacité de la mesurer. Dans les 10 années qui suivent, la condition de gravité - définie jusqu'alors comme « l'impossibilité de rester en service » et /ou « de pourvoir à sa subsistance » - fait l'objet d'une requalification dans des termes qui sont ceux de la technique assurantielle. C'est dans le cadre de la réglementation des gratifications (et non des pensions) que cette mutation s'opère. Pour rationaliser les faveurs, l'expertise médico-militaire recourt à un nouvel outil cognitif, aujourd'hui

complètement naturalisé, le « taux d'invalidité ». Exprimer en pourcentage - et sur une échelle graduée de 1 à 100% - les effets d'une lésion ou d'une pathologie sur la capacité de travail (et non sur le corps lui-même) pour mesurer une « *perte de valeur professionnelle* » chiffrable en termes de salaire n'est ni évident, ni anodin. Faire du rendement du corps au travail le maître étalon de la réparation revient à exclure de la réparation les parties du corps ne servant pas directement au travail (les dents par exemple) d'une part, et implique d'autre part de se prononcer sur la manière dont le corps est mobilisé au travail alors que les travaux en physiologie du travail débutent à peine. À travers la rationalisation des faveurs, c'est une redéfinition de la valeur sociale du corps diminué qui s'opère. Cette métamorphose, qu'on analysera un peu plus tard, ne peut s'expliquer uniquement par des processus endogènes aux champs du pouvoir militaire, judiciaire administratif et politique. Bien sûr, la professionnalisation du contentieux, la normalisation de la Justice militaire ou les luttes entre l'administration centrale du ministère de la Guerre et le commandement territorial pour le monopole du pouvoir sur les corps des hommes en armes, rendent intelligibles les évolutions des politiques de l'infirmité. Mais celles-ci sont aussi contingentes des transformations qui s'opèrent dans le champ (connexe) de l'intervention sociale.

CHAPITRE 3

LE DROIT À RÉPARATION SOUS L'UNIFORME OU L'IMPOSSIBLE RÉFORME DES PENSIONS (1900-1914)

Ce chapitre retrace l'histoire d'un possible non-advenu, l'histoire d'une réforme du système des pensions militaires issu de la loi 1831 qui ne vit jamais le jour¹. Les historiographies du fait militaire et de la protection sociale, relativement cloisonnées jusqu'il y a peu, n'en soufflent mot. Aucune étude n'a abordé ce premier moment de politisation, cette séquence pendant laquelle des entrepreneurs de causes- publicistes, juristes et médecins (civils et militaires), politiques et hauts fonctionnaires - se saisissent de la question de l'infirmité militaire². Dans le cas français, l'interprétation communément admise aujourd'hui en matière de réforme des pensions s'est forgée à la croisée de deux types de travaux : ceux consacrés la naissance et à l'institutionnalisation du mouvement combattant, qui mettent à juste titre l'accent sur le rôle des luttes menées par les premières associations de mutilés - notamment par le Journal des Mutilés et l'Union Nationale des Mutilés et Réformés³ - et ceux consacrés à l'histoire de la « santé en guerre » qui analysent le travail de réorganisation, de rationalisation engagé par l'équipe du SSESSM de Justin Godart à partir de juillet 1915⁴. Dans les deux cas, la fabrique de la

¹ Sur les enjeux et apports heuristiques de ce type d'approches voir Quentin Duluermoz, Pierre Singaravélou, *Pour une histoire des possibles. Analyses contrefactuelles et futurs non-advenus*, Paris, Seuil, L'univers Historique, 2016, 448 p.

² Le concept de « politisation » ne se limite pas au sens restreint qu'on lui confère ici, celui de l'entrée dans le champ politique. Sur la question et dans une perspective plus restrictive, plus précise cf. Jacques Lagroye, *La politisation*, coll. socio-histoire, Paris, Belin, 2003, 564 p. Voir notamment l'introduction et le chapitre 15 p. 359-370.

³ Antoine Prost, *Les Anciens Combattants*, thèse citée, 1977.

⁴ Vincent Viet, *La santé en guerre, op. cit.*

loi des pensions de 1919⁵ - considérée comme la charte des anciens combattants et victimes de guerre parce qu'elle formule explicitement le principe du droit à réparation - s'inscrit dans une séquence qui démarre en 1915. Autrement dit, l'émergence de ce droit nouveau est présentée comme une réponse au choc exogène provoqué par la guerre. Le conflit aurait ainsi entraîné, presque ex-nihilo et par nécessité, un changement de régime d'administration de l'infirmité militaire. Au départ, mes recherches avaient pris la même direction et je m'efforçais de réexaminer les conditions de possibilité ce changement, de voir si et comment les transformations de l'expertise médico-militaire impactaient les projets de réforme des pensions élaborés entre 1915 et 1919, lorsqu'au détour d'un carton (dans lequel il n'avait en toute logique rien à faire), un document inattendu et surprenant, a fait bifurquer l'enquête. Ce fut l'un de ces moments rares, intenses, où « le goût de l'archive »⁶, qui flirte souvent avec un fétichisme bien connu de celles et ceux qui pratiquent les sciences historiques et sociales, prend tout son sens.

Le document en question est un « Avis de la Section Technique du Service de Santé » rédigé le 26 novembre 1912 et il porte sur un « avant-projet de loi appliquant aux militaires et marins, diverses dispositions *de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail*⁷ ». C'est d'abord le producteur du document lui-même qui retient l'attention : la Section technique du Service de Santé (STSS) qui prépare le travail du Comité Consultatif de Santé (CCS). Pièces maîtresses de l'architecture institutionnelle de la santé militaire élaborée entre 1882 et 1889⁸, ces deux institutions reprennent une forme d'organisation et de division du travail assez fréquente dans le champ administratif comme dans le monde de la réforme sociale en articulant une équipe permanente et un conseil de spécialistes. Deux institutions clés donc, mais qui n'ont laissé que très peu d'archives. Le SHD détient bien 13 cartons contenant les ordres du jour et les PV de séances ainsi que les documents de travail du Comité, mais tous concernent la période 1920-1939⁹. Du côté de la section technique, on trouve quelques documents, réunis en un unique carton (n°180), au centre d'archives du Musée du Val-de-Grâce, là encore, tous postérieurs à la guerre.

La rareté toutefois ne fait pas la valeur du document, la "perle" archivistique n'en devient une qu'à partir du moment où, sans "faire l'objet" (Offerlé), son contenu ouvre

⁵ Votée le 31 mars 1919, dite aussi loi Lugol du nom de son rapporteur.

⁶ Arlette Farge, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, 1997.

⁷ Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées du Val-de-Grâce, Archives de la direction du service de santé militaire (notées CDM/Val-de-Grâce/ADSSM), cartons A 265, Avis de la section technique du Service de Santé sur l'avant-projet de loi appliquant aux militaires et marins diverses dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, 2 p.

⁸ Pour la présentation de la STSS et CCS voir chapitre précédent.

⁹ Voir Frédéric Queguineur, *Répertoire numérique détaillé, Sous-série 9 NN 7*, Ministère de la Guerre, Direction du service de santé, p. 6 et 20.

des perspectives de recherches. En suivant la piste sur laquelle je venais de mettre un pied, j'ai retrouvé l'avant-projet de lois soumis à la STSS par le gouvernement et six propositions de lois déposées à la Chambre entre 1905 et 1914, six projets de réforme de la loi des pensions de 1831. Les débats engagés à la chambre dès 1900 et les projets de lois déposés à partir de 1905 montrent qu'à l'évidence, la question des infirmités militaires a fait l'objet de luttes politiques bien avant la formation du mouvement combattant dont Antoine Prost a si bien analysé la genèse et l'institutionnalisation¹⁰. Que celui-ci procède de la lutte engagée dès l'hiver 1914-1915 pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation, des droits des blessés et des pensions ne fait guère de doute¹¹, mais la réciproque n'est que partielle. La révision de la législation des pensions a bien commencé avec la présentation à la Chambre, le 4 novembre 1915, d'un projet de loi préparé par la commission extraparlamentaire réunie au ministère des finances sous la direction d'Alexandre Ribot. En revanche, les transformations cognitives et techniques qui sont au principe de l'élaboration du droit à réparation, interviennent pour partie avant la guerre.

En dépit de leur « échec », les projets de réforme ne sont pas sans effet, ils légitiment la critique, déplacent les cadres du débat et redéfinissent l'espace des possibles. Comment penser en effet ce qui se joue et se discute entre 1915 et 1919 lors de la fabrication de la loi Lugol¹² sans restituer ce qui s'est joué et discuté entre 1905 et 1914 ? Comment analyser, par exemple, l'adoption de la « présomption légale d'origine » (loi du 9 décembre 1916 sur l'allocation temporaire aux réformés n°2) sans revenir sur le moment où s'impose l'idée « *qu'au fond, il n'y a guère de différences essentielles entre les lois de réparation industrielle et celles de réparation militaire* »¹³. Il me semble que l'on gagne beaucoup à expliciter les conditions de possibilité de cette importation directe de la législation de 1898 qui renverse la logique de l'administration de la preuve en matière d'infirmité en mettant celle-ci à la charge de l'armée et non du soldat, à comprendre ce qui permet de rendre commensurable la situation des accidentés du travail et celles des militaires infirmes, à saisir les logiques au principe de cette association cognitive qui fait dire à Pierre Massé, rapporteur du projet de loi déposé par le gouvernement en 1915 que « *la loi du 9 avril 1898 traite les mêmes sujets qu'une loi des pensions de guerre [...]* »¹⁴. Le régime d'administration des infirmités militaires élaboré entre 1915 et 1919, parce qu'il se construit à la fois contre

¹⁰ A. Prost, *Les Anciens Combattants*, "Les origines. Les associations de mutilés", chap.cité.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Du nom du rapporteur de la loi du 31 mars 1919.

¹³ Charles-Louis Valentino, *Législation industrielle et militaire comparées*, thèse citée, p. 3

¹⁴ Pierre Massé, Rapport fait au nom de la commission des pensions civiles et militaires chargée d'examiner le projet de loi et les diverses propositions de loi sur Les Pensions des armées de terres et mer. JORF, Documents parlementaires, Annexe au PV de la séance du 21 juillet 1916, p.43. Archives du Musée du Val-de-Grâce (AMVG), carton n°247 « Pensions de guerre ». Cette version du rapport est annotée de la main du MIG Simonin, en charge des questions d'expertise médico-militaires sous Troussaint et conservé dans le cabinet Godart. Un mot de la main de Massé remercie Simonin pour sa « très appréciée collaboration ».

l'existant et contre les projets antérieurs, naît aussi de ce premier moment qui, éclipsé par le conflit, a échappé à l'Histoire.

Comprendre comment le régime d'administration des infirmités militaires qu'on a décrit au chapitre précédent devient, dès avant la guerre, un problème public et comment le constat de son inadaptation à une armée de « soldats-citoyens » s'impose pour beaucoup comme une évidence, suppose d'examiner d'un peu plus près les projets antérieurs à la guerre, de comprendre ce qu'ils disent des politiques menées à destination des militaires infirmes et savoir d'où parlent leurs promoteurs et, in fine, de rendre compte des effets de dynamiques qui lui sont exogènes. On verra notamment comment les transformations qui interviennent à la croisée du secteur de l'intervention sociale et du champ médical participent de la construction d'une alternative. L'institutionnalisation de la pratique assurantielle - et son corollaire : l'émergence d'une expertise médicale civile des dommages corporels - participent de la production d'un nouveau répertoire de solutions dans un moment où, au sein de même de l'armée, les modalités d'organisation de la protection sociale des hommes sont discutées.

Au lendemain de la guerre de 1870-1871, la situation faite aux vétérans et infirmes fait l'objet de diverses formes d'investissements politiques. Deux grandes problématiques polarisent alors successivement l'espace des prises de positions relatives à la question du traitement social et politique des militaires infirmes dans les quatre décennies qui suivent. La première est une problématique de la reconnaissance symbolique et juridique. Elle est portée et investie par deux types d'acteurs qui ont en commun d'appartenir au monde militaire ou d'entretenir avec lui des liens étroits. Ce sont d'abord des agents du monde philanthropique et charitable intervenant sur le marché privé du secours aux blessés militaires qui se mobilisent pour faire inscrire le problème des « blessés oubliés » sur l'agenda républicain. Si elle s'en distingue, leur action converge pour partie avec celle des premières associations d'anciens combattants, des amicales régimentaires et des Sociétés de secours mutuels fondées par les vétérans eux-mêmes et dont les revendications, plus catégorielles, visent d'abord à obtenir de la République des revalorisations de pension et/ou une reconnaissance symbolique (médailles et décorations) sans se réduire à la question des seuls infirmes mais sans l'exclure non plus. L'action des groupes de pressions hétérogènes, émanant plutôt de réseaux de sociabilité politique conservateurs, dessine, sur une période qui correspond à peu près celle des Républiques conservatrice et opportuniste (1875-1899), une première configuration de réforme. L'infirmes militaire - considérée jusqu'alors comme un sujet secondaire de la protection sociale relevant soit des faveurs du ministère, soit des pratiques traditionnelles de charité et d'assistance publique - est considéré comme un véritable sujet de droit. Dans les années 1890, le mouvement de revendication, toujours très segmenté, se structure davantage à l'échelle

nationale et trouve dans la défense des droits des soldats « rengagés ayant 2 congés de 7 ans non retraités » une cause fédératrice. Bien implanté dans le monde politique, le mouvement compte dans ses rangs des députés et des sénateurs qui, chaque année, portent ses revendications devant l'Assemblée au moment du vote du budget.

Dans le cadre de ces discussions, on voit émerger, sous la République radicale (1899-1906) une seconde configuration de réforme, qui va disparaître avec l'entrée en guerre. Celle-ci naît d'abord des mobilisations convergentes de parlementaires que tout oppose à première vue (anciens officiers affiliés aux groupes de droite et députés-maires « socialistes indépendants ») mais également de juristes, de médecins, de publicistes, de hauts fonctionnaires qui partagent un diagnostic – l'armée produit de la vulnérabilité sociale et le régime des pensions et gratifications est incapable d'y répondre – et un répertoire de solutions : l'adaptation de la législation de 1898 à l'armée. Ce chapitre examine les conditions de possibilité de cette mutation, tente de rendre compte des dynamiques sociales qui la portent et d'identifier les points de véto sur lesquels achoppe l'entreprise. Pour y parvenir, il revient d'abord sur la montée en puissance des revendications symboliques et catégorielles qui fondent ce que j'ai appelé une problématique de la reconnaissance (1875-1900). Dans un second temps la démonstration s'attachera à montrer que ces interventions contribuent à la formation d'un sens commun réformateur. Portées par des agents et des groupes politiques minoritaires à la Chambre, dans le cadre très normé de la discussion du budget où s'exprime une critique finalement assez routinière les (4) interventions présentées en 1899 et 1903 ont finalement fort peu de chance d'aboutir. Elles contribuent cependant à la formation d'un « sens commun réformateur », qu'elles enclenchent une dynamique de redéfinition « *des 'problèmes' à résoudre et, du même coup, des phénomènes qui s'imposent à l'observation, des chaînes de causalité à privilégier, de la famille des solutions concevables* ». On verra alors qu'en dépit de ce consensus, la construction d'un ensemble cohérent de représentations de ce que devrait être l'administration de l'infirmité militaire et des modèles d'action pour intervenir sur elle n'a rien d'une évidence. L'élaboration d'un répertoire de réformes (1905-1914) de type « assurantiel » rencontre au moins deux points de véto : la concurrence entre agents (civils et militaires) promouvant des modèles de protection sociale différents, et l'opposition de l'armée qui s'explique, aussi, en partie, par la concurrence entre deux « rationalités expertes » (l'une civile, l'autre militaire) qui mobilisent des techniques et modalités d'évaluation du dommage corporel différentes. Ces deux séries de raisons rendent assez improbable (mais pas impossible) l'adoption de ce

script nouveau, de ce nouvel ensemble de contenus, de modalités d'intervention et, *in fine*, de solutions, à travers lesquels se met en forme une possible intervention publique¹⁵.

I Une problématique de la reconnaissance (1875-1900)

L'aile protectrice de l'État étant loin d'abriter tous les hommes rendus à la vie civile diminués, leur prise en charge relève donc aussi (et très largement) des pratiques traditionnelles de charité et de bienfaisance publique et des formes mutualisées de secours qui se développent depuis le Second Empire. Mais ce modèle libéral de protection sociale articulant intervention minimale de l'État, prévoyance libre et secteur privé de la bienfaisance publique est travaillé par des dynamiques contradictoires. Au lendemain de la défaite contre la Prusse et après l'écrasement de la Commune, les sociétés de secours mutuels qui ont continué de fonctionner malgré la perte de leurs rentrées financières sont incapables de répondre aux besoins des blessés et malades. Du côté de l'État, l'administration, qui veut clore le budget au plus vite, distribue les pensions et les secours avec parcimonie à ceux qui se font connaître dans les délais. Quant à la Caisse des offrandes nationales, créée en 1860 pour gérer les reliquats des dons collectés à l'occasion de la guerre d'Italie (1859), les quelques 60 millions dont elle dispose pour distribuer des « menus secours » servent essentiellement à la garde républicaine. Au final, parmi les 300 000 blessés connus, bien peu bénéficient des fonds collectés en leur nom. Beaucoup de vétérans rentrent sans rien, sans même tenter de faire valoir un droit à pension dont, souvent, ils ne connaissent pas l'existence¹⁶. À l'inverse, le marché du secours privé aux blessés et victimes de guerre, lui, se développe, accentuant ce mouvement, plus général dans les années 1870, de prolifération du secteur privé (et religieux qu'on qualifie alors de « libre ») face à un secteur public (ou « officiel ») qui fait figure de « parent pauvre » de la bienfaisance¹⁷. Tout se passe comme si, à l'image de ce que François Buton a décrit pour les institutions spécialisées dans la prise en charge des aveugles et des sourds et muets deux décennies plus tôt, l'État après avoir organisé le contrôle des principales institutions du secteur c'était désintéressé de tout ce qui ne relevait pas sa responsabilité directe

¹⁵ Sur les notions de « configuration » et de « répertoire » de réforme et leur définition voir *Philippe Bezes, Réinventer l'État: les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 519 p.

¹⁶ Sur le traitement des vétérans de 1870-1871 blessés et malades voir Bertrand Taithe, *Defeated flesh: welfare, warfare and the making of modern France*, Manchester England, Royaume-Uni, Manchester University Press, 1999, p. 199-204.

¹⁷ Colette Bec, *Assistance et République: la recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*, Paris, Editions de l'Atelier, 1994, p.47.

(notamment financière) et avait laissé une totale liberté aux initiatives « bienfaites » des autres acteurs¹⁸.

Les deux principaux répertoires charitables français de l'époque : le très catholique *Manuel des institutions et œuvres de charité de Paris* - créé en 1842 par Armand de Melun et tenu ensuite par l'archevêché de Paris- et le *Paris charitable et prévoyant*, produit à partir de 1897 par l'Office central des œuvres de bienfaisance (qui voit le jour en 1892)¹⁹ permettent de se faire une idée de la topographie de ce domaine d'activité (sur le seul département de la Seine)²⁰. L'édition du *Manuel* de 1894 se limite aux 3 sociétés d'assistance militaire de la Croix-Rouge et à deux autres œuvres : la société d'assistance pour les mutilés pauvres et l'œuvre des pensions militaires dont je dirais quelques mots plus avant. Le *Paris charitable* en revanche, dans son édition de 1912, ne recense pas moins de 68 institutions. La plupart implique des officiers en activité ou en retraite et leurs publics cibles comprennent les militaires, les marins (pêcheurs compris), les gendarmes et leurs ascendant et descendants. De la fourniture de jeux ou de livre (Cercle du soldat) dans les casernes à l'hospitalisation, en passant par le placement et l'ouverture de places en orphelinat, leurs activités sont diverses. La majorité d'entre elles distribue des secours en argent ou en nature. Si on se limite à celles qui s'adressent uniquement aux militaires de l'armée de terre, elles sont un peu plus d'une vingtaine à le faire et parmi elles, le ministère de la guerre, mentionné à quatre reprises, figure en bonne place. Qu'il soit une institution importante dans le tableau des « œuvres » parisiennes n'est pas vraiment étonnant puisqu'il gère l'hôtel des invalides, la Caisse nationales des offrandes et la distribution des secours. Mais sa présence parmi les institutions du réseau charitable destinées aux (ex)militaires est d'autant plus significative que l'Assistance Publique, institution centrale des réseaux de bienfaisance parisiens en est absente. Elle rappelle (voir chapitre premier) le caractère privilégié des liens qui unissent le monde militaire au secteur privé de la bienfaisance publique qui semble avoir un monopole de fait sur la prise en charge des vétérans dans le besoin.

1.1 De la compassion au droit à l'assistance

La Société française de secours aux blessés et malades militaires des armées de terre et de mer (SSBM) en constitue sans doute le meilleur exemple. En décembre 1870

¹⁸ François Buton, *L'administration des faveurs*, op. cit., p. 178-181.

¹⁹ Sur la source « répertoires charitables » voir Stéphane Baciocchi *et al.*, « Les mondes de la charité se décrivent eux-mêmes. Une étude des répertoires charitables au XIX^e et début du XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2014/3 (n° 61-3), p. 28-66.

²⁰ Pour être plus complet, il faudrait dépouiller les (91) numéros de *La France Charitable* auxquels je n'ai pas eu accès.

elle obtient le monopole de l'hospitalisation privée au sein des armées²¹ et devient de ce fait l'auxiliaire du Service de santé avec lequel elle entretient des liens de dépendance mutuelle très étroits²². Durant le conflit la SSBM a dépêché des moyens matériels et humains aux armées et mis à disposition ses ambulances (hôpitaux privés sous contrat avec l'armée) qui ont hospitalisé 110 000 hommes²³. Mais le « secours » ne résume pas à l'hospitalisation ou à l'hébergement. Dès 1871 la SSBM fait également de la prise en charge des services funéraires et de la fourniture de prothèses les axes prioritaires de sa politique²⁴. Si elle est sans nul doute la plus importante (elle revendique 70 000 membres et 570 comités en 1912), la SSBM est loin d'être la seule sur ce terrain. Levée de fonds, achat et fourniture d'appareillage constituent également le cœur de cible de l'Œuvre des Amputés de la guerre 1870-1871, une institution éphémère (elle disparaît en 1874) dont le comité directeur est présidé par le ministre de la Guerre lui-même et le comité des dames patronnesses par Élise Thiers (1818-1880)²⁵. L'entreprise, typique des institutions charitables parisiennes de l'époque, mobilise les réseaux de la haute société catholiques et rassemble 168 287 francs qu'elle utilise pour appareiller 1 651 amputés (sur les 2 700 qu'elle a recensés) et « secourir » 2 781 blessés.

Sur le long terme, la SSBM est contrainte de partager le marché du secours privé aux blessés militaires avec l'Union des Femmes de France et l'Association des Dames Françaises²⁶, mais elle obtient le monopole des infirmeries de gare en 1892²⁷. Les trois sociétés déploient leurs activités sur des théâtres d'opération lointains, en Chine (1900-1901) et au Maroc (1907-1908) notamment, et commencent à se spécialiser dans le « secours aux victimes des calamités naturelles »²⁸. Elles interviennent en Sicile après le séisme de Messine (31 déc. 1908), en Provence pour les mêmes raisons l'année suivante (11 juin 1909) et pendant les inondations qui noient la capitale en 1910. Entre 1864 et 1911, les

²¹ Décret du 31 décembre 1870.

²² En témoignent notamment la composition de son comité central. Sur la SSBM, sa création, ses activités et les textes législatifs qui les régissent, ses règlements, la composition des comités locaux, la listes des membres, les écoles de formation etc. voir Croix-Rouge française, *Société Française de Secours aux Blessés Militaire - Annuaire 1911*, Paris, Imprimerie de Vaugirard, 1911. Voir aussi L. de Cazenove, *Compte-rendu du comité sectionnaire lyonnais de la Société Française de Secours aux blessés et malades des armées de terre et de mer*, Lyon, Imprimerie de Bellan, 1872.

²³ D'après l'annuaire de 1911, source citée, p 45.

²⁴ Bertrand Taithe, *Defeated flesh: welfare, warfare and the making of modern France*, Royaume-Uni, Manchester University Press, 1999, p. 198.

²⁵ Le ministre de la Marine, l'Archevêque de Paris et l'évêque de Versailles occupent les postes de vice-présidents et les 12 autres membres du comité directeurs sont des parlementaires, pour la plupart issus de l'aristocratie.

²⁶ Reconnus établissements d'utilité public par les décrets des 6 août 1882 (UFF) et 23 avril 1883 (ADF).

²⁷ Décret du 19 octobre 1892. Voir *Journal Officiel Militaire*, Paris : F. Magimel, Anselin et Pochard, 1892.

²⁸ Annuaire de 1911, source citée, p.46-47.

sociétés de la Croix-Rouge ont « distribué aux blessés des guerres de Crimée, d'Italie, du Mexique, de la Guerre de 1870 et des expéditions coloniales ²⁹ » 2 209 093 francs.

Quelles soient transnationales, nationales ou locales, les entreprises compassionnelles spécialisées dans l'aide aux victimes de guerre ont toutes en commun de dépolitiser la question de la prise en charge de l'infirmité. Les promoteurs du paradigme de la compassion ne visent ni à dénoncer la guerre, ni à stigmatiser un modèle de protection sociale libéral dont ils sont les principaux acteurs³⁰. Dans ce petit monde du dévouement et de la compassion, structurellement lié au pouvoir politique, militaire et religieux, les vétérans infirmes et indigents ne sont pas appréhendés de prime abord comme des citoyens ayant droit à un minimum d'indépendance sociale, ce sont d'abord des « malheureux » qui méritent la « sollicitude » de leurs contemporains. C'est pourtant au cœur de ces réseaux charitables que naissent les premières mobilisations visant à faire reconnaître les droits des blessés de 1870-1871.

Deux aristocrates royalistes qui siègent au comité de secours de la SSSM lancent une campagne en faveur de ceux qu'ils présentent comme des « héros invisibles ». Le comte de Beaufort (1814- NR) s'efforce de faire exister la cause des blessés indigents depuis déjà plus de vingt ans. Ancien inspecteur général adjoint des établissements de bienfaisance (1847-1848), il a travaillé, avec l'orthopédiste Veber, à l'appareillage des amputés de la guerre de Crimée³¹. Autodidacte devenu un spécialiste de la prothèse reconnu, il a fait adopter par la Guerre, la Marine et l'Assistance Publique, 8 appareils de sa conception entre 1851 et 1866. En 1868, il fonde sa propre société, l'Association pour l'assistance au mutilé pauvre³². À partir de 1871, elle est patronnée par une sommité de la chirurgie militaire, le Baron Hyppolite Larrey (1808-1895). Fils du chirurgien de la grande armée Dominique Larrey, médecin de l'Empereur en 1853, président de l'Académie impériale de médecine (depuis 1863), membre de la société de chirurgie, de l'Académie des sciences donc de l'Institut, Larrey est un soutien de poids, au plan financier comme au plan symbolique, qui contribue à la pérennité de l'entreprise.

Anne-Olivier-Honoré de Riencourt (1826-1899), lui, est moins connu, sinon par ses écrits et son investissement dans la cause. En 1872 le comte publie un premier ouvrage

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Mark Harrison and Steve Sturdy (eds), *War, medicine and modernity*, Thrupp, Stroud, Sutton Publishing, 1998, p.22 -47.

³¹ P. Huart, M.-J. Imbault Huart, *Jean Claude Dézarreaux et son mécanisme propre à remplacer la main gauche amputée au poignet*, Communication présentée à la séance du 23 mars 1974 de la Société Française d'Histoire de la Médecine.

³² Elle est encore en activité à la veille de la Grande Guerre, voir : Office central des œuvres de bienfaisance et services sociaux, Paris charitable et bienfaisant, 1912, 406 p.

dénonçant l'insuffisance des pensions pour infirmité³³. L'opuscule (39 pages en In-8°) présente deux propositions de loi. La première concerne l'extension des emplois à réserver aux militaires blessés (dont la liste est présentée sous forme de tableaux) et la création de conseils départementaux des invalides des armées de terre et de mer. La seconde, vise à l'augmentation des pensions accordées aux militaires blessés. Il récidive trois plus tard (1875) dans un ouvrage aux forts accents antibureaucratiques. Il y critique le fonctionnement des procédures d'admission à la pension - dont la complexité exonère les agents de toute responsabilité -, l'incompétence des commissions de réforme, la confusion dans la législation et il plaide pour que les examens soient faits par des « *médecins différents et très expérimentés* »³⁴. Fidèle à son créneau décentralisateur³⁵ il revendique la création en province de « *centres de service offrant toutes les garanties pour les mises en retraite et à la réforme* » pour un mettre un à terme la centralisation « *à Paris de toutes les affaires concernant les militaires blessés* »³⁶. En 1876, il rédige un véritable guide des droits des infirmes militaires³⁷ qu'il fait tirer à 40 000 exemplaires et envoyer à tous les maires de France³⁸. Dans la foulée, il cosigne avec Amédée de Beaufort une « lettre au clergé protestant et catholique ». Distribuée à 80 000 exemplaires (en janvier 1877), elle demande aux hommes d'Église d'identifier dans leurs paroisses les vétérans dont les infirmités n'ont pas été reconnues par l'État³⁹. L'enquête permet de recenser quelques 1 500 cas et ouvre à la voie à l'institutionnalisation de l'entreprise⁴⁰. En 1878, de Riencourt et le Général Favé (1812-1894), membre de l'académie des sciences et commandant de l'école polytechnique⁴¹, fondent l'Œuvre des pensions militaires. À l'exception de ce qu'en disent les répertoires charitables qui attestent son de son existence jusqu'en 1912 au moins, je ne sais rien ou presque de ses activités. Dans ces produits éditoriaux concurrents qui visent à organiser le monde charitable, à le faire connaître et à se faire connaître, l'œuvre des pensions revendique de venir « *au secours des anciens militaires*

³³ Anne-Honoré-Olivier Riencourt, *Insuffisance des pensions accordées aux militaires blessés. Moyen de les augmenter sans accroître le*, 1872.

³⁴ A.-H.-O.de Riencourt, *Les militaires blessés et invalides: leur histoire, leur situation en France et à l'étranger*, Paris, France, J. Dumaine, 1875, p. 218.

³⁵ A.-H.-O.de Riencourt, *La Question de la décentralisation* (Abbeville: Briez, 1871).

³⁶ A.-H.-O.de Riencourt, *Militaires blessés et invalides*, op. cit., p. 218.

³⁷ A.-H.-O.de Riencourt, *Manuel des blessés et malades de la guerre, à l'usage des personnes... qui désirent faire valoir les titres de ces militaires et ceux des veuves, orphelins et ascendants aux pensions, gratifications et secours*, par le Cte de Riencourt,..., Paris, J. Dumaine, 1876. Anne-Honoré-Olivier Riencourt, *Les militaires blessés et invalides: leur histoire, leur situation en France et à l'étranger*, 2 vol. (Paris, France: J. Dumaine, 1875).

³⁸ Bulletin de la Société Française de Secours aux Blessés militaires des armées de terre et de mer, Assemblée Générale des membres fondateurs, 3 mars 1876. Duc de Nemours (président du Conseil d'administration), *Compte-rendu des opérations de la Société pendant l'année 1875*, p. 9t.

³⁹ Bertrand Taithe, *Defeated flesh*, op. cit., p.204.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Il est fait Grand Officier de la Légion d'Honneur en mars 1874. Pour les éléments biographiques cf. Archives Nationales, Dossier LH/945/42 et « *Dossiers biographiques Boutillier du Retail. Documentation sur Ildefonse Favé* » in *Le Correspondant*, 25 avril 1880.

blessés ou restés infirmes [...] et des veuves [...] lorsqu'ils n'ont pas de pensions, quoiqu'ils aient des droits » et surtout « *de leur faire obtenir des pensions ou secours de l'État auxquels ils peuvent avoir droit, en leur procurant les pièces exigées et en remplissant pour eux les formalités nécessaires*⁴² ». Le cœur de son action se situe donc sur le terrain de la lutte administrative et juridique, il s'agit d'abord « *d'aider les militaires et marins devenus infirmes dans le service, à faire valoir leurs droits*⁴³ ». En 1882, Riencourt estime qu'il reste encore 6 200 de ces « héros invisibles » auxquels la République ne reconnaît aucun droit⁴⁴.

1.2 Reconnaissance symbolique, revendications catégorielles et émergence d'un sens commun réformateur

Ces premières mobilisations, dont on ne sait pas si elles trouvent des débouchés politiques, sont concomitantes de l'émergence et l'institutionnalisation d'une nébuleuse d'organisations fondées par les vétérans de 1870-1871 et dont les activités sont encore très mal connues. Pour des raisons essentiellement juridiques⁴⁵, elles restent longtemps des entreprises locales, à l'image de la dynamique Société des volontaires de 1870-1871, que le ministère de l'intérieur refuse d'approuver tant qu'elle n'a pas modifié l'article 6 de ses statuts en vertu duquel elle étend son action à l'ensemble du territoire national. Mais si la parcellisation, la fragmentation caractérise ce monde ancien combattant (même après le vote de la loi de 1901 sur les associations), les années 1880-1890 voient les sociétés d'anciens combattants, jusque-là simples réseaux de sociabilité et de secours mutuels surtout fondés sur le recrutement de proximité, s'organiser en fédérations nationales tandis que se développent dans les grandes villes des associations capables de rassembler plusieurs centaines de membres et de disposer de leurs propres organes de presse. L'Union fraternelle des défenseurs de la Patrie, qui s'affiche comme républicaine, compte parmi ses membres d'honneurs l'ex-Président du Conseil Gambetta, 87 députés et sénateurs, sept généraux et autant de ministres parmi ses membres fondateurs. Dans le Nord pas de Calais, Le Souvenir français (fondé en 1887) devient un groupe de pression de première importance mais il n'est pas le seul. Le Groupe d'anciens combattants et d'anciens soldats socialistes, fondé en 1896 à l'initiative du parti Guesdiste du Nord, compte plus de 2 000 adhérents. Les travaux de Bénédicte Grailles, à qui j'ai emprunté

⁴² Manuel des œuvres : institutions religieuses et charitables de Paris et principaux établissements des départements pouvant recevoir des orphelins, des indigents et des malades de Paris. éd. C. Poussiègue, Paris, 1894, p. 278.

⁴³ Office central des œuvres de bienfaisance et services sociaux, *Paris charitable et bienfaisant*, 1912, p. 673.

⁴⁴ A.-H.-O. de Riencourt, *Les blessés oubliés: les pensions militaires pour blessures et infirmités*, Abbeville, France, Paillart, 1882.

⁴⁵ La grande majorité d'entre elles sont des « sociétés de secours mutuels ». Elles sont donc régies par le décret de 1852 qui réserve le droit d'adhésion aux seuls membres de la commune où est déclarée la société.

ces exemples, attestent l'importance de ces instances de sociabilité, surtout au niveau local, et insistent sur leur rôle politique en matière de commémorations et « d'entretien du souvenir »⁴⁶. Ils montrent que, pour l'essentiel, ces entreprises portent une problématique de la reconnaissance symbolique qui s'incarne aussi et largement dans la revendication d'attribution d'une médaille commémorative (qui aboutit en 1911).

Si la reconnaissance symbolique est un dénominateur commun, la période est aussi marquée par la montée de revendications plus catégorielles. Des vétérans de 1870-1871 et/ou d'anciens militaires à la retraite sollicitent leurs députés qui déposent en leurs noms des pétitions à la Chambre. Ils demandent des revalorisations de leurs pensions, leurs alignements sur les nouvelles lois promulguées entre juin 1878 et juillet 1881, ou l'unification des différents régimes auxquels ils sont soumis⁴⁷. Certaines organisations se spécialisent sur les questions de pensions de retraites et de droits des blessés. L'Union fraternelle des Anciens Combattants créée à Marseille en 1888 par des anciens de la guerre 1870-1871 se transforme en une « Fédération nationale des anciens militaires blessés, gratifiés et réformés n° 1 » le 6 novembre 1894 et s'ouvre aux vétérans des expéditions coloniales (Madagascar, Chine, Tonkin, Algérie, Tunisie). Délocalisée à Paris, elle tient son premier congrès national à la Mairie du 10^{ème} arrondissement en juin 1911 et fait paraître cette même année le premier Bulletin de la Fédération⁴⁸. Poursuivant un objectif plus étroit, la *Société nationale de retraites des vétérans des armées de terre et de mer, 1870-1871*, naît le 1^{er} avril 1893 (reconnue en 1906). Elle est présidée par ex- sergent-major de la garde-mobile du Haut-Rhin : Joseph Sansboeuf (1848-1938). Ancien président de la Ligue des patriotes, l'alsacien - franc-maçon et gambettiste - est une figure de l'hygiénisme civile et militaire⁴⁹. Dirigé par un comité composé en grande majorité d'officiers, elle s'adresse aux vétérans, mais aussi à tous ceux qui ont accompli un service militaire. En

⁴⁶ Bénédicte Grailles, « *Gloria Victis* : Vétérans de la guerre de 1870-1871 et reconnaissance nationale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 2005, n°30. En ligne: [<http://rh19.revues.org/997>] DOI : 10.4000/rh19.997 (consulté le 30 septembre 2016).

⁴⁷ Voir à titre d'exemple Comité des officiers en retraite de Saint-Germain en Laye. Pétition aux Chambres législatives Saint-Germain : (1878) Pour demander le bénéfice de la loi nouvelle sur les pensions- Pétition en faveur des sous-officiers et soldats blessés ou infirmes. (28 février 1882.) Comité de Seine-et-Oise. Unification complète des pensions des Sous-officiers et Soldats, retraités avant la loi du 23 Juillet 1881. Versailles, le 15 Mai 1884. Les « feuillets » de la Chambre des députés (accessibles sur Gallica) donnent une foule d'autres exemples de ces initiatives individuelles ou collectives.

⁴⁸ Je n'ai malheureusement trouvé aucun exemplaire de ce bulletin. Pendant la Grande Guerre, André Maginot en prend la présidence et elle devient Fédération nationale des associations françaises de mutilés et réformés et veuves de guerre. Elle existe encore aujourd'hui sous le nom de Fédération Nationale André Maginot (FNAM).

⁴⁹ Il est notamment l'un des 19 fondateurs et le premier vice-président de l'Union des sociétés de gymnastique de France (USGF), un regroupement associatif à vocation patriotique qui prône la régénération physique et morale de la jeunesse et de la race par l'instruction physique. Sansboeuf et l'USGF jouent un rôle clé dans l'institutionnalisation de ce qu'on appellera le sport scolaire. Sur sa biographie voir Philippe Tomasetti, « Joseph Sansboeuf », in *Nouveau dictionnaire de biographie alsacienne*, vol. 48, p. 5139

1900, elle revendique plus de 56 000 membres répartis en 549 sections (10 membres minimums) elles-mêmes regroupées en fédérations départementales⁵⁰.

Le 10 février 1896, se tient au Palais de l'Industrie, la première assemblée plénière du « *Comité de Revendication des Vétérans des armées Françaises* » créé en décembre 1895. Société de secours mutuel et d'assistance par le travail, elle regroupe « des anciens militaires rengagés ayant 2 congés de 7 ans non retraités ». Le général Iung (1833-1896) et le député Louis Ernest Brincard (1842-1920) en sont les présidents d'honneur. Le premier est un ancien officier supérieur passé en politique. Sorti de Saint-Cyr en 1851, colonel en 1883 et chef de cabinet du général Boulanger en 1886, Iung prend sa retraite en 1893 comme général de division. Candidat boulangiste à Dunkerque pour les législatives partielles, il est élu député du Nord de 1893 à 1896 et siège dans la majorité de gauche. Le second est le petit-fils du baron Brincard (polytechnicien et officier du 1^{er} empire) et fils d'un industriel de Pontoise, il est avocat puis diplomate avant de se convertir en politique et d'être élu député conservateur de la Seine et Oise (de 1889 à 1898). Bien implanté dans le monde politique, le groupe de pression, qui revendique pour ses membres une pension de 200 à 250 francs, compte dans ses rangs (ou au nombre de ses soutiens) des sénateurs et des députés qui, chaque année lors des discussions précédant le vote du budget, portent ses revendications devant la Chambre.

Parmi eux, on retrouve le député Forest dont on a vu (chapitre précédent) qu'il était un fervent critique des commissions de réforme. Mais la charge qu'il mène dans l'arène parlementaire ce 23 février 1900 ne se réduit pas à cette seule dimension. La critique vise le régime de distribution des faveurs dans son ensemble. Pour l'écu du Morbihan, les modifications apportées au dispositif en vigueur (*i.e* le décret du 30 septembre 1897) servent surtout « à masquer l'illogisme et l'arbitraire du règlement, l'illogisme et arbitraire qui subsistent toujours⁵¹ ». Et l'ancien capitaine d'état-major, qui connaît bien l'institution, développe :

« En principe, tout soldat qui par suite d'un fait de service devient incapable de rester dans l'armée sans cependant être dans l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance est réformé avec un congé n°1, le congé n°2 étant réservé au cas de réforme qui ne sont pas imputables au service. Si le soldat réformé subit une diminution notable de l'aptitude au travail - c'est le même règlement - il a droit à une gratification de réforme renouvelable. Ces principes sont excellents mais comment sont-ils appliqués ? D'abord il faut que la diminution de l'aptitude au travail soit notable. Juger si la diminution est notable, c'est évidemment affaire d'appréciation ; mais en présence des rigueurs ministérielles, je crois qu'il serait bon d'adopter un principe et il en est un qui s'impose actuellement. La loi du 10 avril 1898 [sic], relative aux accidents des ouvriers dans le travail a déterminé dans

⁵⁰ Le vétéran. Bulletin de Société nationale de retraites des vétérans des armées de terre et de mer, 1870-1871, 1900, n°5, p.2. « Nos frais généraux ».

⁵¹ JORF du 24 février 1900, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 29^e séance du 23 février, p. 598-600.

quel cas les ouvriers victimes d'un accident ont droit à une indemnité. Je voudrais que l'esprit de cette loi fût appliqué pour les gratifications de réforme, et que jamais un soldat ne se vit refuser la gratification pour une blessure qui, s'il eut été ouvrier, lui eût donné droit à une indemnité. Il me semble inutile de développer [...] Il est impossible que l'État refuse à ses soldats, blessés à son service, ce qu'il accorde dans le même cas à ses ouvriers⁵² »

Si Forest fait remarquer qu'il ne demande pas l'assimilation complète des soldats blessés aux ouvriers victimes d'un accident du travail, c'est la première fois que la loi de 1898 est publiquement présentée comme un modèle susceptible d'être appliquée à l'armée. Plus frappant encore, cette proposition émane d'un membre de la commission de l'armée et elle suscite l'approbation (en séance) des libéraux et des conservateurs classés « à droite », auxquels le modèle de protection sociale libéral évoqué plus haut correspond pourtant bien⁵³. La réponse du contrôleur Général Crétin désamorce la charge par un argumentaire habile, mais sans délégitimer la critique :

« [...] M. Forest soulève une question bien grave, celle de l'assimilation - dans une certaine mesure - de l'accident de service militaire à l'accident du travail. [...] La solution [...] serait dans un très grand nombre de cas, préjudiciable aux intérêts dont il a pris la défense. Je me permets de lui rappeler que la loi du 9 avril 1898 à laquelle il fait allusion, ne vise que l'accident de travail proprement dit ; l'accident de travail, c'est à dire, suivant la définition qui en a été donnée aux cours des travaux préparatoires, l'action soudaine et brutale d'une cause extérieure. La loi en question ne vise pas l'infirmité, qui est, au contraire, l'évolution plus ou moins lente d'une altération de l'organisme. Sous ce rapport au moins, la législation sur les pensions et réformes est beaucoup plus libérale que la législation sur les accidents du travail. Sans aller jusqu'à cette assimilation sur laquelle je dois faire, au nom du gouvernement, toute réserve, il faut cependant reconnaître que la législation sur les pensions et réformes, faites à une époque où [...] il n'y avait pas de période d'instruction - présente aujourd'hui, à certains égards, quelques lacunes⁵⁴ ».

Mieux, le commissaire du gouvernement en transforme la portée en élargissant le débat aux pensions (que Forest n'a pas évoquée), fait le lien avec la conscription et ne réfute pas l'analogie entre ouvriers et soldats, entre accidents militaires et accidents de travail. Celle-ci il vrai n'est pas nouvelle. On en trouve des traces dans les débats préparatoires à la législation sur les accidents du travail. Mais jusqu'alors, elle avait surtout été mobilisée par ceux qui, comme Hippolyte Marestaing, voulaient qu'on annexe à la loi des tables ou barèmes d'incapacité inspirés de l'échelle de gravité de 1887 utilisés par les militaires. En inversant le sens de la comparaison et en l'étendant à la question des pensions, l'échange entre Forest et Crétin contribue cependant à déplacer les cadres du débat sur l'assistance aux militaires. Le caractère inédit et iconoclaste de cet échange n'a cependant pas grande importance en lui-même. C'est une passe d'arme parmi

⁵² *Ibid.*. Les passages soulignés sont de mon fait.

⁵³ *Ibid.*. Le compte-rendu de séance signale les « *Très bien ! très bien ! à droite* ».

⁵⁴ *Ibid.*. C'est moi qui souligne.

d'autres dans le cadre d'un débat récurrent sur le financement des secours. Ce qui lui confère une importance particulière, c'est qu'il va faire l'objet d'appropriations successives qui contribuent à l'émergence d'un sens commun réformateur autour de la question de la protection sociale des militaires.

2 Faire « une 1898 des militaires » : le droit à réparation à l'épreuve de la raison d'État dans l'arène parlementaire (1900-1914)

Introduite dans les débats sur l'assistance aux militaires blessés et malades par un ex-officier polytechnicien affilié à la droite conservatrice, l'idée d'une extension de loi de 1898 aux militaires trouve rapidement des relais du côté des socialistes et des réformateurs sociaux qui travaillent simultanément à élargir le champ d'application de cette législation à toutes les exploitations agricoles et commerciales et aux maladies professionnelles. Plus largement, ces prises de position contribuent au processus de redéfinition du « socle épistémique » de la protection sociale qui s'opère au tournant du siècle. Dans l'intervalle 1889-1914, ce sont en effet le rôle et les tâches attribués à chacun (secteur public/secteur privé), la division fonctionnelle et sociale du travail d'assistance et les critères de scientificité sur lesquels elle repose qui se discutent⁵⁵. Mais la logique assurantielle, qui suppose de penser en termes de préjudice subi (par les militaires) et de responsabilité de l'État (donc de l'armée), a une portée politique bien plus large. En pleine affaire Dreyfus (1894-1906), elle est aussi une ressource pour les antimilitaristes et pour ceux qui cherchent à réformer l'armée et la justice militaire (dont dépend le bureau des pensions gratification et secours), notamment pour les partisans de la suppression des conseils de guerre et des bataillons disciplinaires⁵⁶.

⁵⁵ Voir Christian Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle*, *op. cit.*

⁵⁶ Sur l'(les ?) antimilitarisme(s) des années 1890-1900, voir Sherman & Bertaud, *op. cit.*, p.605-606, Mathieu Marly, *L'âme des Régiments*, *op. cit.*, p. 118-139. Emmanuel Saint-Fuscien, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, EHESS, coll. « En temps & lieux », 2011, p. 45-46. Sur la mise en crise et les tentatives de réforme de la Justice militaire voir : Odile Roynette, « Les conseils de guerre en temps de paix : entre réforme et suppression (1898-1928) », *Vingtième siècle*, janvier-mars 2002, p. 51-66. Emmanuel Saint-Fuscien « Entre guerre et paix. La décennie décisive de la justice militaire française (1906-1916) », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 2015/1 (n° 33), p. 15-30 et Boris Battais, *La justice militaire en temps de paix : L'activité judiciaire du conseil de guerre de Tours (1875-1913)*, thèse d'Histoire, Yves Denéchère (dir.) Université d'Angers, 2015, p 45-51.

2.1 La formation d'un sens commun réformateur (1900-1905)

En 1902, le germaniste Henri Lasvignes⁵⁷ fait paraître dans la Revue Blanche⁵⁸, un plaidoyer en faveur de l'assurance militaire. Créée et financée par les frères Natanson (Alexandre, Thadée et Louis-Alfred) - héritiers d'une famille juive d'intellectuels polonais installés à la tête d'une banque d'affaires prospère-, la revue d'art et littérature des symbolistes est dirigée depuis 1896 par le journaliste et critique d'art anarchiste Félix Fénéon (1861-1944). Prototype de ce nouveau support de diffusion des idées qui s'impose dans le champ éditorial dans les années 1900, la revue devient le porte-voix de l'intelligentsia culturelle et artistique de l'époque⁵⁹. Libertaire, dreyfusarde, antimilitariste et anticolonialiste⁶⁰, elle compte parmi ses contributeurs et/ou soutiens des figures du champ littéraire comme Stéphane Mallarmé (1842-1898), Marcel Proust (1871-1922), Octave Mirbeau (1848-1917), Charles Péguy (1873-1914) ou encore André Gide (1869-1951). Elle entretient aussi des liens avec la Ligue des Droits de l'Homme par le biais du radical Joseph Reinach (1856-1921), du journaliste et député (socialiste) Francis Dehault de Pressensé (1853-1914)⁶¹ qui en sera le Président, ou du juriste, spécialiste du droit du travail et historien du syndicalisme, Maxime Leroy (1873-1956). Ses réseaux se confondent largement avec ceux du socialisme, notamment normalien. Le philosophe et germaniste bibliothécaire de l'école, Lucien Herr (1864-1926) et son assistant l'économiste et sociologue François Simiand (1873-1935) y publient régulièrement⁶²; Léon Blum en est un temps le secrétaire de rédaction (en 1894-1895).

Acérée, la plume de Lasvignes s'appuie sur des exemples évoqués devant la Chambre deux semaines plus tôt par les députés socialistes Gaétan Albert-Poulain (1866-1916) et Jules-Louis Breton (1872-1940)⁶³ pour broser un portrait des plus sombres de

⁵⁷ Présenté aussi comme « écrivain » et « poète (<http://www.idref.fr/autorites/autorites.html>), on ne sait presque rien de lui (on ne connaît même pas ses dates de naissance et de mort) sinon qu'il fut l'un des premiers à publier des traductions de Nietzsche en français en 1897 aux éditions de la Revue Blanche dans laquelle il publie régulièrement (Voir Laure Verbaere, « Les traductions françaises de Nietzsche – en Europe », *Études Germaniques*, no251, décembre 2014).

⁵⁸ Lancée en 1889 à Bruxelles et installée à Paris en 1891, elle disparaît en 1903 après 270 numéros.

⁵⁹ Sur la montée en puissance des "revues" dans le champ éditorial dans les années 1900 voir Roger Chartier, Henri-Jean Martin (dir.), *Histoire de l'Édition française. Le temps des éditeurs. Du romantisme à la Belle Époque*, Paris, Fayard, t.3, 1990, p. 447.

⁶⁰ Alexandre Natanson comparait comme co-accusé lors du procès (mars 1899) du sulfureux Urbain Gohier (1862-1951). Il est inculpé pour avoir édité le recueil de ses articles parus dans *l'Aurore* : *L'armée contre la Nation* (1898). Tous deux sont relaxés.

⁶¹ C'est notamment aux éditions de la Revue Blanche qu'il publie *Les Lois Scélérates* en 1899.

⁶² Sur la Revue Blanche voir Paul-Henri Bourrelier, *La Revue blanche. Une génération dans l'engagement 1890-1905*, Paris, Fayard, 2007, 1 199 p.

⁶³ Albert-Poulain avait déjà interpellé le ministre de la guerre au sujet des brutalités ordinaires commises à l'encontre de soldats, voir chapitre premier. JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés, « Compte-rendu de la séance du 27 janvier 1899 », p.194-197. Jules-Louis Breton, proche du blanquiste Edouard Vaillant est un pionnier de l'action législative contre les maladies professionnelles. Il propose dès 1901 l'extension de la loi de 1898 sur les accidents aux maladies et joue un rôle clé dans l'interdiction de

l'institution militaire et, particulièrement, du Conseil Supérieur de Santé dont l'action témoigne à ses yeux « d'une touchante sollicitude pour les deniers de l'État, mais prouvent un souci moindre des existences humaines⁶⁴ ». Plus largement, le poète dénonce les «[...] lois, décisions, circulaires, ordonnances relatives aux pensions et gratifications[...]» qui comportent «[...] une foule d'échappatoires qui permettent aux médecins et aux juristes militaires de défendre le budget contre les malheureux infirmes que l'armée rejette dans la vie civile [...]», au premier rang desquels la notion «de prédisposition constitutionnelle» dont les experts militaires usent et abusent selon lui⁶⁵. Si ses montées en généralités, qui opposent les militaires soucieux de leur budget aux malheureux infirmes, peuvent paraître manichéennes voire simplistes et sont marquées par un antimilitarisme qu'il ne prend pas la peine de dissimuler, Lasvignes s'attache aussi à présenter un raisonnement rigoureux, comparatiste, qui mobilise les données statistiques produites par l'armée. Lecteur des travaux de l'Office du Travail (il les cite longuement), il en reprend les méthodes en éclairant la situation française à la lumière du cas Suisse. Il construit tout son article sur le parallélisme avec la république helvétique qui, après avoir refusé l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels (en 1899), a adopté par référendum populaire (le 28 juin 1901) une loi d'assurance militaire. Reprenant les tableaux de synthèse des maladies ayant entraîné la réforme (ceux de la Statistique médicale des armées de 1897), il conclut que « la presque totalité de ces réformes [un peu moins de 13 000] ont été prononcées sans indemnité [alors que] sous le régime de la loi suisse, toutes ces maladies - sauf peut-être l'épilepsie - [...] seraient indemnisées par la loi du 11 octobre 1901⁶⁶ ». Sans exagérer la portée d'un texte qui, en dehors des milieux auxquels il s'adresse, est sans doute resté relativement confidentiel, on peut toutefois le considérer comme un bon indicateur du glissement intellectuel qui s'opère en faveur de l'idée d'assurance militaire chez les fractions les plus « à gauche » de l'espace politique. Si le ralliement coûte à son auteur pour qui « faire une telle loi, c'est prolonger l'existence du militarisme en le rendant supportable⁶⁷ », le pragmatisme l'emporte sur une lecture idéologique qui fait de l'État social le garant d'un ordre bourgeois qu'il relégitime. Pour Lasvignes, l'adoption d'une loi d'assurance militaire, qui rendrait l'armée financièrement responsable de la santé des hommes et de l'état dans lequel elle les libère, se justifie parce qu'elle est un excellent levier pour faire changer les pratiques :

l'emploi de la peinture au plomb. Cf. Jean-Claude Devinck, « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé* 2010/2 (Vol. 28), p. 65-93.

⁶⁴ Henri Lasvignes, « Une Loi d'assurance militaire », *La Revue Blanche*, t. XXVII, Paris, 15 mars 1902, p. 401.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 404.

⁶⁶ *Ibid.*, p.405.

⁶⁷ *Ibid.*, p.406.

« Une telle loi serait précieuse plus en encore pour son action préventive que pour son œuvre de réparation. Quand en économisant des existences humaines on réalisera des économies budgétaires, il s'établira depuis les calculateurs du budget de la guerre jusqu'au dernier sergent des compagnies de discipline un grand courant d'humanité. [...] L'État y mettra bon ordre. [...] On ne permettra plus les fantaisies inutiles et meurtrières où toujours quelques infortunés disparaissent sous les caissons d'artillerie, ou tombent foudroyés d'insolation, quand on aura présent à la mémoire les pensions à allouer aux ayants droit. L'ordinaire des soldats s'améliorera. L'hygiène entrera à la caserne ⁶⁸ ».

Sur ce point, sa position est très proche de celles défendues par les différents entrepreneurs de cause dont on a croisé le chemin au chapitre premier : dans les deux cas, c'est l'administration militaire du « capital humain », le gouvernement des corps aux armées qu'il s'agit de réformer pour construire une véritable démocratie sociale.

Très éloigné de ces préoccupations politiques le député du Gard Fernand de Ramel (1847-1915)⁶⁹, pose cependant un diagnostic presque en tout point similaire. Pour ce juriste reconnu, issu d'une famille aristocratique qui occupe les premières magistratures locales depuis Louis XIII, la législation des pensions militaires de 1831, « modifiée [...] par vingt-cinq ou trente textes successifs » est « surannée, injuste » et « inhumaine »⁷⁰. À la tribune de la Chambre, ce monarchiste libéral, président du groupe des droites dénonce l'application absolue de la clause d'origine, l'absence de pension en cas d'incapacité partielle et le recours systématique à la théorie de la prédisposition constitutionnelle pour disqualifier des hommes déclarés aptes avec la plus grande « légèreté » par les conseils de révision. Pour le fondateur de la droite constitutionnelle, il est nécessaire d'unifier les textes et de rompre avec un régime d'administration des infirmités qui permet à l'État de s'absoudre de toute responsabilité et pour cela, il faut s'inspirer de la loi de 1898 sur les accidents du travail :

« Ainsi l'État a pris ce malheureux à son foyer, il l'a arraché à sa charrue ou à son atelier, il l'a amené au régiment dans des conditions telles que le mal latent dont on n'a pas voulu se préoccuper au conseil de révision s'est développée par les fatigues du service militaire au point qu'il est devenu infirme, incurable ; et en renversant les responsabilités, on tient compte de cette prédisposition qui eut dû l'exempter du service, précisément pour lui refuser le droit à pension ! N'est-ce pas la condamnation d'une législation qu'on pourrait qualifier de barbare ? Messieurs, j'en ai assez dit pour montrer que la législation actuelle doit être remaniée. J'ajoute que cette réforme s'impose d'autant plus que dans un sentiment très légitime auquel je me suis associé, de véritable humanité à l'égard des travailleurs de toutes catégories, la Chambre a voulu

⁶⁸ *Ibid.*, p.406.

⁶⁹ Sur Fernand de Ramel, avocat à la cour de cassation et au Conseil d'État, député de la circonscription) d'Alès 1889 -1914) : [[http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/6593](http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/6593)].

⁷⁰ *JORF* du 4 février 1903, *Débats parlementaires. Chambre des députés*, Compte-rendu *in-extenso* de la 15^e séance du 3 février p. 403-404.

faire la loi sur les accidents de 1898, qui est appliquée par la jurisprudence dans un esprit extrêmement large. Comment admettre qu'il y a cependant une catégorie de travailleurs qui ne serait protégée, celle des hommes placés sous les drapeaux ! Cependant, il s'agit des mêmes travailleurs ; qu'ils entrent à l'atelier ou au service militaire, ils méritent tout au moins la même protection de la part de l'État que celle qu'on a légitimement imposée aux patrons [et] si je voulais faire un parallèle entre l'application de la loi 1898 sur les accidents et celle de nos lois sur les pensions militaires, nous verrions combien la loi de 1898 est plus favorable ⁷¹».

Au terme de son exposé, dans lequel la loi du 9 avril 1898 légitime la réforme et donne la direction à suivre, le comte dépose un projet de résolution qui vise à unifier les textes et, surtout, à généraliser le droit à pension à « tous les militaires et marins qui ont subis une diminution de leur capacité de travail ⁷² ». Le projet qui invite le gouvernement à présenter à la Chambre un projet de loi en ce sens est renvoyé à la Commission de l'armée. Neuf mois plus tard, celle-ci n'a fait aucun rapport et c'est à nouveau dans le cadre des discussions relatives au budget, que la question de la réforme de la loi de 1831 revient à la tribune.

Le 12 novembre, le député socialiste de l'Allier Paul Constans (1857-1931)⁷³ prend la parole en séance pour « signaler certains abus et des négligences [...] coupables⁷⁴ ». Pour ce fils de tisserand brièvement passé par l'école primaire supérieure de Perpignan avant de devenir employé dans un magasin de la capitale (ou il contribua à fonder le Syndicat des employés de commerce), ce sont d'abord les inégalités sociales de santé dans l'armée qui posent problème et il entend montrer par « deux exemples entre mille » que « la sollicitude dont on entoure les officiers blessés ou malades n'est malheureusement pas observée au même degré à l'égard des simples soldats⁷⁵ ». Il relate alors longuement l'expérience vécue par le soldat Régnier (42e ligne à Belfort). Blessé à une cheville et contraint de participer aux marches forcées de son régiment, l'homme doit plusieurs fois les abandonner pour se rendre à la visite médicale. Accusé de simulation par les médecins, il est emprisonné à plusieurs reprises (114 jours au total d'après Constans) avant que le conseil de corps ne l'envoie faire un an supplémentaire dans une compagnie de disciplinaire. L'histoire manifestement a pour but d'édifier l'auditoire, et l'ex-militant du parti ouvrier français multiplie les exemples similaires en s'appuyant notamment sur un ouvrage « trouvé à la bibliothèque de la Chambre⁷⁶ », *Le Sabre et la loi*, de Georges Lhermitte. Paru en 1900 et republié l'année même avec une préface du président de la LDH (de Pressensé) et un

⁷¹ *Ibid.*, p.404.

⁷² *Ibid.*, p.404.

⁷³ Constans est élu sans interruption de mai 1902 à décembre 1931 et toujours inscrit au « groupe socialiste » (« parlementaires », « unifiés » puis « parti socialiste »).

⁷⁴ JORF du 13 novembre 1903, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 15e séance du 12 novembre p. 2647-2670.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 2647.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 2649.

nouveau titre (*Le Code rouge. Le Sabre et la loi*), c'est une charge violente contre la justice militaire, le régime disciplinaire qui règne à l'armée et, plus largement, contre le militarisme. Président du Conseil général et maire de Montluçon, Constans n'est pas un antimilitariste, il sait que l'armée joue un rôle clé dans l'économie de sa commune et fait vivre de nombreux ouvriers⁷⁷. C'est le cas de l'un d'entre eux, dont il a le certificat d'origine de blessure « entre les mains », qu'il évoque dans la suite de son intervention. Le soldat en question est un ouvrier métallurgiste brûlé à l'index de la main droite à l'atelier de chargement de Bourges et hospitalisé longuement par la suite. Constans raconte lui avoir conseillé de « *ne pas quitter l'hôpital* » avant d'être « *complètement guéri* » ou d'avoir « *obtenu satisfaction de l'administration militaire* »⁷⁸. Le jeune ouvrier aurait alors subi des vexations (privation de nourriture) qui l'auraient « *obligé en quelques sortes à quitter l'hôpital* » avant d'être libéré sans pension ni gratification alors qu'il est dans « *l'impossibilité absolue de travailler de son métier* ». Pour porter remède à ces abus dont les discussions à la Chambre et la littérature antimilitariste donnent d'innombrables exemples, Constans propose à son tour l'extension de la loi de 1898 aux soldats :

« Croyez-moi [il s'adresse au ministre], ce sont moins les publications antimilitaristes que ces faits déplorables qui révoltent les jeunes contre la vie militaire. Vous les arrachez à leurs familles et vous les rejetez ensuite complètement mutilés alors qu'ils n'ont pour vivre que le travail de leurs muscles. Je vous demanderai [...] d'appliquer aux soldats blessés la loi de 1898 sur les accidents du travail. Bien [qu'elle] soit encore incomplète [...] il est impossible du moment qu'elle existe et permet aux travailleurs blessés de réclamer à leur patron une indemnité légitime, qu'on en fasse pas profiter les jeunes gens qui passent au régiment accomplir un service obligatoire⁷⁹ ».

Le ministre interpellé ne répond pas sur ce point et la discussion se poursuit sans qu'aucun des présents ne relance sur « l'assurance militaire ». Quatre jours plus tard cependant, un autre député intervient et met en cause les modalités de concession des gratifications renouvelables et permanentes. Par sa trajectoire, ses propriétés sociales et ce qu'il incarne en politique, le lieutenant-colonel du Halgouet est l'archétype du notable de droite et, à l'exception de sa longue carrière de député, tout l'oppose à Paul Constans. Vicomte de son état, Maurice du Halgouet de Poulpiquet (1847 - 1919) sort à peine de Polytechnique lorsque, sous-lieutenant de 23 ans, il est fait prisonnier en septembre 1870. Relâché en mars 1871, il est capitaine à 25 ans et devient directeur-adjoint de la Poudrerie du Ripault à 26⁸⁰. Passé ensuite par l'État-major de l'artillerie du 19^e corps (1874 et 1875),

⁷⁷ Outre plusieurs casernes, Montluçon dispose alors d'un centre pyrotechnique et d'un atelier de chargement. Sur la question voir Dominique Pestre et pour l'histoire de l'armement Comité, Deux siècles d'histoire de l'armement en France : de Gribeauval à la force de frappe, Paris, CNRS éditions, 2005 et Patrick Mortal, Les armuriers de l'État : du Grand Siècle à la globalisation 1665-1989, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2007.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 2649.

⁷⁹ JORF, Compte-rendu *in-extenso* de la 15^e séance du 12 novembre, *op. cit.*, p. 2647-2670.

⁸⁰ Voir AN, dossier LH/2212/70.

le Service de l'artillerie au ministère de la Guerre (1875-1876) puis le Comité de l'Artillerie de Paris (1878-1880), l'homme qui prend sa retraite militaire et entre en politique en 1894 connaît bien les problématiques (statut, organisation, hygiène) liées à l'emploi par l'armée d'une main-d'œuvre ouvrière (civile et militaire) nombreuse dans l'industrie de l'armement⁸¹. Élu maire de Rénac (d'où il est originaire) puis conseiller général d'Ille-et-Vilaine, il prend la circonscription de Redon à la législative partielle de 1895 et la conserve jusqu'à sa mort en 1919⁸².

Lorsqu'il intervient à la Chambre le 16 novembre 1903, il souligne que le ministre n'a pas répondu à toutes les observations formulées par Constans. C'est notamment la question des réformés n°1 dont les infirmités ne sont pas jugées suffisamment graves pour qu'elles donnent lieu à une gratification de réforme, question déjà évoquée par Forest, qui pose problème selon lui. Et l'ingénieur militaire met en cause le flou entretenu par la décision du 30 septembre 1897 en matière d'évaluation des infirmités :

« [...] une invalidité sérieuse d'où résulte une diminution très appréciable de la capacité de travail" : c'est la quelque chose d'incertain, d'imprécis, une invalidité sérieuse ! Qui juge de la diminution appréciable de la capacité de travail ? Les termes dont se sert l'instruction montrent bien qu'il y a là une question d'appréciation. C'est là un grave inconvénient. Jusqu'en 1899 les propositions pour la gratification de réforme renouvelables étaient faites par les commissions de réforme des corps d'armée qui statuaient elles-mêmes de visu sur la réforme n°1 proprement dite. Sur avis du Conseil de Santé le ministre statuait, mais les divergences étaient si fréquentes entre les avis du conseil technique du Conseil de Santé et les commissions de réforme que le ministre s'est décidé à évoquer au ministère tout ce qui concerne les congés de réforme et les gratifications. Il en résulte que maintenant c'est le ministre seul qui décide, sur la proposition du conseil technique, et sur la réforme n°1 et sur les gratifications. Quant aux commissions de réforme de ces corps [...] elles peuvent difficilement faire ressortir jusqu'à quel point l'invalidité est sérieuse. Il leur est surtout très difficile de faire ressortir à l'avance, au moment même où l'homme est libre, le quantum pour ainsi dire d'incapacité de travail qui résulte de l'infirmité et qui en résultera ultérieurement. C'est en effet que les commissions n'ont pour se baser que la liste même des infirmités qui sert aux propositions de retraites [...]. Il y a quelque chose qui manque de souplesse, quelque chose de trop restrictif, de trop rigide. Il arrive que les commissions de réforme et le corps de santé ne se décident que sur une très limitative nomenclature d'infirmités⁸³ ».

En d'autres termes, il ne s'agit plus simplement de rehausser les tarifs qui se montent d'après l'ex-officier à 4 144 000 francs après qu'ils aient été rehaussés successivement de

⁸¹ Celle-ci dépend largement de la direction de l'artillerie qui est un bastion des ingénieurs militaires, particulièrement en pointe sur les questions d'organisation scientifique du travail.

⁸² Il est réélu en 1898, en 1902 (groupe Défense nationale), en 1906 (Action libérale), en 1910 (Droites) et en 1914 (Droites). Au cours des 6 législatures, il est membre de nombreuses commissions parlementaires, dont celles de l'armée, de l'assistance et des pensions. Voir Jean Jolly, Dictionnaire des parlementaires français : notices biographiques sur les ministres, députés et sénateurs français de 1889 à 1940, Paris, Presses universitaires de France, 1960.

⁸³JORF du 17 novembre 1903, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 19e séance du 16 novembre p. 2705-2707. Les passages soulignés sont de mon fait.

100 000 en 1897 et de 300 000 francs en 1898 puis en 1899, soit 700 000 francs de plus en 3 ans. Et si la gratification du simple soldat est passée de 180 francs en 1857 à 300 francs en 1903, il y a pour du Halgouet « *une anomalie singulière* » dans les règles d'allocation posées par l'instruction ; la gratification a un quantum fixé sur la base du grade mais son taux est complètement indépendant de la gravité de la blessure ce qui a pour effet de produire des situations d'iniquité : « *la gratification est à montant unique et ne permet pas de différencier les invalidités* ». C'est le cas dit-il notamment depuis que les montants ont été rehaussés avec le tarif du 26 juin 1900 : « *les gratifications sont depuis lors réparties avec une uniformité absolue pour tous les hommes du même grade quel que soit leur infirmité ; un état de chose anormal et illogique* ». Le corps de santé militaire évalue des incapacités partielles avec des instruments pensés et construits pour objectiver des incapacités permanentes ; instruments qui sont eux-mêmes limités dans leur capacité à différencier les atteintes et leurs effets. L'ancien officier d'état-major rappelle par exemple que l'ablation d'un doigt ne donne droit à pension que si c'est l'index qui est concerné, une aberration dont témoigne le cas de son « voisin », un soldat d'artillerie qui a perdu le médius à la suite d'un accident en service commandé « *nettement établi par le Certificat d'Origine* ». On lui a « *enlevé d'abord la petite phalange, puis la seconde, puis la première* » explique du Halgouet et aujourd'hui dit-il :

« [...] l'annuaire et l'index se rejoignent par leur extrémité et se gênent mutuellement, tandis qu'en même temps, le moindre travail produit des troubles fonctionnels de la main. Il est donc injuste de dire qu'il peut travailler ; car s'il peut le faire pendant un ou deux jours, le troisième jour il est obligé de s'arrêter ; il est complètement indisponible. Eh bien ! À cet homme, on a refusé la gratification de réforme renouvelable, probablement parce que l'ablation du médius ne rentre pas dans la catégorie des infirmités donnant droit à la gratification⁸⁴ ».

Et la critique décapante à laquelle se livre le vicomte ne s'arrête pas là. Elle passe en revue la procédure d'attribution des pensions et tout particulièrement le rôle du Conseil d'État « *un rouage un peu complexe [...] une masse un peu considérable à mettre en mouvement* ». Pour le député d'Ille-et-Vilaine, qui a compulsé les arrêts de 1902 et 1903, il « *arrive que des pourvois sont admis* » et les décisions du ministère « *parfois sont annulées* » mais le recours en contentieux reste un moyen « lent et difficile ». En témoigne, logique de la preuve par l'exemplification toujours, le cas d'un sergent atteint de tuberculose depuis 1896 à qui on refuse la pension en 1900 et qui obtient finalement gain de cause devant le Conseil d'État en 1901 ; « *il a donc fallu 5 ans pour en arriver là* » conclu du Halgouet qui ne manque pas de souligner que « *pour la gratification de réforme, ce recours n'existe pas* ». Pour lui, ces gratifications relèvent de la « munificence » impériale, ce sont

⁸⁴ *Ibid.*. Les passages soulignés sont de mon fait.

des « *actes gracieux* » dont les fondements « *surannés* » ne suffisent plus pour « *rendre justice à des hommes* » qui s'exposent aux dangers du service militaire :

« ce n'est pas par des actes gracieux que nous devons les indemniser de leurs infirmités [...] c'est par un règlement qui, s'il ne reconnaît pas de droits absolus, établit une classification rationnelle de titres positifs et assurés. Il y a là quelque chose à faire. Peut-être y aura-t-il lieu de faire pénétrer dans la législation militaire non pas l'application intégrale - je ne voudrais pas le demander - mais le principe de la loi sur les accidents. M. Constans dans une récente séance l'a indiqué, de même que nous l'avions fait il y a quelques années. Il n'est pas douteux que le risque professionnel existe dans l'armée ; dans le service militaire il existe au premier chef, cela n'est pas niable ».

Dans l'immédiat, il faut donc « *réviser dans un sens plus rationnel* » le règlement et la concession des gratifications et, à terme, étendre le principe de la réparation adopté pour les victimes d'accidents du travail aux militaires. Pas question pour le vicomte de faire un décalque stricto-sensu de la loi de 1898, mais d'adapter le principe d'un droit forfaitaire à réparation qui couvrirait l'incapacité permanente et temporaire, l'incapacité partielle comme l'incapacité totale. Pour Paul Constans c'est « *la vraie solution* » parce qu' « *il n'y aurait plus une aumône pour les soldats blessés, mais un droit acquis*⁸⁵ ».

S'il avait reconnu à demi-mot, trois ans auparavant, que cette manière de distribuer les faveurs n'était pas la plus adaptée, le directeur contentieux et de la justice militaire n'avait rien dit alors de l'analogie soldat/ouvrier sur laquelle repose le principe de l'extension du droit à réparation. Cette fois, il la réfute en se plaçant sur le terrain de la doctrine juridique. Pour lui accidents du travail et accidents en service relèvent de « *deux ordres d'idées absolument différents* ». La réparation forfaitaire intervient « *dans le cadre d'un contrat librement consenti* » quand, *a contrario*, le service militaire est une charge publique, un fait de force majeure. Or juridiquement, « *les dommages plus ou moins graves qui résultent des charges publiques ne donnent lieu à aucune réparation. [...]* ». C'est pourquoi « *la pension ne se propose nullement de rendre à son titulaire l'équivalent de la situation qu'il avait auparavant ; elle se propose seulement de lui permettre de vivre* ». C'est parce qu'elle ne relève pas de la réparation mais de l'assistance que la pension ne varie pas selon la profession que pouvait exercer auparavant son titulaire. Renversant la logique de « l'accusation », Crétin peut alors affirmer qu'il faudrait certes « être plus *large* » mais qu'il faut « *prendre garde à ne pas violer les principes de la justice distributive* ». En situant le débat sur le terrain, éminemment technique et spécialisé, du droit administratif, Crétin tente un tour de force symbolique (on ne réforme pas au nom de l'équité et de la justice) qui consiste à assimiler le légal au juste dans une stratégie classique de dépolitisation. Sur la gauche de l'hémicycle - ou l'on s'exclame « *Cela devrait être cependant !* » lorsqu'il explique que la pension n'est pas une réparation - on ne s'y

⁸⁵ *Ibid.*. Les passages soulignés sont de mon fait.

trompe pas. Crétin indique cependant que le ministère entend instituer un système de gratifications échelonnées et que son administration, qui fait une étude en ce sens, « est toute prête à vous apporter le résultat quand elle pourra en même temps apporter à Mr le ministre des finances les voies et moyens ». La discussion s'arrête là, du Halgouet « prend acte » et le chapitre 51 est voté.

Bien qu'on ne puisse établir un lien de causalité direct, difficile de penser qu'il n'y ait pas de relation entre ces débats et la circulaire ministérielle du général André d'octobre 1904, évoquée plus haut, qui introduit dans la réglementation la notion de « gêne fonctionnelle » et institue l'expression de sa mesure en pourcentage (« *infirmité réputée équivalente à une réduction de 30% des facultés de travail* »). Ce qui est remarquable alors c'est que l'évaluation des infirmités éligibles à la gratification se fonde entièrement sur une logique fonctionnelle quand l'expertise des infirmités ouvrant droit à la retraite, confond toujours le point de vue anatomique et le point de vue fonctionnel. Et la tension entre logique anatomique et logique fonctionnelle - caractéristique de la mutation que connaît alors l'expertise médicale - ne sera résolue qu'avec la construction, entre 1915 et 1919, d'un « barème des invalidités », référentiel qui sera adopté en Grande-Bretagne, aux USA, en Italie, en Belgique et, pour la première fois, annexé à une loi (loi des pensions de 1919) en France.

En 1904-1905, c'est la logique d'empilement par tuyaux, logique des menus aménagements, qui prime, une rationalisation générale n'est pas à l'ordre du jour. Alimentant aussi bien les mises en cause de l'armée (socialistes) que la critique de la républicanisation (conservateurs) les propositions des députés ont fort peu de chance de déboucher sur la production d'un rapport de force politique susceptible de vaincre l'inertie. Sur la période 1898-1906 (VI^e et VII^e législatures) les socialistes représentent au maximum 9.7% des sièges (57 en 1898) quand les groupes de droites totalisent au mieux 21% des élus (124 en 1902)⁸⁶. Pour autant, on aurait tort d'en conclure que ces prises de position, parce qu'elles se font à peu de frais et servent des stratégies politiques minoritaires et concurrentes, sont sans effet. Si elles ne débouchent pas dans l'immédiat sur la formation d'une majorité de projet, elles contribuent à rendre l'hypothèse crédible.

La « séquence 1900-1904 » est en effet décisive en ce qu'elle correspond à un moment où s'élabore et se diffuse une interprétation relativement cohérente de ce qu'est le régime d'administration des infirmités militaires et des raisons qui en justifient la réforme voire l'abandon. Bien sûr, entre un intellectuel antimilitariste comme Lasvignes,

⁸⁶ Données compilées sur le site france-politique.fr de Laurent Deboisseaux : <https://www.france-politique.fr/histoire-politique-1871-1940.htm>. Les socialistes totalisent 43 sièges en 1902 et ne participent pas au « Bloc des gauches » qui rassemble, lui, 432 élus radicaux, radicaux-socialistes, républicains et républicains modérés.

un ancien militant syndical devenu député socialiste comme Constans et des représentants de la droite conservatrice comme Forest, de Ramel ou du Halgouet, les positions ne sont pas tout à fait les mêmes. Du côté conservateur, l'institution militaire n'est pas mise en cause directement. Forest, de Ramel ou du Halgouet évoquent « l'illogisme », les vices de la loi, le manque de rationalité du dispositif, les effets retours indésirables des politiques ministérielles (la centralisation des décisions) etc. quand, sous la plume des socialistes, on met l'accent sur le caractère intentionnel et réfléchi de pratiques qui visent à éliminer le plus grand nombre d'inaptes pour un coût minimal. Au-delà de ces différences cependant, les critiques se recourent, se complètent et convergent pour dénoncent l'injustice du régime de 1831, le caractère trop indifférencié de la classification de 1887 qui n'aurait rien de scientifique, le principe du calcul des pensions sur la base des grades, jugé irrationnel dans une armée majoritairement composée de citoyens, et les procédures – non contradictoires – qu'elles stigmatisent pour leur caractère discrétionnaire. Tous s'accordent à dire qu'un homme radié de l'armée pour inaptitude a des droits et que son cas ne peut plus relever d'une législation du bon vouloir ni dépendre du colloque singulier entre l'administration et la section du contentieux.

Les interventions des députés ont, par ailleurs, un autre point commun, peut-être plus anecdotique mais néanmoins significatif. Tous (et cela reste vrai par la suite) mobilisent un registre d'administration de la preuve fondé sur l'exemplification. Les données statistiques qu'on a présentées précédemment ne sont pas ou peu mobilisées dans les débats alors qu'elles sont connues, au moins dans les grandes lignes. Les argumentaires des députés plaçant pour la réforme s'appuient presque exclusivement sur des exemples de cas connus d'eux soit directement, soit par courrier. Leur accumulation vise sans doute à crédibiliser les constats et problématiques qu'ils développent (injustice du système et nécessité de réformer) tout en entretenant à bon compte leur image d'élus du territoire, garants des droits des petites gens de leur circonscription en faveur desquels ils intercèdent, notamment pour les demandes de secours. Preuve supplémentaire, s'il en fallait, que la connaissance d'un phénomène et sa problématisation ne découle pas nécessairement de sa mesure, ces stratégies rhétoriques suggèrent surtout que joue ici à plein cette spécificité très française qu'est le cumul des mandats parlementaires avec des fonctions exécutives et délibératives locales. Députés maires et députés-conseillers généraux assurent en effet une forte pénétration des intérêts des institutions locales au sein des arènes parlementaires et notamment des commissions. Et dans les circonscriptions de province, où le marché du secours privé aux militaires est sans doute moins développé que dans les grandes agglomérations, quand la Guerre n'assure par la prise en charge des hommes libérés pour inaptitude, c'est sur elles que pèse

la « charge » de l'assistance aux blessés et malades du fait de la forte territorialisation de l'intervention sociale. Tout se passe comme si les élus locaux disposant de mandats nationaux refusaient d'assumer plus longtemps à la place de l'armée, le coût humain et social de ses pratiques. En d'autres termes, si la réforme de la loi de 1831 émerge comme une nouvelle offre sur le marché politique national au début des années 1900, on peut faire l'hypothèse que c'est aussi, en partie, parce que l'idée de protection contre la « vulnérabilité sociale » - vulnérabilité désormais pensée comme risque que l'État fait courir à tous les militaires et particulièrement aux conscrits – est un bien symbolique qui acquiert de la valeur dans la compétition politique locale ; parce que la vulnérabilité des conscrits est d'abord un enjeu politique localisé. Et dans les deux cas, il ne s'agit plus seulement de soutenir les revendications de telle ou telle catégorie (officiers ou sous-officiers) ni d'obtenir la reconnaissance de l'État pour certaines fractions spécifiques (les vétérans et blessés de 1870 ou les soldats rengagés etc.) mais de faire admettre la responsabilité de l'État.

C'est surtout en cela que la période 1900-1904 est déterminante, parce qu'elle déplace les cadres du débat et ouvre la voie à une transformation de la problématique de la reconnaissance et du droit à l'assistance en une problématique du droit à réparation dans laquelle l'activité militaire (la guerre ou le service) devient un risque social au même titre que l'accident de travail et, bientôt, la vieillesse⁸⁷.

2.2 L'émergence de deux répertoires de réformes concurrents (1905-1907)

Dans l'arène parlementaire, le basculement s'opère en 1905, alors que la loi sur le recrutement de l'armée - qui doit finir de généraliser la conscription après les lois de 1872 et 1889 - est sur le point d'être adoptée (elle est votée le 21 mars 1905). La discussion du budget et notamment de ses chapitres 52 (Invalides de la guerre) et 54 (gratifications et secours) fournissent à nouveau le cadre aux déclarations les plus indignées quant au sort réservé par l'armée aux blessés et malades réformés et quatre projets de résolution sont déposés ; trois nous intéressent particulièrement ici⁸⁸.

⁸⁷ Pour les ouvriers et paysans puisque pour les agents de l'État, civils et militaires, la vieillesse est déjà pensée comme un risque et couverte comme tel. Sur la généralisation de cette législation d'assurance sociale voir Bruno Dumons et Gilles Pollet, *L'État et les retraites*, Temps présents, Paris, Belin, 1994.

⁸⁸ Le second est une attaque politique portée par le député « Défense nationale » de la Lozère, Paulin Daudé-Gleize (1862-1928), contre l'ex-ministre général André qu'il accuse d'avoir politisé la distribution des secours en généralisant « le système des notes politiques secrètes ou des fiches départementales » et de trier la correspondance des députés sur les mêmes critères. Il est retiré par Daudé après la réponse que lui fait le ministre Maurice Bertheaux (1852-1911).

Le premier, porté par le docteur Antoine Rouby (1860-1920), député républicain de la Corrèze, s'inscrit dans la continuité des projets adoptés en 1901, 1902, 1903 et 1904 et invite une fois le plus le gouvernement à intervenir pour améliorer la condition de deux catégories militaires bien précises : les vieux soldats indigents de plus 60 ans - dont plusieurs députés-maires déclarent avoir déjà reçu des demandes d'autorisation de mendier - et les soldats (ils seraient 200 000) ayant servi sous le régime de la loi de 7 ans (1831) qui n'auraient droit à rien⁸⁹. Le second émane du député socialiste de l'Hérault Jean-Baptiste Bénézech (1852-1909), vétéran de la guerre de 1870 et rapporteur de la commission des pétitions⁹⁰. En prise directe avec les griefs exprimés par ceux qui sollicitent l'intercession des élus de la nation, il invite le gouvernement à supprimer le congé de réforme n°2 et à ne « renvoyer de l'armée qu'avec le congé n°1 » les hommes ayant contracté sous les drapeaux une infirmité « leur rendant tout travail impossible⁹¹ ». En d'autres termes, la clause d'origine disparaîtrait en cas d'incapacité absolue. Enfin, François Fournier (1866-1941), élu socialiste (« parlementaire ») du Gard, demande, lui, la transformation des gratifications permanentes en pension de 5e et 6e classe. Les trois projets sont adoptés sans difficulté et renvoyés ensemble devant la commission de l'armée qui ne donne pas suite.

Jusque là, rien de bien neuf, on retrouve toutes les caractéristiques des débats antérieurs sur le fond comme sur la forme. Porté-e-s majoritairement par des socialistes et des élus appartenant à des groupes de droite, mais soutenues publiquement par quelques députés républicains et radicaux-socialistes⁹², ces projets de résolutions sont aussi légitimés par l'idée, assenée régulièrement au cours des débats, que la « question n'est pas politique », qu'« il n'y a pas de parti dans ces questions⁹³ ». Pour autant, la rhétorique de l'unanimité masque mal l'absence de consensus quant aux solutions les plus à même d'être adoptées et derrière le label « réforme », des projets divergents, concurrents, se dessinent.

Le 3 mars 1905 toujours, Fernand de Ramel intervient à nouveau longuement à la tribune et toujours dans le cadre de la discussion du projet de loi portant fixation du budget général⁹⁴. Son exposé reprend toutes les critiques déjà formulées et puise dans la

⁸⁹ JORF du 4 mars 1905, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 2e séance du 3 mars 1905, p.735-742.

⁹⁰ Sa biographie stipule qu'il est connu pour son passé de franc-tireur dans l'armée de la Loire. [[http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/621](http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/621)] (Consulté le 20/09/2018).

⁹¹ JORF, Compte-rendu in-extenso de la 2e séance du 3 mars 1905, op-cit, p. 735-742.

⁹² François-Henri Jumel (1848-1917, Landes, républicains), Edgard Laroche-Joubert (1843-1913 ; Charente, sans groupe mais proche de la ligue des patriotes et assimilés à la droite impérialiste), Antonin Desfarges (1851-1941 ; Creuse, républicains-socialistes), Augustin Cyrille Féron (1845-1923 ; Seine, Radicaux-socialiste), Théodore Petitjean (1858-1932 ; Saône et Loire, Radicaux-socialiste).

⁹³ JORF, Compte-rendu in-extenso de la 2e séance du 3 mars 1905, op-cit, p. 735-742.

⁹⁴ *Ibidem*.

jurisprudence du Conseil d'État des exemples nombreux qui attestent une nouvelle fois de l'obsolescence de la législation et des résistances de l'administration militaire à délivrer pensions et gratifications. Il souligne surtout la vacuité des prises des positions répétées depuis 1900, auxquelles ni la commission de l'armée, ni le gouvernement n'ont donné suite. S'il y a « cru pendant deux ans » il n'y « croit plus autant » et dépose cette fois une proposition de loi qui cible spécifiquement les pensions de retraite pour infirmités et blessures. À ma connaissance, c'est la première fois qu'une proposition de réforme de la loi de 1831 (et des textes qui s'y rapportent) est déposée à la Chambre. Sur le fond, le « projet de Ramel » propose une solution simple, la généralisation du droit à pension:

« La proposition de loi que je dépose fait disparaître ces douloureuses conséquences. L'accident, la blessure, l'infirmité, survenus pendant le service militaire ou à l'occasion des dangers et des risques du service donneront droit à la pension sans les restrictions étroites du service commandé, ni celles dérivant des prédispositions antérieures lorsqu'en fait, c'est le service militaire qui a été l'occasion déterminante de l'infirmité, exception faite pour le cas où c'est en désobéissant aux ordres donnés que l'accident se serait produit ⁹⁵ ».

La mesure, sans transformer le régime juridique des pensions permettrait de pendre en charge les accidents et les maladies contractées sous l'uniforme et d'élargir les droits des veuves et des orphelins. Fondée, pour l'essentiel, sur un renversement de l'administration de la preuve ou, pour le dire autrement, de l'imputabilité, le projet qui neutraliserait la clause d'origine - tout en conservant l'exception en cas de désobéissance - est clairement marqué par la logique de la loi de 1898. Mais s'il mobilise la comparaison ouvrier/soldat et la référence à la loi du 9 avril, de Ramel n'a pas pour objectif de fonder juridiquement un droit nouveau, un « droit à réparation ». Il reste sur le terrain des retraites militaires et demande d'ailleurs le renvoi devant la commission de l'armée. Du point de vue de la Guerre, la réforme proposée présente bien des avantages, elle ne transformerait qu'à la marge les règles du jeu administratif et elle lui permettrait « d'externaliser », en direction du ministère des finances, la charge budgétaire que représenterait la généralisation des pensions. En dépit de ces avantages certains, la commission de l'armée n'a jamais fait de rapport sur la proposition de loi du notable gardois. Sans qu'on puisse expliquer pourquoi, elle a été « enterrée » comme les projets de résolution déposés avant elle.

⁹⁵ *Ibid*, p.740-742. Voir aussi JORF, *Documents Parlementaires, Chambre des députés*, Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 3 mars 1905.

Trois jours après de Ramel (6 mars 1905), c'est au tour du député socialiste de la Marne, Léon Mirman (1865-1949)⁹⁶ de déposer une proposition de loi qui vise à faire, selon ses mots, « une 1898 militaire⁹⁷ ». L'exposé des motifs reprend la longue liste des griefs déjà formulés à maintes reprises à la tribune. Pour lui, rien ne justifie l'existence de deux populations d'infirmités, l'une ayant des droits et l'autre non :

« [...] les incapacités permanentes ont toutes le même caractère : absolue ou partielle, qu'elle résulte de la perte d'un ou plusieurs doigts, elles sont toujours permanentes, elles affligeront l'intéressé durant toute sa vie ; elles doivent sans doute selon leur gravité valoir à la victime des pensions viagères de quotités inégales, mais l'obtention de ces rentes doit être entourée des mêmes garanties et soumise à la même juridiction [...] ⁹⁸ ».

La gravité ne doit donc en aucun cas déterminer l'accès au droit d'autant que les modalités de son évaluation sont jugées des plus spécieuses, notamment les équivalences de l'échelle de gravités qui sont absurdes et incompréhensibles : « *Oh ! Ces équivalences ! Qui nous expliquera jamais pourquoi la "paralysie générale à l'état gâteux" et "l'aliénation mentale" sont nommément citées sur cette liste comme équivalent - oui même pour un comptable - à l'amputation du pied gauche ?* ». Pour Mirman, il n'y a « aucun rapport entre l'étendue de l'incapacité et le taux des indemnités » ce qui rend le régime en vigueur inique et injuste, d'autant que la procédure, non contradictoire, autorise les décisions les plus arbitraires, y compris des discriminations politiques dans la distribution des secours. Mais la pierre de touche de la démonstration de Mirman, c'est la présentation d'un cas d'espèce fictif qui met en exergue les inégalités dont les conscrits, réservistes et territoriaux, militaires de circonstance appelés périodiquement sous les drapeaux, font l'expérience lorsqu'ils sont blessés⁹⁹ :

⁹⁶ Léon Mirman est normalien et agrégé de mathématique, il enseigne au Lycée de Reims et écrit sous pseudonyme (Jacques Français) dans une revue socialiste locale (Le Franc Parleur), tremplin à partir duquel il devient candidat à la députation pour la circonscription de Reims en 1893. Élu à 28 ans, il est incorporé 1 an (1894-1895) puisqu'il n'a fait que 9 des 10 ans des dix ans de professorat qui dispensent alors les universitaires de service. Il est réélu deux fois par la suite et quitte son mandat pour devenir directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique (ministère de l'Intérieur) en octobre 1905 (nommé par le président Loubet le 10, président d'honneur du Musée social). Il siège alors à plusieurs reprises à la Chambre comme commissaire du gouvernement.

⁹⁷ Léon Mirman, Proposition de loi ayant pour objet d'étendre et d'adapter les principes essentiels de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail à la réparation pécuniaire des accidents dont les soldats sont victimes par le fait ou à l'occasion du service militaire, Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 6 mars 1905, n° 2305, Chambre des députés, huitième législature, session de 1905, Paris, Motteroz, impr. de la Chambre des députés, 1905.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ Sous le régime de la loi de recrutement de 1889 les hommes recensés à 20 ans devaient effectuer 3 ans service actif à partir de 21 ans, durée réduite à 2 ans avec l'adoption de la loi du 21 mars 1905. Mais les obligations militaires durent 25 ans et une fois le service effectué, les hommes devaient accomplir des périodes d'instruction de 28 jours dans la réserve de l'active (pendant 11 ans) puis des périodes de 13 jours dans la territoriale (et la réserve de la territoriale, pendant de 12 ans au total).

« Voici trois citoyens de même profession civile, tous trois employés de commerce par exemple, travaillant dans le même bureau et gagnant les mêmes appointements ; ils font leurs 28 ou 13 jours dans le même régiment : A... comme sous-lieutenant de réserve, B... comme sergent, C... comme simple soldat. Ils sont victimes en manœuvre du même accident et y perdent chacun une main ; chacun recevra une pension viagère égale au maximum de la pension d'ancienneté correspondant à son grade, c'est-à-dire que A... aura droit à une rente de 2300 francs, B... de 1 100 et C ... de 750 francs. [...] s'ils sont tués tous les trois, l'État servira à la veuve sans enfant de A... une pension de 1 150 fr., à la veuve et aux deux enfants de B... une pension globale de 550 [sic], et à la veuve et aux six petits orphelins de C... une rente totale de 325 francs¹⁰⁰ ».

Du point de vue du député socialiste, l'indexation des arrérages et allocations sur le grade n'a aucun sens pour les citoyens ordinaires, et leur quotité est sans rapport avec le « dommage » réellement subi. Et la situation des hommes atteints d'incapacité temporaire n'est guère meilleure. Ceux qui sont encore hospitalisés après la date de leur libération et ceux qui sont libérés sans être en capacité de reprendre leur travail n'ont droit à rien, qu'ils aient ou non des personnes à charges.

La spécificité, l'originalité du projet c'est, en cohérence avec ce constat, de considérer que c'est par comparaison avec leur situation civile et uniquement avec elle que doit être évalué le « préjudice ». Celui-ci doit s'apprécier en fonction du salaire de la « victime » et ouvrir droit à une réparation forfaitaire. Pour une incapacité absolue de travail celle-ci équivaldrait au deux tiers du salaire annuel. Elle serait fixée à la moitié de la diminution de salaire en cas d'incapacité partielle et toujours à concurrence de 2 400 francs maximum. Strict décalque des dispositions de la loi 1898, le dispositif envisagé pose un problème inédit : comment couvrir un jeune conscrit qui n'a pas encore de métier ou un homme sans emploi au moment de son incorporation ? Mirman propose de prendre comme base un « salaire fictif » calculé d'après « *le produit annuel que dans la profession à laquelle ils se préparent, les blessés auraient vraisemblablement retiré de leur travail à l'âge de trente ans, sans que ce salaire fictif puisse être fixé à une somme supérieur à 3600 francs* ». Et en application de l'article 2 de la législation sur les accidents de travail, le calcul de la rente serait réduit de trois quart pour la part des revenus comprise entre 2 400 et 3 600 francs¹⁰¹.

Comme le projet de généralisation des pensions de Fernand de Ramel, la proposition de loi Mirman prévoit l'extension de la prise en charge des incapacités absolues ou partielles, permanentes ou temporaires, mais le parallèle s'arrête là. Si sa portée est plus limitée - puisque seuls les « accidents militaires » sont considérés et que les maladies invalidantes (comme les maladies professionnelles) restent en dehors du périmètre d'application de la loi – la solution promue par le normalien se différencie

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ La rente maximum serait donc de 1 900 francs : $(2400 * 0.66) = 1600 + (1200 * 0.75) = 300$ francs.

parce qu'elle opère un triple déplacement. Elle met au centre de la problématique « réparation » non plus l'inaptitude (condition de la retraite pour infirmité) mais le dommage corporel (qu'il empêche ou non de servir) ; autrement dit, elle dissocie le risque accident du risque vieillesse. Elle intègre de manière inédite les « ascendants à charge », à propos desquels la législation des retraites reste muette. Mieux, la question des ascendants est au cœur de sa stratégie qui prend pour point d'appui un arrêt du Conseil d'État prononcé trois semaines plus tôt dans le cadre de « L'Affaire Auxerre ».

Le 1^{er} septembre 1900, Léon Auxerre, jeune conscrit du 131^e régiment d'infanterie¹⁰², est mortellement frappé d'une balle en pleine tête lors un exercice de tir. Cinq mois plus tard, le ministère rejette la demande d'indemnités déposée par la famille dont il avait, à lui seul, la charge. Le bureau du ministre soutient que le service militaire est une charge publique, un « fait de force majeure », et que les « dommages subis » n'ouvrent droit à aucune réparation. Le père se pourvoit alors en Contentieux¹⁰³. La requête préparée par ses avocats souligne que l'accident « *ne peut provenir que d'un défaut de surveillance des officiers* » et elle demande qu'en conséquence l'État soit condamné à « *20 000 francs de dommages-intérêts et aux dépens* ». Pour le ministère « *la faute de l'administration n'est pas établie et [...] la responsabilité de l'État n'existe pas en dehors des cas où les blessures et infirmités donnent droit à pension* ». Hors du cadre de la législation de 1831, l'État n'a aucune obligation et en l'espèce, elle ne s'applique pas aux ascendants. Mais le Conseil d'État ne suit pas le ministère, il considère que le lieutenant aurait dû visiter les armes et que l'accident « *dans les circonstances où il s'est produit, doit être attribué à une faute de service public de nature à engager la responsabilité de l'État* et que le requérant [...] est fondé à demander réparation du préjudice [...] ». Plus de quatre ans après le décès de son fils, le père de Léon Auxerre obtient gain de cause : le 17 février 1905 le Conseil d'État juge qu'il « *n'a pas les éléments suffisants pour apprécier le montant de l'indemnité* », mais la décision du ministre, elle, est annulée.

À première vue, on ne voit pas trop en quoi cette affaire fait événement, en quoi elle ferait « rupture »¹⁰⁴. Bien que le fait soit rare, ce n'est pas la première fois que la faute d'un officier est reconnue et qu'elle justifie de la mise en cause de la responsabilité de l'État. Le 8 mai 1903, dans l'affaire Ramière, la Section Contentieux juge que l'atrophie de la hanche gauche dont souffre le requérant est due à un défaut de soin et ouvre droit à pension¹⁰⁵. C'est l'usage qu'en font les entrepreneurs en réparation qui transforme l'affaire

¹⁰² Appartient à la 18^e brigade d'infanterie du 5^e corps d'armée basé à Orléans.

¹⁰³ Pour le récit de « l'affaire » voir M.N, Panhard, P. Gérard, R. Lagrange, V. Marcé, *Recueil des arrêts du Conseil d'État statuant au contentieux. Tribunal des conflits et de la cour des comptes*, t. 76, 2^e série, Paris, 1905, p. 165.

¹⁰⁴ Alban Bensa, Éric Fassin, « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain*, n°38, 2002, p. 5-20.

¹⁰⁵ Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, thèse citée p 42-43.

en évènement, en introduisant une double rupture. Car pour Mirman « *il [l'arrêt du Conseil d'État] proclame en dernier ressort que la loi de 1831 ne contient pas tout le droit des victimes, qu'elle ne limite pas toutes les obligations légales de l'État envers celles-ci* » et *in fine* il ouvre la possibilité pour les ascendants de mobiliser le droit commun et de faire reconnaître la responsabilité d'un fonctionnaire ou celle de l'État en vertu des articles 1382 et 1384 du code civil. La décision ouvre ainsi la voie à une judiciarisation des rapports entre les ascendants de militaires décédés et l'armée et elle place de fait l'État dans une situation de grande incertitude budgétaire, comparable à celle du patronat industriel quand la Cour d'Appel (arrêt *Teffaine* de juin 1896) avait décidé que l'article 1384 du Code civil français pouvait s'appliquer aux accidents. Or c'est précisément parce qu'elle permet de prévoir les coûts, parce qu'elle est une technologie d'objectivation du risque financier qu'une partie des patrons s'est ralliée à la technique assurantielle. L'arrêt de la section du Contentieux, fournit donc une arme de poids aux promoteurs de la théorie du risque et/ou des thèses solidaristes dans la lutte qui les opposent aux défenseurs de la doctrine de l'irresponsabilité de l'État¹⁰⁶. La tactique de Mirman est limpide, il faut entretenir l'idée d'une menace financière pour l'État qui rend désormais le statu quo impossible :

« [...] sous le régime de l'art. 1382, le risque de l'État est beaucoup plus étendu que n'était naguère le risque pour les chefs d'entreprises industrielles, et, en conséquences, il est de son intérêt bien entendu d'échapper à ce risque grave et incertain - dont il est à ce point impossible de mesurer exactement la valeur que nul ne peut trouver à s'assurer intégralement contre lui - et de se ranger sous le régime nouveau et forfaitaire de la loi du 9 avril 1898¹⁰⁷ ».

À l'inverse du comte de Ramel, Mirman veut briser le monopole de la Guerre sur l'administration des infirmes. Il le revendique et en défend la logique en « une » d'un grand quotidien populaire de droite quelques jours plus tard :

« Certains ici se récrieront et dénonceront cette "immixtion [...] dans les affaires de l'armée". Je nie que ce soient là des "affaires de l'armée"; le jour où un soldat, réformé ou non, mais éclopé, est rendu à la vie civile, c'est une question d'ordre exclusivement civil de savoir en quel état physique il y est rendu et d'évaluer, selon le préjudice accidentel dont il a souffert, la réparation que la société lui doit¹⁰⁸ ».

¹⁰⁶ Largement hégémonique dans le champ juridique, elle s'incarne dans différentes théories (rassemblées parfois sur le terme de « doctrine classique »): théorie « des faits de force majeure », de « l'impôt du sang » ou « de la guerre comme acte de gouvernement », produites dans les années 1870. Dans une perspective internationale voir Philippe D'Argent, *Les réparations de guerre en droit international public : la responsabilité internationale des États à l'épreuve de la guerre*, Bruxelles, É. Bruylant, 2002.

¹⁰⁷ Léon Mirman, *Proposition de loi* [...] Annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 6 mars 1905, n° 2305, *op. cit.*.

¹⁰⁸ Léon Mirman, « Les Accidents militaires », *Le Journal*, 29 mars 1905, p.1.

Et cette stratégie se traduit de manière concrète par le renvoi de la proposition non plus à la commission de l'armée mais à la commission d'assurance et de prévoyance sociale de la Chambre dont il est lui-même membre et qui est alors présidée par Léon Bourgeois (1851- 1925), infatigable promoteur de la doctrine solidariste et personnage incontournable dans le monde de la réforme sociale¹⁰⁹. Le tour de force est double : le député de la Marne à achever de transformer une « question militaire » en une « question sociale » et l'examen de sa proposition revient à des agents tendanciellement plus favorables au projet que les membres de la commission de l'armée qui jusqu'alors ont endigué toute velléité de réforme. L'entreprise réformatrice a changé de dimension et l'univers des possibles politiques s'est élargit.

C'est sans doute ce qui suscite la riposte du médecin major de 2^e classe Joseph Oberlé (1871-1949)¹¹⁰. En juin, l'officier publie dans la *Revue du Palais* un article qui, quoique critique vis-à-vis la législation en vigueur (mais peut-on encore ne pas l'être ?), reprend largement la ligne argumentative développée par le contrôleur Crétin depuis 1900. La démonstration s'organise autour de la comparaison entre les deux législations et s'efforce de montrer que sur nombre de points, la réglementation des pensions et gratifications est plus favorable aux soldats que ne l'est la loi de 1898 pour les ouvriers. Le capitaine Oberlé souligne d'abord que les modalités de calcul des rentes en cas d'accident de travail sont problématiques. Les juges n'ont, selon lui, « aucune base sur lesquelles s'appuyer » et les décisions se prennent au cas par cas, ce qui donne lieu à des jugements forts différents pour des accidents identiques¹¹¹. La faute en incombe à la logique même de l'indemnisation : fondée sur la perte de salaire, elle reproduit les inégalités de positions de l'ordre productif. Le message est clair, l'expertise militaire n'a rien à envier à l'expertise civile sur ce point. Mieux, elle est plus égalitaire, le soldat est plus équitablement traité que l'ouvrier parce que l'administration s'appuie sur des bases mieux établies lorsque « la réparation du dommage [...] est basée sur la lésion, non sur le salaire [...] »¹¹². On voit bien ici qu'elle est la ligne de fracture : d'un côté, on pense la réparation d'un dommage social, de l'autre celle d'un dommage corporel.

Dans un second temps, le médecin militaire revient sur la question des incapacités partielles et sur les critiques récurrentes à l'endroit du système des gratifications. La « gratification renouvelable » perçue et présentée comme la marque d'une gestion discrétionnaire n'a plus selon lui qu'un caractère résiduel parce qu'en pratique « le doute profitera chaque fois au titulaire de sorte que [...] la gratification

¹⁰⁹ Qui prend la même année la tête du parti républicain, radical et radical-socialiste (en juillet).

¹¹⁰ Du 6^e bataillon d'artillerie à Toul. Sur Marcel Edmond Joseph Oberlé voir ses états des services in Archives Nationale, dossier Légion d'honneur LH/2009/15.

¹¹¹ Dr. Oberlé, « Accidents du travail. Ouvriers et soldats », *La Revue du Palais*, 15 juin 1905, p. 508.

¹¹² *Ibid.*, p.508-509.

*temporaire est maintenue ou transformée en gratification permanente, ce qui équivaut à une pension viagère*¹¹³. Autrement dit, l'usage aurait transformé la faveur en droit. Mais il y a plus. Pour lui, la comparaison des montants versés en fonction de la gravité des atteintes tourne aussi à l'avantage des militaires. S'appuyant sur les cas d'espèces présentés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* par un juge chargé des conciliations au tribunal de la Seine¹¹⁴, il écrit :

« Je dirai même que, dans l'état actuel, les réformés avec gratifications sont plutôt favorisés par rapport aux ouvriers civils, car la somme de 300 francs attribuée au réformé militaire correspond à une réduction de 25% de la capacité de travail, sur un salaire d'ouvrier de 2400 francs par an ; de 33% sur un salaire de 1 800 francs ou enfin de 30% sur salaire de 2 000 francs. Or il suffit de lire les tableaux de M. Duchauffour [...] pour se rendre compte que les réductions de 20 à 30% correspondent à des lésions graves [...] D'autre part, combien d'ouvriers de vingt ans ne gagnent pas 1 800 francs, 2 000 francs et surtout 2 400 francs par an ! Nos réformés avec gratifications sont donc en général mieux traités que les ouvriers et d'autant mieux que leur infirmités sont moins graves [...] »¹¹⁵.

Mais pour Oberlé, c'est surtout en cas d'incapacité absolue et permanente que la législation militaire est avantageuse parce qu'elle est selon lui beaucoup moins restrictive et bien plus différenciée :

« On ne voit dans les jugements rendus ou dans les tableaux d'évaluation usités en France ou à l'étranger, que la cécité, l'amputation ou la perte de l'usage des deux membres quelconques, qui soient considérés comme incapacités absolues à la suite des accidents du travail. [...] Combien plus large que la loi civile est la loi militaire dans l'appréciation de cette incapacité ! Tandis que cette rubrique ne comporte guère pour l'ouvrier que la cécité et la perte de deux membres, elle se divise pour le militaire en six classes [...] nous y trouvons les affections les plus diverses presque toutes considérées par les juges comme des incapacités partielles pour l'ouvrier »¹¹⁶.

Quant au montant des pensions, à l'exception de ceux de la quatrième classe qui doivent être rehaussés, le major juge, que « [...] *civils ou militaires sont traités d'une façon à peu près semblable* [...] ». En cas d'amputation (3^e classe), les militaires seraient d'ailleurs là encore avantagés au regard des données fournies par Duchauffour :

« Ces douze cas nous apprennent d'abord que la perte d'un membre est évalué de 55% à 75%, soit en moyenne 66% ; ensuite que sur ces accidentés, deux seulement [...] - un électricien et un peintre, salaire supérieur à 2400 francs - ont touché une pension

¹¹³ *Ibid.*, p. 510.

¹¹⁴ A. Duchauffour, « Accidents du travail. Evaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations intervenues au tribunal civil de la Seine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, n° 48, p. 314-341.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 508-509.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 511 et 514.

supérieur à 750 francs, pensions de soldat ; et un seul, le premier – l'électricien – une pension supérieur à 900 francs, pension de caporal. [...] »¹¹⁷.

Finalement, seule la condition d'inaptitude (l'impossibilité de servir), qu'avait dénoncée en son temps le lieutenant-colonel du Halgouet constitue « *une anomalie choquante, qui place le soldat dans un état d'infériorité évident vis-à-vis de l'ouvrier* ». Des plaies de la cornée (sans perte de vision supérieure à 50%) à la perte du pavillon de l'oreille (sans perte d'audition), de l'amputation d'un doigt à la perte d'un testicule en passant par la hernie inguinale¹¹⁸, Oberlé rappelle qu'il existe « [...] *toute une série de lésions compatibles avec le service, qui constituent néanmoins de très appréciables infirmités pour certains ouvriers [et que] ceux-ci sont néanmoins rendus à la vie civile sans aucune compensation, avec une aptitude au travail diminuée* ». En « *réparation du dommage qui leur a été causé* » - il propose de créer pour ces hommes une « *gratification spéciale sans réforme* »¹¹⁹. La position de l'officier - qui, rappelons-le, ne peut publier sans l'aval du Conseil de Santé- est donc relativement simple. Elle se résume en trois points : l'expertise militaire est plus rationnelle (« mieux fondée ») que l'expertise civile, les soldats sont dans la majorité des cas favorisés par rapport aux ouvriers et, enfin, la généralisation des gratifications permanentes équivaut de fait à l'existence d'un droit. Il n'y a pas un mot sur le caractère non contradictoire et discrétionnaire de la procédure et pour cause, Oberlé propose *in fine* une extension des faveurs. C'est en partie ce que fait le gouvernement, on l'a vu, lorsqu'il instaure en février 1906 un système de gratification à 3 échelons (10% ,20% et 30%). La mesure améliore la situation des réformés blessés atteints d'une incapacité partielle sans toutefois pouvoir justifier d'une diminution de 30% de leurs « facultés de travail » et sans disjoindre la gratification de la réforme. La républicanisation des faveurs évoquée plus haut est donc bien une réponse aux revendications portées dans l'arène parlementaire, elle consciemment pensée et construite comme un substitut au droit à réparation.

Début mars 1906, soit un mois après l'adoption du décret, François Forest, Hyacinthe de Gailhard-Bancel (1849-1936)¹²⁰ et Léonce de Curières de Castelnau (1845-

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 515-516.

¹¹⁸ C'est une tumeur située au niveau de l'aîne, provoquée par le déplacement des viscères abdominaux (souvent une partie de l'intestin grêle, du gros intestin et, parfois, de la vessie) au travers du canal inguinal (hernie indirecte) ou au travers des muscles abdominaux (hernie directe). C'est l'une des formes de hernies les plus fréquentes. Pour une définition contemporaine des débats, voir Emile Littré, *Dictionnaire de Médecine et de chirurgie, op. cit.*, p 789-792.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 511.

¹²⁰ Député de la 1ère circonscription de Tournon (Ardèche), de Gailhard-Bancel est avocat de formation. Connu pour son action de propagande et d'organisation des syndicats agricoles de la Drôme il est une figure de la droite catholique libérale ralliée à la République.

1909)¹²¹, tous trois inscrits au groupe « Action libérale »¹²² déposent un nouveau projet de résolution. Fidèles à la ligne défendue par le député de Vannes six ans plus tôt, ils ne reprennent pas le projet de généralisation des pensions de Fernand de Ramel dont ils sont pourtant proches. Comme lui, ils appartiennent à cette « constellation libérale » qui combat les projets de retraites nationales obligatoires et particulièrement celui déposé en 1901 par le député radical du Morbihan Paul Guiyesse (1841-1914)¹²³. Soutenu par Millerand (alors inscrit au groupe « socialistes indépendants ») celui-ci cristallise les oppositions des républicains modérés, des conservateurs et des économistes libéraux qui exècrent l'idée d'obligation et défendent les principes de la prévoyance libre. Difficile de s'expliquer alors pourquoi ces trois notables, élus de régions de forte pratique religieuse où l'influence du châtelain et du curé résiste à la poussée républicaine, soutiennent le projet Mirman qu'ils reprennent dans les mêmes termes en demandant au gouvernement de « déposer, dans le plus bref délai possible, un projet de loi étendant et adaptant les principes essentiels de la loi 1898 sur les accidents du travail, à la réparation pécuniaire des accidents dont les soldats sont victimes par le fait ou à l'occasion du service¹²⁴ ». Faut-il y voir un effet du ralliement des catholiques sociaux, des fractions les plus libérales de la réforme sociale et notamment des Leplaysiens, à l'idée d'une régulation des rapports sociaux par l'État ? Difficile à dire, mais à partir de 1904, l'Action Libérale (75 députés), expression parlementaire de l'Action Libérale Populaire, défend le programme social du nouveau parti¹²⁵ : salaire minimum, conseil professionnel de conciliation, développement des mutuelles et des assurances mutuelles agricoles, amélioration de la loi sur les retraites etc.¹²⁶.

Dans les jours qui suivent, la très officielle *Revue Politique et Parlementaire*, ouvre ses colonnes au débat. Fondée en 1894 par l'archiviste paléographe et docteur en droit Marcel Fournier (1856-1907), la revue est faite par et pour les élites politiques et administratives. Dirigée par le professeur de droit (faculté de Bordeaux) Fernand Faure (1853-1929)¹²⁷, ancien député de la Gironde (1885-1889), elle s'affiche comme un lieu de débat intellectuel et politique et revendique un strict pluralisme, mais elle est clairement républicaine et libérale. Le 10 mars 1906, Paul Larquier (1857-1917), maire d'Archiac (de

¹²¹ de Castelneau (1845-1909) a également exercé comme avocat. Il a été bâtonnier du barreau puis substitut du Procureur général de la Cour d'Appel de Nîmes (1875-1880) avant d'être élu conseiller général de Barjac (Gard) de 1880 à 1904. Il est député de la circonscription de Saint-Affrique depuis 1902 (jusqu'en 1909).

¹²² Sur leurs biographies respectives, voir les notices qui leur sont consacrées ici : <http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/recherche>.

¹²³ Dumons et Pollet, *L'Etat et les retraites*, op. cit., p. 35-44.

¹²⁴ *JORF* du 6 mars 1906, compte-rendu de la séance du 5 mars, p. 1209-1210.

¹²⁵ L'ALP est entreprise politique nouvelle, fondée au lendemain des législatives de 1902 par des grandes figures du catholicisme sociale : Albert de Mun (1841- 1914) et Jacques Piou (1838 -1932) qui la préside.

¹²⁶ Sur ce point voir Dumons et Pollet, *L'Etat et les retraites*, op. cit., p. 73-76.

¹²⁷ Titulaire d'une chaire de « statistiques » il n'enseigne que de manière intermittente à partir de la fin des années 1890.

1888 à 1917) et conseiller général de Charente-Maritime (de 1898 à 1917) y défend le projet Mirman. Issu d'une famille d'élus locaux du Sud-ouest¹²⁸ - des républicains et radicaux de gauche proches de l'ex-président du conseil Émile Combes (1835-1935)¹²⁹ - le docteur Larquier livre une analyse très similaire à celle du député de la Marne. On y retrouve tous les éléments qui la constituent : droit à réparation pour les « victimes » quelque soit de le « dommage et indemnités pour tous leurs descendants et ascendants en cas décès, indemnisation sur la base de la perte de salaire et responsabilité de « l'État-patron »¹³⁰.

Dans l'édition suivante, c'est le juriste Louis Perrier, docteur de la Faculté de Paris¹³¹ qui prend position mais en élargissant la problématique aux emplois civils. Pour lui, dès que « *c'est l'État qui nomme, lui qui emploie, lui qui bénéficie du travail, c'est lui qui doit supporter les risques de son personnel, comme le patron, ceux de l'ouvrier*¹³² ». Et si l'État s'est montré « *excellent patron* » en couvrant « *spontanément* » le « *risque vieillesse* » en 1831 et en 1853, la législation en vigueur, vieille de plus de cinquante ans, n'en mérite pas moins d'être réformée. Certes, reconnaît l'auteur, c'est « *en s'attachant à ces travailleurs d'un ordre tout spécial que sont les militaires, que la première idée du risque professionnel doit d'avoir pu prendre naissance et se développer*¹³³ », mais fondée sur la présomption que l'emploi ou la fonction conférée par l'État lie le fonctionnaire ou l'employé pour sa vie entière, la législation « *grave toute entière autour de l'idée d'assurance non pas contre l'accident, mais contre la vieillesse* ». Dès lors, l'accident professionnel et l'invalidité sont conçus sur le mode de l'exception. Autrement dit, en couvrant le risque vieillesse et par extension l'infirmité, l'État « *fait une concession* » quand la loi d'assurance de 1898 ouvre un véritable « *droit à la réparation du dommage causé* ». On retrouve donc au cœur du raisonnement, l'idée qu'il est nécessaire de différencier nettement le risque accident du risque vieillesse pour instaurer, en plus du droit à la retraite, un droit à réparation. La suite du texte détaille longuement les carences des dispositifs de 1831 (je n'y reviens pas) et de 1853 en montrant cependant que les militaires sont mieux protégés que les fonctionnaires civils. Mais le sens du propos, le « but à

¹²⁸ Son père, le Dr Pierre Emile Larquier est maire d'Arthenac et conseiller général d'Archiac. Son frère Fernand (1863-1947), est député de la Charente-Inférieure de 1902 à 1914, inscrit au groupe de la Gauche radicale. Sur la famille cf. <http://saint.eutrope.free.fr/spip.php?rubrique184> et « Fernand Larquier » dans le Dictionnaire des parlementaires français (1889-1940), sous la direction de Jean Jolly, PUF, 1960.

¹²⁹ Combes était maire d'un village voisin, ils le connaissent personnellement. Sur Emile Combe voir, entre autres, Yvert Benoît (dir.), Premiers ministres et présidents du Conseil. Histoire et dictionnaire raisonné des chefs du gouvernement en France (1815-2007), Paris, Perrin, 2007, 916 p.

¹³⁰ Dr Larquier, « Les accidents dans le travail et dans le service militaire », 10 mars 1906, Revue Politique et Parlementaire, Paris, tome XLVII – janvier, février, mars 1906, p.477-484.

¹³¹ Il y a une incertitude au sujet de l'identité de Louis Perrier, mais c'est probablement l'auteur de La protection des pêches maritimes, Thèse de doctorat de droit, Université de Paris, Faculté de droit, Paris, A. Rousseau, 1903, 462. p. On ne sait rien de plus à son sujet, pas même ses dates de naissance et de mort.

¹³² Louis Perrier, « Le risque professionnel dans les fonctions et emplois publics », 10 avril 1906, Revue Politique et Parlementaire, Paris, tome XLVIII – avril-mai-juin 1906, p. 88-117.

¹³³ *Ibidem*. Souligné par moi.

atteindre », c'est bien « *l'extension à l'État du principe élémentaire, que le risque professionnel est une charge normale de l'entreprise, ou du louage d'ouvrage* » et que « *l'État qui commande, l'État qui se défend, l'État qui se développe et qui prospère n'est qu'un entrepreneur du bien public*¹³⁴ ». De ce point de vue, Perrier est « *entièrement d'accord* » avec Mirman sauf sur trois points. Il considère que l'ouverture des droits aux ascendants n'est pas prioritaire et, à l'inverse, que la limitation « *implicite de la responsabilité de l'État au risque accident* » et la « *non application aux marins* » rendent le texte trop exclusif¹³⁵. Mais si l'État est un entrepreneur (presque) comme un autre, le juriste n'envisage pas toutefois la mise œuvre d'un modèle assurantiel ; il propose d'étendre à la fonction publique civile le diptyque pensions-gratifications tout en fondant ces dernières en droit sur la base de « *trois hypothèses types d'invalidité* ». La première serait due à « *un risque professionnel établi* » et serait la seule à ouvrir droit à pension sous réserve que la victime établisse la « *faute de service* ». La seconde résulterait d'« *un risque professionnel appréciable* » quand la troisième serait « *indépendante de la profession* ». Dans ces deux cas « [...] *le fonctionnaire infirme se jugeant incapable de continuer son service recevrait un secours calculé suivant une échelle de gravité analogue à celle utilisée pour les pensions dans les ministères militaires*¹³⁶ ». Le « *secours* » serait donc automatique et versé pendant un temps équivalent à celui passé au service de l'État. Le tout relèverait de la compétence du juge administratif, et le dispositif serait transposable au monde militaire :

« Dans les casernes, pour les accidents ou infirmités survenus du fait des camarades, du groupement militaire, application des règles du principe précédemment exposées : pension, secours ou rien selon suivant que la faute du service est prouvée, vraisemblable mais non prouvée, ou écarté¹³⁷ ».

Perrier reconnaît qu'en matière de pension le dispositif « *ne changerait rien aux règles admises actuellement* », sauf qu'il aurait selon lui le mérite d'écartier « *les prédispositions personnelles ou héréditaires de la victime dont l'administration de la guerre se sert trop souvent pour écartier les demandes de pension* ». Bien qu'il n'y fasse pas référence, le projet défendu par Perrier est donc bien plus proche de celui de Fernand de Ramel que de celui de Mirman. Les deux partagent l'objectif d'extension des droits mais les voies envisagées pour le réaliser sont radicalement différentes. Sans les archives, on ne peut pas dire si la Commission d'assurance et prévoyance sociales de la Chambre est traversée par cette ligne de partage entre tenants d'une réforme partielle et défenseurs d'une réforme intégrale. Il est toutefois peu probable qu'elle soit restée hermétique à ces débats et si le

¹³⁴ *Ibid.*, p.112.

¹³⁵ *Ibid.*, p.114.

¹³⁶ *Ibid.*, p.115.

¹³⁷ *Ibid.*, p.117.

travail en commission est toujours un travail au long court, dix-huit mois après le dépôt la proposition Mirman, elle n'a pas encore fait de rapport.

Les députés socialistes s'emploient alors à réinscrire la question sur l'agenda législatif. En décembre 1906, Jean Bouveri (1865-1927) dépose un projet un nouveau projet de résolution. Fils de mineur et ouvrier mineur lui-même, Bouveri est un militant socialiste (autonome) de la première heure, l'un des fondateurs du syndicat des mineurs (avant le vote de la loi de 1884) et le premier maire issu d'une liste socialiste élu en France¹³⁸. Élu député aux législatives partielles de 1901 il siège d'abord sous l'étiquette « socialistes indépendants » avant d'adhérer à la SFIO et de rejoindre le groupe « socialistes unifiés » lorsqu'il est réélu en 1906¹³⁹. L'objectif qu'il poursuit est simple et pragmatique : à court terme, il faut mettre fin aux expulsions des casernes dont peuvent être victimes les infirmes (il donne plusieurs exemples connus et ce ne sont pas les premiers). Il demande donc au ministre du nouveau gouvernement Clémenceau (formé le 25 octobre), le général Picquart (1854 – 1914) - héros des dreyfusards qui vient d'être réhabilité - de « *donner des ordres aux commandants de corps pour qu'à l'avenir aucun soldat ne quitte la caserne avant d'avoir obtenu l'indemnité qui lui revient* ¹⁴⁰ ». À long terme, plus aucun réformé, quelle que soit la cause de la réforme, ne doit quitter l'armée sans indemnité et pour faire advenir ce droit à l'indemnisation, il invite le ministère à « *étudier l'application de la loi de 1898 sur les accidents* ¹⁴¹ » et une nouvelle fois, la Chambre adopte le projet de résolution.

En réponse, Marie-Jean-Charles Créatin réaffirme sa position dans la *Revue Pénitentiaire*, organe de la puissante Société Générale des Prisons¹⁴² qu'il a intégrée l'année précédente¹⁴³. Centre d'étude, d'actions et d'information sur la question pénitentiaire et la réforme pénale, la SGP est une sorte de « commission extra-parlementaire privée » qui travaille à l'amélioration du régime pénitentiaire et au sein de laquelle s'élaborent les

¹³⁸ Il est élu conseiller municipal puis maire de Montceau-les-Mines en 1900.

¹³⁹ Après le congrès de Paris des 23-34 avril 1905 qui débouche sur création de la Section Française de l'Internationale Ouvrière (SFIO), le Parti Socialiste de France – Unité Socialiste de France (guesdistes et vaillantistes), le Parti Socialiste Français (les réformistes dirigés par Jean Jaurès), le Parti Ouvrier Socialiste Révolutionnaire et les fédérations autonomes (celle de Gustave Hervé par exemple) fusionnent. Le groupe parlementaire prend alors le nom de « socialistes unifiés » tandis que ceux qui refusent de rejoindre le "parti socialiste unifié" sont étiquetés « indépendants ». Bouveri est réélu (« Parti socialiste » à partir des législatives de 1910) jusqu'à sa mort en 1927.

¹⁴⁰ *JORF* du 11 décembre 1906, compte-rendu de la séance du 10 décembre, p. 3098-3099.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² Créée en 1877 sur initiative gouvernementale et reconnue d'utilité publique en 1889 la SGF existe encore aujourd'hui. Sur la SGP voir Martine Kaluszynski, « Réformer la société. Les hommes de la société générale des prisons, 1877-1900 », *Genèses*, 28, 1997. Étatsisations. p. 76-94.

¹⁴³ Contrôleur général Créatin, « De l'application de la loi du 9 avril 1898 aux accidents militaires », *Revue Pénitentiaire. Bulletin de la Société Générale des Prisons*, 31^e année, Paris, Librairie Marchal & Billard, n°1, janvier 1907, p 104-112. Créatin apparaît dans liste des membres en 1906 et cinq ans plus tard, il est élu au conseil de direction.

nouvelles normes juridiques et les savoirs en matière de criminalité. Leurs parcours et itinéraires montrent que les sociétaires sont en majorité des républicains modérés, (bien qu'on compte parmi eux quelques orléanistes) des démocrates, libéraux et conservateurs, dont beaucoup revendiquent une appartenance confessionnelle. Si à partir de 1895, des entrepreneurs politiques issus de la gauche républicaine et ou de la gauche radicale (Paul Strauss, par exemple) intègre la SGP, celle-ci reste une association « *d'hommes du juste milieu* »¹⁴⁴. Groupe de pression politique, la société rassemble des philanthropes, des professionnels (en majorité des juristes, magistrats, avocats et professeurs de droit) et des politiques mandatés, autour d'une logique de l'action et du pragmatisme qui valorise la science, le savoir expert et la compétence pour penser l'articulation entre question pénale et question sociale et intervenir sur elle. En droite ligne des conceptions d'un Jules Simon (1814-1896), d'un Émile Cheysson (1836-1910) ou encore d'un Henri Monod (1843-1911), la solution passerait par « *une alliance à construire entre initiative publique et initiative privée* » ; mieux, par la « *transformation des notions de privé et de public* »¹⁴⁵. L'accumulation d'appartenances de ses membres-clés (comme G. Picot, E. Cheysson ou Ch. Lyon-Caen)¹⁴⁶, dit sans conteste que la SGP est un lieu central dans le monde de la réforme sociale et un carrefour de ses réseaux et composantes les plus libérales. Elle est étroitement liée à l'Académie des sciences morales et politiques, à l'École libre de Science Politique, à la Société de Législation Comparée mais également à la Société d'Économie Sociale (plusieurs de ses membres siègent au conseil d'administration de la société Leplaysienne) et au mouvement mutualiste, bien qu'elle soit plus active encore sur le terrain de l'assistance et de la bienfaisance¹⁴⁷.

Au premier abord, le rapport entre question pénitentiaire et réforme du régime d'administration des infirmités militaires apparaît un peu lointain. Pourtant, le directeur du contentieux, lui, établit un lien très direct entre les deux, et de mon point de vue, c'est particulièrement significatif de la manière dont se polarise le débat. Pour le contrôleur général, il serait « *imprudent et dangereux* » d'accepter en matière militaire le principe de la réparation du risque professionnel. Il l'a dit plusieurs fois en séance et « *le répète, la pension n'a pas pour objet de rendre à son titulaire l'équivalent de la situation qu'il avait auparavant, mais seulement de lui permettre de vivre* »¹⁴⁸. S'il juge que « *l'état de choses*

¹⁴⁴ Martine Kaluszynski, « Réformer la société. Les hommes de la société générale des prisons, 1877-1900 », art-cit., p. 81.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 81 et 94.

¹⁴⁶ La qualité de « membres » ne dit pas grand-chose du niveau d'implication. Sur la période 1877-1900 la SGP compte environ 1500 membres adhérents mais seul un noyau dur de 220 à 230 agents contribue à faire exister la société (120 "piliers" et une centaine de "fidèles"). *Ibid.*, p. 86.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 89.

¹⁴⁸ Contrôleur général Crétin, « De l'application de la loi du 9 avril 1898 aux accidents militaires », art-cit., p. 110.

actuel ne peut [...] être que transitoire et appelle à bref délais une réforme profonde », la solution ne réside pas l'adoption du principe de la loi sur les accidents qui a certes « *le grand avantage de réaliser l'unité de traitement* » mais qui « *se heurte, lorsqu'on l'examine de près, à des difficultés insurmontables* »¹⁴⁹. La première c'est le calcul de l'indemnité en fonction du salaire, réel ou fictif, qui pour Crétin est une source de reproduction de l'arbitraire :

« [...] que deux ouvriers, travaillant dans la même usine, sur le même chantier, victimes l'un et l'autre d'un même accident du travail reçoivent des indemnités différentes, basées sur leur salaire respectifs, cela est aisément accepté par tous [...]. Par contre, il sera plus difficile de faire accepter que deux soldats, tous deux victimes d'un accident de service, atteints de blessures équivalentes, reçoivent l'un une pension de 2 400 francs, l'autre une pension de 300 francs, sous le prétexte que le premier, avant d'entrer au service, s'était fait inscrire à la faculté de médecine, tandis que le second travaillait comme simple manœuvre¹⁵⁰ ».

Quant à l'arrêt rendu dans l'affaire Auxerre, Crétin s'efforce d'en minimiser la portée. Si c'est une première qui « [...] présente pour l'État un redoutable aléa¹⁵¹ » c'est aussi un arrêt parmi d'autres dont il faut évaluer plus finement les effets. Il rappelle que le 11 mai 1905, les sections des finances et du contentieux réunies ont décidé – contrairement à ce qu'affirmait Mirman en mars – que la responsabilité civile et le droit à pension ne pouvaient pas être invoqués en raison d'un même accident. En d'autres termes, seuls ceux qui sont exclus du périmètre de la législation de 1831 – les ascendants et personnes à charge – peuvent intenter une action ; interprétation « *de nature à calmer, dans une certaine mesure, les appréhensions d'ordre budgétaires que l'arrêt du 17 février [...] a fait naître [...]* »¹⁵². L'attaque vise le cœur de la stratégie réformatrice, il faut empêcher que la problématique budgétaire, telle que l'a formulée Mirman, s'impose.

La dernière objection s'appuie sur une lacune reconnue par Mirman lui-même : le dispositif ne serait pas applicable en temps de guerre parce que celle-ci est un temps d'exception dans lequel « *le fonctionnement ordinaire de plus d'un rouage social ne peut ne pas être suspendu* »¹⁵³. Pour le commissaire du gouvernement, la logique est la bonne mais il faut en tirer les conclusions qui s'imposent et convenir que si la guerre peut « *légitimement suspendre les droits et les prérogatives des citoyens* » la même conception doit être étendue à « *ce qui constitue la préparation de la guerre* »¹⁵⁴. À bien y regarder d'ailleurs, les accidents militaires se rapprochent moins des accidents du travail ordinaires que des « *accidents du travail dans les prisons* » car « *le détenu, pas plus que le militaire en*

¹⁴⁹ Pour les extraits cités voir *Ibid.* p.108.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p.109.

¹⁵¹ *Ibid.*, p.105.

¹⁵² *Ibid.*, p.108.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 110.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p.110.

service, n'est lié par un contrat de travail [...] et que le travail auquel il se livre lui est imposé par la loi elle-même »¹⁵⁵. En conséquence les risques qui en découlent ne peuvent donner lieu à réparation et sauf « *cas exceptionnels, le principe de l'irresponsabilité de l'État, doit [...], rester intact* ».

La réforme envisagée par Créatin reprend au final des éléments qu'on trouve chez de Ramel, Perrier ou encore chez Oberlé : il faut d'abord « *donner une sanction législative aux gratifications de réforme* » (qui restent donc liées à l'inaptitude), « [...] *ajouter aux bénéficiaires de la pension de retraite les ascendants* » et étendre les droits des veuves et orphelins¹⁵⁶. La réforme ne fait pas débat, c'est sur le répertoire de solutions envisagé que se cristallisent les positions et sur la reconnaissance (ou non) de la responsabilité de l'État.

Le 23 mars 1907, le député socialiste du Nord Henri Ghesquière (1863-1918), propose à nouveau à la Chambre « *l'extension de la loi de 1898 sur les accidents du travail à la réparation des accidents et maladies dont sont victimes les soldats à l'occasion du service militaire* »¹⁵⁷. Ouvrier fileur puis colporteur de journaux, l'ancien membre des Jeunesses anarchistes devenu journaliste (rédacteur au *Réveil du Nord*) est engagé dans un processus de notabilisation par le biais du syndicalisme (il est militant syndical guesdiste depuis l'âge 17 ans) qui le mène au Conseil Général de Lille (1895) puis à la députation, en 1906¹⁵⁸. Surtout, il est durant huit ans (1896-1904) adjoint au maire en charge de l'assistance publique à Lille, bastion des luttes ouvrières contre les maladies professionnelles où la Bourse du Travail a créé un Secrétariat ouvrier d'hygiène doté d'un Service médical et judiciaire. L'institution est le creuset d'une collaboration inédite entre des « *médecins prolétariens* » et les syndicats locaux, collaboration qui débouche sur la grève des peintres de 1906 et sur la création de l'éphémère Syndicat National de la Médecine Sociale (1909-1914)¹⁵⁹. Si je n'ai pas trouvé trace de liens entre Ghesquière et ces médecins et ouvriers engagés pour la reconnaissance du saturnisme des peintres, il est peu probable que le député, ex-militant syndical et bon connaisseur des questions de santé au travail (sur lesquelles il est très investi), ne les connaissent pas.

Considéré comme « dur » et « peu malléable » dans son propre camp, il présente une version du projet Mirman qu'on peut qualifier de maximaliste. Trois différences

¹⁵⁵ Pour les extraits cités voir *Ibid.*, p.III-II2.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p.III.

¹⁵⁷ *JORF*, Débats à la Chambre, 23 mars 1907, p. 794-795 et annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 23 mars 1907.

¹⁵⁸ Sur Ghesquière voir la notice qui lui est consacrée dans le maitron (en ligne) : [<http://maitron-en-ligne.univ-parisi.fr/spip.php?article140550>].

¹⁵⁹ Sur cette expérience lilloise et son rôle dans la mise à l'agenda politique et parlementaire de la « question cérusière » voir Judith Rainhorn, « Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb. Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XXe siècle », *Politix*, 2010/3 n° 91, p. 7-26.

fondamentales apparaissent. En premier lieu, la réparation ne serait plus forfaitaire mais intégrale. En cas d'incapacité absolue de travail, la rente serait égale au salaire annuel, elle serait équivalente à la perte de salaire brute en cas d'incapacité partielle. Ensuite, le salaire fictif ne serait plus calculé sur la base d'une projection de gains à trente ans dans la profession, mais sur la moyenne des salaires en usage dans la région de recrutement. Subtilité déterminante, cette moyenne serait déterminée par le Ministère du travail après avis des Conseils Généraux. L'évaluation des coûts échapperait donc au ministère de la Guerre et aux Finances pour revenir au ministère du Travail et, dans une certaine mesure, aux pouvoirs locaux. Enfin, et c'est essentiel, Ghesquière propose d'étendre la réparation « aux accidents et aux maladies ». La proposition est signée par une cinquantaine de députés (très majoritairement socialistes) et une nouvelle fois, c'est la commission de l'assurance et la prévoyance sociale (dont il est membre), qui devra rapporter.

Sous-secrétaire d'État à la guerre du ministre-général Picquart, l'avocat radical Henry Chéron (1867-1936) soulignait dès décembre 1906 la nécessité de « [...] *préparer le plus tôt possible une législation plus humaine sur la responsabilité des accidents dont les soldats sont victimes dans le service ou à l'occasion du service [...]* » et surtout de « [...] *définir une bonne fois - [...] - la responsabilité de l'État en matière d'accidents survenus dans le service ou à l'occasion du service [...]* »¹⁶⁰. Cette fois, il annonce que le ministre de la guerre, d'accord avec le ministre du travail et de la prévoyance sociale va instituer une commission interministérielle chargée d'examiner ce problème et qu'en attendant les résultats de ses travaux, le ministère veillera à ce que soit appliqué plus de « largeur d'esprit » dans l'allocation des gratifications. Le 7 juin, la commission est officiellement créée et placée sous la présidence du ministre du travail de Clemenceau, le socialiste « indépendant » René Viviani (1863-1925). Elle a pour mandat d'étudier les conditions dans lesquelles la législation sur les responsabilités des accidents du travail pourrait être étendue aux accidents dont les soldats sont victimes.

C'est dans ce contexte, qu'en décembre 1907, Lucien Bazin (1880-1967) soutient sa thèse de doctorat « Le risque professionnel dans le service militaire » sous la direction d'Ambroise Colin (1862-1929), professeur de droit civil à la faculté de droit de Paris, et devant un jury composé de deux suffragants : l'incontournable professeur de droit constitutionnel comparé Ernest Chavegrin (1854-1933)¹⁶¹ et le doyen Charles Lyon-Caen

¹⁶⁰ JORF du 12 décembre 1906, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 1^{re} séance du 11 décembre 1906.

¹⁶¹ Qui participe à 42 jurys de thèse entre 1884 et 1939 (soit 58,3%), voir Yves Déloye, « La construction politique d'une « science électorale » en France sous la III^e République. Facteurs et acteurs d'un métissage politico-scientifique », *Revue internationale de politique comparée* 2012/3 (Vol. 19), p. 51. Sur son rôle, central, dans le champ juridique voir Thomas Marty, « La production doctorale de la doctrine juridique : division du travail académique et politisation des thèses en droit sur les modes de scrutin (1885-1923) », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2011/2 (n° 25), p. 265-291.

(1843-1935), membre de la SGP et de la commission interministérielle (*cf. infra*). À la lecture, il n'y pas de place pour le doute, la thèse est une réponse à la proposition Mirman qui est longuement citée, décortiquée. C'est une construction contre, au service d'une contre-proposition, un coup dans le jeu. L'auteur l'assume pleinement et achève son volume avec cette phrase sans équivoque : « *dans un avenir proche le vote de la Chambre décidera peut-être de la victoire... ce jour là nous serons heureux d'avoir contribué, très modestement, à la produire. Et c'est notre plus cher espoir* »¹⁶².

Mobilisant Oberlé dont il fait une lecture parfois critique mais dont il partage les conclusions, Bazin reconnaît l'utilité de la réforme qu'il qualifie d'« impérieuse », mais nul besoin selon lui de la loi de 1898 pour y parvenir ; au mieux peut-on s'en inspirer pour résoudre la question des ascendants. Pour le calcul de l'indemnité, la grille tarifaire des pensions suffit, Oberlé l'a montré et le recours au salaire (réel ou fictif) pose plus de problème qu'il n'en résout, y compris en terme d'injustice. Au fil des pages cependant, c'est la logique budgétaire qui s'affirme : Mirman est un « théoricien » qui ne se préoccupe pas des coûts et ceux qu'il appelle « les réformateurs » promeuvent une « réforme tellement coûteuse qu'elle touche à l'impossible » (p. 156). Lui (et « ceux qui travaillent avec le législateur ») défend une position « intermédiaire qui « s'efforce de concilier les intérêts de toutes parties en causes, en l'espèce : l'accidenté et les siens d'un côté, de l'autre la collectivité pour la sauvegarde de laquelle il s'est blessé ou tué »¹⁶³. Jouant la carte de l'expertise contre l'idéologie¹⁶⁴, il propose une « refonte du système de 1831 »¹⁶⁵, assez proche de celle envisagée par Crépin (qu'il cite plus discrètement mais dont l'influence est nette) et dans laquelle la responsabilité de l'État n'est pas engagée. Il s'agirait d'abord de créer un droit à pension pour tous (réformés ou non), droit qui couvrirait l'accident comme la maladie dès lors que le critère d'origine (élargi) serait respecté et qui intégrerait les ascendants. Dans les quatre articles que comporte « sa réforme », les médecins et juges civils qu'il proposait de faire intervenir dans la procédure quelques pages plus avant ne figurent pas.

Au terme de ce tour d'horizon des positions exprimées dans le champ politique ou à sa périphérie entre 1905 et 1907, je voudrais formuler une conclusion provisoire et lui apporter une nuance. Au risque d'être un peu simplificateur, je dirais qu'on peut identifier fin 1907, deux positions distinctes et mutuellement exclusives. D'un côté des

¹⁶² Lucien Bazin, *Le Risque professionnel dans le service militaire*. Étude comparée de la législation de 1831 sur les pensions d'invalidité de l'armée et du système de 1898 sur les accidents du travail. Nécessité d'une réforme, Thèse pour le Doctorat, Président Armand Colin, 16 décembre 1907, p. 163.

¹⁶³ *Ibidem*, p.161.

¹⁶⁴ Francine Soubiran-Paillet, « Parlement, administrateurs et experts (1900-1914). Le discours de la compétence », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2007/1 n°93, p. 151-163. DOI : 10.3917/ving.093.0151.

¹⁶⁵ Lucien Bazin, *Le Risque professionnel dans le service militaire*, thèse citée, p.160-164.

agents politiquement légitimes - socialistes pour l'essentiel (Mirman, Bouveri et Ghesquière), relayés par quelques radicaux (Larquier) et soutenus par l'ALP (Forest, de Gailhard-Bancel, de Castelnau) - revendiquent la création d'un droit à réparation forfaitaire par extension de la loi de 1898, ce qui implique de reconnaître juridiquement la responsabilité de l'État. Ils visent prioritairement les conscrits, réservistes, territoriaux et leurs familles et veulent dissocier « l'indemnisation » du statut de réformé de sorte que tous les dommages, même les plus minimes, fassent l'objet d'une mesure de réparation. De l'autre, des juristes comme Perrier et Bazin et des agents du ministère de la guerre comme Crétin - et, peut-être, Oberlé - défendent une réforme partielle de la législation de 1831. Sans recourir à la technique assurantielle ni ouvrir de droit nouveau ils proposent d'étendre à tous les réformés (professionnels et conscrits) le régime des pensions-gratifications et de couvrir tous les types d'incapacité. La séquence correspond donc à un moment d'accélération des débats pendant lequel se structurent des points de vue et des répertoires des réformes concurrents. La mise en place de la commission interministérielle, peut en ce sens être lue comme une forme de consécration des mobilisations engagées depuis 1900 et de l'opposition qu'elles ont contribuées à produire.

Mais, le dépouillement des tables alphabétiques et/ou thématique des revues professionnelles comme les *Annales d'hygiène sociale et de médecine légale* ou la *Revue de Médecine légale et jurisprudence médicale* et des revues les plus centrales du monde de la réforme (*La Revue du Musée Sociale*, *Le bulletin de l'Office du Travail* ou *La Réforme Sociale*), invite à reprendre un peu distance par rapport à l'objet et à nuancer ces conclusions. Dans l'effervescence des débats et des luttes sur les lois sociales, la réforme de la loi de 1831, comme la question de la santé aux armées, est un enjeu périphérique, mineur, dont on ne trouve guère de trace dans l'abondante production émanant de ces institutions. Si « *l'histoire sociale nous enseigne qu'il n'y a pas de politique sociale sans un mouvement social capable de l'imposer*¹⁶⁶ » le silence relatif des groupes de pressions les plus intéressés par et à la réforme indique qu'on est en présence d'un conflit de basse intensité. Face aux partisans du modèle assurantiel, l'armée (Oberlé, Crétin) et la Faculté de droit de Paris (Perrier, Bazin) « ripostent » certes, mais les luttes dont a rendu compte ici n'ont pas la surface sociale de celles qui jalonnent la reconnaissance des maladies professionnelles ou l'élaboration du dispositif national des retraites. Pendant ces deux ans, les positions se sont cristallisées et elles ne bougeront plus qu'à la marge avant la guerre, mais la dynamique sociale qui porte la réforme semble s'essouffler dans la seconde moitié de la législature. Lorsque que celle-ci s'achève en mai 1910, la commission interministérielle n'a pas rendu de rapport et à l'exception de quelques interventions

¹⁶⁶ Pierre Bourdieu, *Contre-feux*, t.2, Paris, Raison d'agir, 2001, p.17.

épisodiques, la question de l'extension du droit à réparation aux militaires disparaît des débats jusqu'en 1911.

2.3 Quant la conscription change la donne : préparation de la loi de 3 ans et réactivation des luttes (1911-1914)

Le 16 mars 1911, Henri Ghesquière et l'ancien maire de Lille dont il était l'adjoint, Gustave-Émile Delory (1857-1925), député du Nord lui aussi (1902-1925)¹⁶⁷, déposent une nouvelle proposition de loi dont :

« [...] toute l'économie consiste notamment à étendre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 aux militaires, tant ceux de la réserve et de la territoriale qu'à ceux de l'armée d'active, contractant infirmité par suite de maladie ou de blessure contractée dans le service ou l'occasion du service, en temps de guerre comme en temps de paix¹⁶⁸ ».

C'est la reprise, quasiment au mot près, de la proposition de 1907. Tous les dommages subis sous l'uniforme, en temps de paix comme en temps de guerre et quel que soit le statut du militaire, doivent donner lieu à une réparation intégrale. Dans un exposé des motifs dont la vocation performative est évidente, les élus lillois rappellent l'historique des débats et concluent qu'« *adapter les principes de la loi du 9 avril 1898 [...] c'est la pensée qui anime toute la Chambre ; faire une loi en ce sens, inciter le Gouvernement à en prendre la résolution c'est à présent cause gagner [...]*¹⁶⁹ ». Mais la victoire au plan des idées, si tant est qu'on puisse l'admettre, ne signifie pas victoire politique et celle-ci est loin d'être acquise. Cette version musclée de la proposition Mirman est signée par 71 députés, presque tous socialistes. Aux côtés des élus de second rang, plutôt issu des élites ouvrières et liés au syndicalisme révolutionnaire, comme Bouveri ou Ghesquière, on trouve les signatures des cadres et dirigeants - majoritairement issus des professions libérales et intellectuelles - des différents courants qui composent la SFIO : Jules Guesde (1845-1822), Édouard Vaillant (1840-1915), Jean Jaurès (1854-1914), Albert Thomas (1878-1932), Marcel Sembat (1839-1922). Si la SFIO, force parlementaire montante¹⁷⁰, porte le projet pour « *provoquer l'initiative gouvernementale si formellement promise, et à plusieurs reprises*¹⁷¹ », la fraction des « indépendants » qui persiste dans sa stratégie d'alliance avec le radicalisme et participe au gouvernement (elle fonde au même moment le Parti

¹⁶⁷ Sur Delory, voir Bernard Simler, « Un socialiste, Gustave Delory (1857-1925) », dans *Revue du Nord*, 1976/56, n°221, p. 221-231.

¹⁶⁸ *JORF, Documents Parlementaires*. Chambre des députés, neuvième législature, session de 1911. Annexe au procès-verbal de la 1^{ère} séance du 16 mars 1911, n° 827, p.223-224.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

¹⁷⁰ Les socialistes sortent renforcés des législatives de 1910 où ils obtiennent 107 sièges (contre 74 en 1906), dont 75 pour les seuls membres de la SFIO. Voir Jean-Marie Mayeur, *La vie politique sous la Troisième République 1870-1940*, Paris, Le Seuil, 1984, p. 222. Pour la liste des signataires voir *JORF, Documents Parlementaires*. Annexe n° 827, *op. cit.*, p.223.

¹⁷¹ *Ibid.*, p 224.

Républicain Socialiste) ne suit pas ; Millerand et Viviani, les deux des principaux leaders ne signent pas le texte¹⁷².

Au printemps 1912, ni la commission interministérielle créée en 1907, ni la commission d'assurance et de prévoyance sociales n'ont transmis de rapport au gouvernement, et ce dernier n'a présenté aucun projet de loi. Les partisans de la réforme reviennent alors à la charge quelques jours après le vote d'une série de crédits supplémentaires destinés à l'occupation du Maroc. Ghesquière (encore) et Jean-Pierre Raffin-Dugens (1861-1946)¹⁷³, font inscrire à l'ordre du jour une demande d'urgence sur une nouvelle proposition de résolution. L'ancien adjoint au maire de Lille prend la parole et dénonce les atermoiements des gouvernements successifs qui craignent « les trop lourdes conséquences financières » qui résulteraient d'une loi de réparation alors que la chambre vote « des millions et des milliards pour toutes les dépenses de guerre et d'opérations militaires et coloniales¹⁷⁴ ». Le souci « exagéré » d'équilibre financier ne s'applique selon lui qu'aux dépenses engendrées par les lois et réformes sociales :

« Il est question depuis dix ans, devant le Parlement, d'instituer une loi de réparation pécuniaire aux soldats victimes d'accidents [...] À plusieurs reprises, la Chambre et le Gouvernement furent d'accord pour admettre l'urgence de cette réforme démocratique. Des propositions de lois furent déposées. L'une émanant de monsieur Fournier [...] l'autre, que je dépose depuis deux législatures, au nom du groupe socialiste [...] le gouvernement à lui-même fait étudier la question [...] Mais tout se borna à cette manifestation bienveillante, le gouvernement se refusant à déposer un projet de loi sur la réparation pécuniaire aux victimes des armées de terre et de mer, par crainte des trop lourdes conséquences financières [...] déclaration que fit là Chambre notre regretté collègue Maurice Berteaux quant il fut ministre de la guerre¹⁷⁵. »

Le Président du Conseil (Poincaré) – qui répond pour le ministre de la Guerre (Millerand) absent – précise que le rapport de commission Viviani est sur le point d'être achevé et la demande d'urgence est adoptée.

Deux mois plus tard (le 7 juin 1912), deux députés inscrits au groupe « Républicain progressiste »¹⁷⁶ - l'ex médecin major de 2^e classe et chef de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, Amédée Peyroux (1872-1944) et Charles Aubourg de Boury (1857-1940),

¹⁷² Aristide Briand (1862-1932), lui, est au gouvernement sans interruption de 1906 à 1913, en 1911 il est Président du Conseil.

¹⁷³ Un instituteur élu député socialiste (« minoritaire ») de l'Isère en 1910. Pacifiste, socialiste « minoritaire » en 1914, il s'oppose au vote socialiste des crédits de la défense nationale et prône le rétablissement des liens avec les socialistes des autres pays. En 1915, il dénonce le « jusqu'au boutisme » de Guesde et Sembat tous deux ministres de 1914 à 1916. Il n'est pas réélu en 1919 et rejoint le PCF en 1920. Voir : [[http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/6577](http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/6577)].

¹⁷⁴ JORF du 29 mars 1912, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu *in-extenso* de la 2^e séance du 28 mars 1912, p.1008-1009.

¹⁷⁵ *Ibidem*.

¹⁷⁶ Assimilé à « la droite » parlementaire, ces membres défendent des positions et des valeurs nationalistes et conservatrices.

rentier issu d'une vieille famille normande de propriétaires terrien - dépositaire avec Joseph Patureau-Mirand (1873-1945) - avocat, docteur en droit, inscrit au groupe gauche démocratique¹⁷⁷ - une quatrième proposition de loi ayant pour but d'assurer une indemnité permanente aux citoyens qui ont reçu une blessure ou contracté une infirmité au service de l'État (armée active, de réserve, territoriale). Elle n'évoque ni la loi de 1898, ni le principe de la réparation mais son unique article en reprend les éléments clés :

« en cas d'accident ou de maladie survenus en service commandé, en temps de paix, soit dans l'armée d'active, soit dans la réserve ou la territoriale, il sera alloué à la victime (sous-officier, caporal ou soldat) ou à ses ayants droit en cas de décès, une indemnité permanente calculée :

1° D'après la réduction de la capacité de travail subie ».

2° D'après le montant du salaire annuel, avant la maladie ou l'accident¹⁷⁸ ».

Comme toutes les autres, elle est renvoyée à la commission d'assurance pour examen et la discussion du budget 1913 fournit à Henri Ghesquière une nouvelle occasion d'intervenir :

« il est nécessaire de revoir la loi concernant la protection des soldats victimes d'accidents ou de maladies contractées en service commandé. [...] le ministère nous a promis d'apporter un projet de loi; ce projet est encore à venir. Une commission interministérielle est chargée de s'en occuper et, tous les ans, on nous répète le même refrain: "La commission extraparlamentaire est saisie du projet, sitôt qu'elle nous l'aura transmis, nous le présenterons au Parlement." Puis les années passent, les budgets se votent et jamais la question ne revient devant nous. Je voudrais donc savoir, de la bouche même du ministre de la guerre ce qu'il en est de cette question¹⁷⁹ ».

Millerand¹⁸⁰ répond qu'il « a [...] été saisi du texte de la commission interministérielle et [qu'il] examine en ce moment cette rédaction¹⁸¹... ». C'est donc dans ce cadre qu'il a sollicité l'expertise de la Section Technique du Service de Santé et que celle-ci rédige « l'avis » daté de novembre 1912 dont la découverte a mené à la rédaction de ce chapitre. J'y reviendrai plus longuement (cf. *infra*), mais les experts ès-pensions du ministère de la Guerre s'opposent aux projets de type assurantiels qu'ils anticipent comme une source d'augmentation des coûts mais pas seulement. Millerand a donc en main un avant-projet de loi dont les agents les plus directement concernés dans son

¹⁷⁷ Créée en 1905 par l'aile gauche de l'Union Démocratique qui soutient le cabinet Combes.

¹⁷⁸ JORF, *Documents Parlementaires. Chambre des députés*, Annexe au procès-verbal de la 1ère séance du 7 juin 1912, n°1963, dixième législature, session de 1912.

¹⁷⁹ JORF, Débats à la Chambre, 28 juin 1912, discussion des chapitres 51 «Allocation aux militaires soutiens de familles et gratifications de réformes» et 52 – secours aux anciens militaires – du projet de loi portant fixation du budget général de l'exercice 1913 que ces questions sont soulevées, p. 1824.

¹⁸⁰ Millerand est ministre de la Guerre du 14 janvier 1912 au 14 décembre 1913 – Adolphe Messimy, lui succède.

¹⁸¹ *Ibid.*

ministère ne veulent pas, dont l'armée ne veut pas. En mars 1913, les députés n'ont toujours pas examiné de projet de loi et ils ne le feront jamais puisque ce dernier ne leur sera pas présenté.

La Commission d'assurance et de prévoyance sociales reprend alors la main et sur la base des propositions de 1911 et 1912 qu'elle a la charge d'examiner, elle dépose un rapport favorable le 31 mars 1914. La composition de son bureau montre qu'elle est pourtant tenue par des soutiens du gouvernement. Son président, Jules-Louis Breton, a rejoint Millerand, Viviani et Briand au PRS et les vice-présidents (4) et secrétaires (6) sont majoritairement étiquetés « radicaux de gauche » et « républicains socialistes ». Seuls le médecin Henri Doizy, député des Ardennes, et Émile-Dumas (1873-1932), élu du cher, sont socialistes, quand « la droite » est représentée par l'avocat « républicain progressiste » Ernest de Lairolle (1851-1926) et par le Comte de Ferri de Ludre (1870-1915), rentier membre de l'alliance libérale. Quelles que soient leurs appartenances –celles-ci n'ont d'ailleurs qu'une consistance relative sous la III^e République - les membres du bureau sont en grande majorité des partisans résolus de l'extension de la loi de 1898. Du côté des vice-présidents, Ernest de Lairolle est un spécialiste reconnu des questions de protection sociale, un défenseur des assurances sociales qui a soutenu Viviani et Millerand et contribué à faire basculer les mutualistes en faveur de la loi sur les Retraites Ouvrières et Paysanne¹⁸². Le médecin Félix Defontaine est, quant à lui, l'auteur de cinq propositions de loi tendant à compléter la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (1907, 1908 et 1909) et d'une proposition de loi ayant pour objet d'étendre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail au personnel salarié des établissements hospitaliers (1912). L'un des secrétaires, Émile Dumas (1873-1932), élu du Cher inscrit au groupe « parti socialiste », a rapporté en faveur d'une proposition de loi tendant à étendre aux exploitants forestiers les dispositions de la loi du 9 avril 1898¹⁸³. Positionnement partagé par le Comte de Ferri de Ludre qui est l'auteur d'une proposition en vue d'améliorer le sort des accidentés du travail et de leurs descendants et qui vote en faveur des ROP en 1910.

Pour autant, la composition de la commission et de son bureau n'explique pas tout. Les commissions des législatures précédentes, qui n'ont rendu aucun rapport entre 1905 et 1914, étaient large en partie composées des mêmes hommes et reproduisaient aussi les

¹⁸² Bruno Dumons, Gilles Pollet, *L'Etat et les retraites*, op-cit, p.97-98.

¹⁸³ Rapport du 29 février 1912, adopté à la Chambre le 30 et transmis au Sénat en mai. Le texte final est adopté le 23 juin et la loi promulguée le 17 juillet. Cf. *Tables analytique des Travaux du Sénat - 1912-1914*, 2^e partie, p.242.

rapports de force parlementaires qui n'ont pas radicalement changé durant la décennie¹⁸⁴. C'est le vote de la loi de 3 ans (7 août 1913) qui fait bouger les lignes et notamment la mobilisation qu'il suscite sur les questions de santé aux armées (cf. chap.1). C'est très nette lorsque Ghesquière dépose un amendement afin d'accorder une réparation pécuniaire pour les « *dommages causés aux familles par le décès de leurs enfants ou de leurs chefs ou soutiens morts des suites des épidémies et autres maladies*¹⁸⁵ » et qu'il demande pour se faire 2 millions de francs supplémentaires de crédit :

« [...] Je suis de ceux qui pensent que l'État doit subir les modernes obligations que lui fait subir aux particuliers. Je suis de ceux qui veulent obliger l'État aux devoirs moraux qui lui incombent. En matière d'intervention légale comme le travail ou le capital, l'État s'arroge le droit de corriger les excès de la loi de l'offre et de la demande et, pour empêcher ce qu'il y a d'abusif dans la libre concurrence, il fait des lois de protection ouvrières. Il va plus loin : il impose aux patrons et aux travailleurs des lois de Prévoyance sociales telles que, par exemple, les ROP. Il a établi des lois sur les accidents de travail et il se propose de légiférer sur d'autres risques, maladies professionnelles, fléaux sanitaires, chômage etc. et dernièrement, il a fait une loi de protection maternelle, d'assistance spéciale qu'il veut étendre plus loin. Il étend sans doute sa protection à tous les risques [...] réalisant ainsi les conceptions des conventionnels de 1793 et des républicains de 1848. En agissant ainsi, l'État ne fait pas du socialisme ; il fait simplement preuve de prévoyance sociale. Depuis des années, la Chambre, par des projets de résolution, sollicite du Gouvernement un projet de loi tendant à faire bénéficier les soldats de terre et de mer des avantages de la loi sur les accidents du travail pour ceux d'entre eux victimes d'accidents qui les tuent ou les rendent incapables de continuer leur éducation militaire ou de travailler pour gagner leur vie quand ils sont réformés et rendus à la vie civile. (Très bien! très bien! à l'extrême gauche). Presque toujours le gouvernement promet, mais jusqu'à présent, il n'a pas tenu ses promesses. Mais par suite de l'application de la loi de 3 ans, précisément parce qu'il n'y avait pas assez de casernes pour loger tous les hommes à incorporer et parce que, libérant une classe d'hommes exercés pour prendre une classe de jeunes recrues qu'il fait instruire vite et, par conséquent, surmener, il en est résulté cet hiver, un surpeuplement dans les casernes insuffisantes pour contenir tant de monde et un surmenage [...] De terribles épidémies ont sévi qui ont singulièrement augmenté la morbidité et la mortalité militaires, nous avons eu à supporter près de 40 000 malades dans les hôpitaux militaires et à déplorer près de 1 000 décès.

De ce fait, l'État est responsable au même titre que l'individu et il doit des dommages intérêts aux familles qui ont perdu des leurs dans les régiments où ils ont contracté la maladie et la mort.

Je pense messieurs que la Commission parlementaire d'hygiène qui se livre à une enquête sur les causes de morbidité dans les casernes viendra corroborer ce que nous savons déjà et proposer des sanctions [...] ¹⁸⁶ ».

¹⁸⁴ Les membres sont désignés par les « groupes parlementaires » et régulièrement reconduits d'une législature à l'autre. Cf. « Le travail en commission » : <http://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/1914-1918/les-debats-de-la-chambre/le-travail-en-commission>.

¹⁸⁵ JORF du 14 mars 1912, *Débats parlementaires. Chambre des députés*, Compte-rendu *in-extenso* de la 72^e séance du 13 mars p. 16.

¹⁸⁶ *Ibid.*. Les passages soulignés sont de mon fait.

Repoussé par le gouvernement qui attend les conclusions de l'enquête en cours, l'amendement fait l'objet d'une demande de scrutin et le verdict de la Chambre est sans appel : 500 voix pour, 30 voix contre. Plus que le vote des crédits eux-mêmes, c'est le fondement juridique de la démarche qui concentre les enjeux. Ghesquière ne manque pas de le souligner en précisant bien qu'il s'est « *basé pour rédiger cet amendement sur les articles 1382 et 1384 du code civil qui s'appliquent aussi [...] à l'État* ¹⁸⁷ ». Comme Mirman sept ans plus tôt, Ghesquière cherche à rendre le *statu quo* plus couteux que la réforme, mais cette fois, la Chambre valide et reconnaît implicitement que la responsabilité de l'État peut être engagée. Enfin, la concomitance des enjeux et des problématiques « prévention » et « réparation » se donne aussi à voir dans le choix du rapporteur : c'est Henri Doizy, tout nouveau président socialiste de la Commission d'hygiène publique, en charge d'une sous-commission d'enquête sanitaire dans les garnisons du Sud-est (13^e et 14^e corps d'armée), qui rapporte pour la commission d'assurance et de prévoyance.

Le rapport fait bien davantage qu'émettre un avis et est un modèle du genre. Au fil des 35 pages se déploie d'abord un réquisitoire argumenté et nuancé qui reprend et synthétise l'ensemble des verdicts négatifs sur lesquels s'est construit le socle épistémique du projet réformateur. Élaborée pour une armée de métier et « *rapiécée pour être adaptée aux conditions modernes* » la législation en vigueur en France est « *extrêmement touffue* » et elle répond à une seule et même « *source de préjudice* » par « *trois modes différents et non comparables de réparation* » qui ont toutefois en commun de ne tenir aucun compte de la profession de la victime ce qui doit être considéré comme un non-sens dans une armée de conscription :

« Nous avons fait remarquer combien notre législation était composite et bigarrée en matière de réparation des dommages corporels subis par les militaires [...]. Toutes les anomalies qui apparaissent aujourd'hui dans ce régime s'expliquent - ou peu s'en faut - quand on songe à l'armée spéciale pour laquelle il avait été établi. Le cas général de 1831 - et de longues années encore après cette date - c'était le soldat de métier, le vieux soldat chevronné ayant rompu tout lien avec la vie civile [...] Disons donc nettement que le législateur était dans le vrai en proportionnant le taux des pensions d'invalidité au grade et aucunement à la profession civile de la victime. Mais disons non moins nettement que la seule solution équitable du problème ne peut être trouvée aujourd'hui qu'en renversant les termes de la proposition et en disant que "la pension d'invalidité ne doit tenir compte que de la profession civile de la victime et aucunement, ou très peu, de son grade. En effet aujourd'hui notre armée est composée presque entièrement de jeunes gens qui avant leur service, avaient un métier, un gagne-pain et qui, sitôt leur service effectué, vont le reprendre. Ces trois ans représentent simplement pour eux une interruption souvent fort préjudiciable de leurs occupations habituelles. Si donc, du fait du service, il leur survient une infirmité quelconque, c'est par comparaison avec leur

¹⁸⁷ *Ibid.*

situation civile, et uniquement ainsi, que l'on doit mesurer avec exactitude le préjudice et le réparer équitablement. Ceci semble incontestable, il suffit de le formuler¹⁸⁸ ».

Pour la commission, c'est la généralisation de la conscription qui, en premier lieu rend obsolète le dispositif en vigueur. Écrit au moment où débute les enquêtes de la commission d'hygiène sur la crise épidémique de l'hiver 1913, le rapport laisse entrevoir, entre les lignes, que la logique qui pousse à la réforme n'est pas uniquement celle de la justice sociale, de la défense des classes populaires, des ouvriers, paysans et travailleurs manuels. La genèse de ce nouveau consensus social et politique sur la question de la réparation des dommages corporels dont sont victimes les conscrits a aussi à voir avec l'idée – entretenue, à tort ou à raison, par une part des élites administratives et politiques - que la loi de 1905 (et dans une moindre mesure celle de 1913), parce qu'elle achève de généraliser les obligations militaires à l'ensemble des groupes sociaux, étend le risque infirmité aux enfants des bourgeoisies économique et capacitaire qui jusqu'alors échappaient en nombre à la menace des déclassements sociaux que peuvent induire les infirmités contractées à la caserne. Si la réforme du dispositif issu de la loi de 1831 devient un problème public dans les années 1900 c'est d'une part parce que l'infirmité militaire acquiert une surface sociale plus importante et d'autre part parce que la généralisation de la conscription transforme la sociologie des victimes potentielles. Autant de raisons qui justifie d'une transformation des fondements cognitifs de la classification des infirmités :

« La première recherche condamne irrémédiablement le système rigide de classification tel qu'il est établi par la décision de 1887. Il est évident que la perte de la main gauche n'entraîne pas pour l'employé de bureau ou l'homme de lettres la même incapacité de travail que pour le travailleur manuel : ouvrier terrassier ou autre. C'est en même temps la condamnation des sauts brusques d'incapacités fonctionnelles tels qu'ils sont déterminés par les décrets sur les gratifications de réforme. Il faut admettre que toutes les incapacités peuvent se produire de 0 à 100% et non pas seulement des incapacités de 10, 20, 30% sans gradation intermédiaire. La réparation doit être également basée sur la diminution de salaire éprouvée, déterminée d'après l'incapacité de travail ainsi établie. En cela on doit tenir compte non seulement du genre de profession auquel se livre l'accidenté mais encore de sa valeur professionnelle dans l'exercice de sa profession. Un bon ouvrier subit comparativement, à invalidité égale, une perte plus forte qu'un ouvrier médiocre¹⁸⁹ ».

Il ne s'agit pas seulement de mieux différencier, processus déjà entamé sous le régime de la loi de 1831, mais - comme dans le projet Mirman - de fonder la différenciation sur le statut et de la position dans l'ordre productif - et non plus l'ordre militaire – et d'en faire le maître-étalon de la réparation des dommages corporels. Deuxième point commun, et

¹⁸⁸ *JORF, Documents Parlementaires. Chambre des députés*, neuvième législature, session de 1914. Annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 31 mars 1914, n° 3847, p.1804-1808.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

non des moindres, le rapport souligne la nécessité d'étendre le droit aux victimes d'incapacité temporaire :

« [...] D'autre part nous l'avons vu, notre réglementation ne prévoit rien pour les incapacités de travail purement temporaires que peut subir le militaire accidenté. Il n'a d'autre espoir [...] que d'obtenir un secours. Ne serait-il pas humain de lui ouvrir un droit certain à une indemnité, au lieu de le laisser en posture de suppliant, avoir recours à la charité de l'État pour un dédommagement qui lui est dû ¹⁹⁰ ».

Prenant soin de ne pas mettre en cause l'impartialité de l'armée et de ses médecins, la commission propose aussi de rendre la procédure contradictoire :

« Et puis, ne faudrait-il pas donner à la victime des garanties qu'elle n'a l'heure actuelle, qu'en apparence. Dans un débat où le militaire est demandeur, et l'État défendeur, pourquoi laisser à celui-ci le soin de faire lui-même les enquêtes par l'intermédiaire de ses officiers, le soin de désigner les médecins militaires. Pourquoi ne pas donner au demandeur, au militaire blessé [...] la faculté de produire aussi ses certificats, de désigner ses médecins. Pourquoi enfin laisser à l'administration seule le soin de la décision, sauf recours problématique au CE ? En un mot, pourquoi ne pas rendre le débat contradictoire ? ¹⁹¹ ».

La comparaison avec le modèle suisse (développée sur deux pleines pages) vient accréditer la démonstration, montrer que si la réforme est souhaitable elle est aussi possible ce qui, *in fine*, légitime la décision prise par la commission de reprendre :

« [...] les principes des propositions de Mirman du 6 mars 1905, de M. Ghesquière et 50 de ses collègues du 23 mars 1907, de M.M Ghesquière et Delory et 71 de leurs collègues du 16 mars 1911, c'est-à-dire d'appliquer, en la circonstance, la loi de 1898 ¹⁹² ».

Les 11 articles du projet de loi préparé par la commission reprennent 15 des 31 articles de la loi du 9 avril (modifiée par deux fois en 1902 et en 1905). Tous les accidents survenus durant les périodes de service ou d'instruction obligatoire « par le fait ou à l'occasion du service » donnent droit aux militaires et marins de tous grades qui en sont victimes ou à leurs ayants-droit à des indemnités à la charge de l'État et l'article 11 (le dernier) stipule que la loi est applicable « à l'Algérie et aux colonies ».

Le texte définit l'incapacité de travail comme un état postérieur à la libération et celle-ci ne donne droit à indemnité que si elle dure plus de 4 jours. Les ascendants ont droit aux rentes prévues s'ils étaient à la charge de la victime avant son incorporation. Le libre choix du médecin ne s'exerce que postérieurement à la libération. Le salaire, servant de base à la fixation des rentes, s'entend du produit annuel que, dans la profession, à laquelle il se prépare, les blessés auraient vraisemblablement retiré, de leur travail à l'âge

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Ibid.*

de trente ans, sans que ce salaire fictif puisse être fixé à une somme supérieure à 3 600 francs. Pour les hommes des réserves et de la territoriale le salaire de base est calculé en tenant compte des 12 mois précédant l'incorporation. Tous les accidents susceptibles d'entraîner la mort, une incapacité permanente ou temporaire assez longue pour n'être pas vraisemblablement terminée lors de la libération de la victime, doivent être déclarés dans les 48 heures par le chef de corps ou de détachement, au maire de la commune qui dresse un procès-verbal et délivre immédiatement un récépissé. Le PV dont la forme est réglée par décret, stipule les noms, qualité et adresse du chef de détachement, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms, les adresses des témoins. La déclaration d'accident peut être faite dans les mêmes conditions par la victime ou ses représentants jusqu'à un an après l'accident. Dans ce cas le certificat médical pourra être rédigé par un médecin choisi par la victime ou ses représentants. Si la victime est décédée, la déclaration peut être faite par l'un des ayants droit du défunt. Quant au salaire servant de base à la fixation des rentes, il est défini, sur le modèle de ce défendait Mirman, comme le produit annuel que, dans la profession à laquelle il se prépare, le blessé aurait vraisemblablement retiré à l'âge de trente ans sans que ce salaire fictif puisse être fixé à une somme supérieure à 3 600 francs. Pour les hommes des réserves et de la territoriale le salaire de base est calculé dans les conditions prévues par la loi de 1898.

Sur deux points au moins, le texte de la commission va plus loin que les propositions de Mirman, Ghesquière et Delory. Contrairement au premier, la proposition présentée par Doizy ne distingue pas le temps de paix d'un temps de guerre pendant lequel la loi ne serait pas appliquée. Ensuite, et c'est une première, le texte prévoit (art.7) la création d'un « crédit spécial » inscrit au budget du ministère de la guerre, qui verserait alors à la caisse nationale des retraites le capital constitutif des rentes et pensions. L'infirmité n'est toujours pas dissociée pleinement de la retraite mais l'innovation est importante puisque la Guerre serait dès lors comptable de sa gestion des effectifs dans tous les sens du terme et devrait financer sur ses fonds propres rentes et indemnités qui seraient ensuite payées par ladite caisse et non plus par le ministère.

Si le projet crée bien un droit forfaitaire à réparation et casse le monopole de la guerre en matière administration des blessés, la commission fait aussi d'importantes concessions (3) par rapport aux projets de 1911-1912.

Le texte reprend la ligne défendue en 1905 et limite la portée de la loi aux seuls accidents en excluant les maladies, manifestement le contre l'avis du rapporteur :

« [...] malgré le désir de certains membre de la commission, la loi ne concerne que les accidents et non les maladies. [...] Notre désir se justifiait par le vote récent de la Chambre d'une loi sur les maladies professionnelles [et parce qu'il] nous apparaissait

que la presque totalité des maladies survenues aux militaires et marins sont des maladies "professionnelles", dues aux dangers de la vie collective, à l'encombrement des casernes, à la non-observation des précautions hygiéniques les plus élémentaires [...] à la progression non physiologique de l'entraînement, etc. La commission n'a pas voulu nous suivre sur ce terrain certains de ses membres expliquant d'ailleurs leur refus par la difficulté de classer les maladies recevables et non recevables. [...] il est bien évident que la Commission n'a pas entendu priver les militaires des armées de terre et de mer des avantages que leur accordent les lois de 1831 pour infirmités contractées à la suite de maladies qui n'ont pas précisément le caractère d'un accident [...] »¹⁹³.

Sans doute dans le souci de désamorcer l'opposition de l'armée, elle présente un projet qui ne concerne pas les militaires de carrière permettant ainsi à la Guerre de conserver la main sur la gestion de ses personnels inaptes et sur leur reconversion. Enfin, la Commission se refuse à ouvrir un droit de fait aux ascendants après le décès d'un militaire « soutien de famille », elle a objecté écrit Doizy :

« qu'un jeune homme peut être soutien de famille parce qu'aidant ses parents à élever des frères et sœurs et qu'il serait créé alors une situation différente de celle qu'accorde la loi de 1898 aux ascendants. Elle a par contre accepté l'introduction dans le texte des mots: à la charge avant l'incorporation; sans cette addition, les ascendants auraient constamment été évincés du bénéfice de la loi »¹⁹⁴.

Enfin le texte en reprenant l'article 4 de la loi de 1898 sanctionne le refus de soin ou le refus d'une expertise par la suspension de l'indemnité et signale une nouvelle fois que l'extension du droit à pour corollaire l'intensification de la médicalisation.

Le projet prévoit donc un système mixte associant la loi de 1898 et les dispositions de la législation de 1831 et dissociant les civils sous l'uniforme des militaires de carrière. Les concessions sont importantes au regard des propositions formulées par Ghesquière et soutenue par la SFIO. Mais l'essentiel du programme de Mirman est repris : l'armée est dessaisie de l'administration des infirmités touchant les conscrits et elle est financièrement et juridiquement responsable des dommages qui les affectent. Le texte n'exclue pas d'ailleurs le recours au droit civil en cas de faute de grave d'un officier et le cas échéant, les indemnités viendraient s'ajouter à la pension¹⁹⁵.

Le rapport et la proposition de loi ne seront toutefois jamais examinés. Il est distribué avant les législatives d'avril-mai mais la discussion est renvoyée après. Partiellement renouvelée, la commission demande et obtient – comme le règlement de l'Assemblée l'y autorise – de pouvoir reprendre le rapport rédigé sous la précédente

¹⁹³ JORF, Annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 31 mars 1914, n° 3847, *op. cit.*, p.1804-1808.

¹⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁹⁵ *Ibid.*

législature. Il est donc à nouveau distribué le 12 juin 1914, alors que l'hypothèse d'une guerre contre l'Allemagne devient chaque jour un peu plus crédible, un peu plus probable. Mais là encore, aucune trace de la discussion avant que quelques semaines plus tard, la France n'entre en guerre (le 2 août) et que les parlementaires ne votent l'ajournement de la session de 1914 (le 4). Lorsqu'elle est close par décret le 3 septembre, le texte n'a pas été soumis au vote. Dès lors, seul le gouvernement peut convoquer le Parlement en séance extraordinaire avant la reprise de la session (ordinaire) en janvier 1915¹⁹⁶. Lorsque la question revient à la Chambre à l'automne 1915, c'est la commission des pensions civiles et militaires qui a pris la main et il n'est plus question d'une extension de la loi de 1898, ni même d'un droit à réparation (le terme ne figure pas les projets de loi ultérieurs) ; l'espace des possibles s'est refermé.

3 Au-delà du Parlement : points de véto et logique(s) des oppositions à la réforme

À l'évidence, la construction d'un rapport de force politique et le rythme du travail parlementaire ont favorisé l'inertie et joué contre la dynamique réformatrice. Portées par des entreprises politiques minoritaires dans l'arène parlementaire et notamment par une SFIO qui joue avec et contre les gouvernements radicaux, ces luttes avaient sans doute peu de chance de trouver un débouché politique à la Chambre, sans même parler du Sénat. Mais la lecture internaliste qu'on peut faire en ayant comme source les seuls comptes-rendus des débats reste pour le moins incomplète, elle restitue mal les enjeux et « points de véto »¹⁹⁷ qui rendent, sur ce sujet comme sur d'autres, le travail en commission particulièrement long. Si une large part des entrepreneurs politiques mobilisés sur cette question sont socialistes (indépendants ou « unifiés » de la SFIO) et qu'en 1907, comme en 1912, ce sont eux qui relancent le projet, plusieurs indices suggèrent une configuration plus complexe que celle d'une « cassure toujours plus nette entre les radicaux soutiens du gouvernement et les socialistes »¹⁹⁸. Sans les archives des commissions, difficile de rendre compte des clivages et rapports de force qui expliquent l'échec des projets de révision de la législation des pensions militaires entre 1900 et 1914, mais différents éléments invitent clairement à complexifier l'équation. Pour comprendre

¹⁹⁶ Voir Nicolas Rousselier, "Le Parlement français et la Première Guerre mondiale", *Parlement[s]. Revue d'histoire politique*, Paris, L'Harmattan, 2008, n°10, p.1607-1609.

¹⁹⁷ Les « points de veto » sont des obstacles que les réformes doivent franchir pour transformer l'ordre institutionnel. Ils peuvent se matérialiser sous forme de normes juridiques mais relèvent plus largement de l'incorporé, du déjà là, de ce qui se fait (peut se faire) ou non. Leur intensité et leur résistance est donc variable. Sur la notion et ses usages voir Lagroye Jacques, Offerlé Michel, *Sociologie l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 65-69.

¹⁹⁸ Voir Gilles Candar, *Histoire politique de la III^e République*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », p. 63.

les forces de blocage et d'inertie il est utile de regarder «d'où parlent» ceux qui sont habilités à le faire et dès lors deux points de veto apparaissent particulièrement saillants : d'abord les partisans d'une réforme de la loi de 1831 sont divisés et défendent des modèles d'intervention sociale concurrents (3.1), ensuite l'armée et la Guerre ont objectivement intérêts à s'opposer à une réforme qui les dépossède de leur monopole en matière d'administration des corps diminués et les rend comptable de leur gestion du capital humain (3.2).

3.1 Des modèles d'intervention sociale concurrents

La composition de la commission interministérielle instaurée en 1907 permet de se faire une idée plus précise des forces en présence. Sous la présidence de René Viviani, la commission réunie des politiques et des « experts » des ministères concernés. Les premiers sont représentés par le sénateur Richard Waddington (1838-1913) ainsi que les députés Eugène Étienne (1844-1921) et Adolphe Messimy (1869-1935)¹⁹⁹. Waddington, est un industriel calviniste de l'Eure et Loire, un « patron social » qui dirige la manufacture familiale de coton de Saint-Remy-sur-Avre²⁰⁰. Il siège longtemps dans les rangs de l'Union républicaine au Palais Bourbon (de 1876 à 1891) ou il rapporte notamment en faveur de la loi de 1892 sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels²⁰¹. Saint-Cyrien, capitaine à 25 ans Messimy quitte l'armée à 30 ans et s'engage en politique. Publiciste, il écrit sur les questions militaires dans *Le Temps*, *Le Matin*, *Le Radical* ou encore dans le *Lyon-Républicain* et publie de nombreuses «études documentaires» dans *La Revue politique et parlementaire*. Le député radical-socialiste (du 11 mai 1902 au 31 mai 1914) de la Seine est aussi un féru d'alpinisme et il est membre du Comité alpin français, haut lieu de sociabilité de la bourgeoisie réformatrice. Député d'Oran depuis 1881 (jusqu'en 1919 où il devient sénateur), Etienne est un "républicain de gauche" et un habitué des arcanes du pouvoir exécutif : sous-secrétaire d'État aux colonies de mars 1889 à février 1892²⁰², ministre de l'Intérieur de Rouvière de janvier 1904 à novembre 1905, il est surtout, ministre de la Guerre du 12 novembre 1905 au 25 octobre 1906, c'est donc sous son ministère que les gratifications ont été échelonnées pour répondre aux mobilisations des parlementaires²⁰³.

¹⁹⁹ Voir (en ligne) : [http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/%28num_dept%29/5219]

²⁰⁰ C'est le frère de William Henry Waddington (1826-19), Président du Conseil en 1879. Il accède au Sénat en 1891.

²⁰¹ Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat, sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, JORF, Chambre des Députés, Documents parlementaires, 5e législature, session 1890, n° 649.

²⁰² En pleine conquête du «Soudan français», moment où s'impose le « parti colonial » dont il est le leader.

²⁰³ Il le sera à nouveau du 21 janvier 1913 au 9 décembre 1913 et sera le ministre du retour à la loi de 3 ans.

Les autres membres appartiennent au conseil d'État et/ou à des directions ministérielles. George Paulet (1859-1935)²⁰⁴, membre du comité permanent des accidents du travail et des assurances sociales et de la Société d'études législatives, siège pour le ministère du travail. Depuis 1900 qu'il est la tête de la direction des assurances et de la prévoyance sociale, c'est lui qui est chargé de la diffusion et de la mise en œuvre de la loi du 9 avril 1898²⁰⁵. À ses côtés on trouve Théodore Tissier, éphémère directeur du contentieux et de la Justice militaire (mars-novembre 1907), maire de Bagneux de 1899 à 1935 et proche conseiller de Briand dont il est plusieurs fois chef de cabinet. Ce grand commis de la République issu de la bourgeoisie conservatrice catholique est l'une des voix au sein de la commission, sinon la voix, du Conseil d'État où il a fait toute sa carrière (il devient président de section en 1918)²⁰⁶. Conseiller d'État également, l'économiste libéral Albert Delatour (1858-1938), membre de la Société d'économie politique, est directeur général de la caisse des dépôts et consignations depuis 1900 (poste qu'il occupe pendant vingt cinq ans), c'est la voix de la raison budgétaire²⁰⁷. L'avocat Gaston Rossy (1872-1958)²⁰⁸, commissaire contrôleur des sociétés d'assurance contre les accidents du travail au ministère du Travail (1902-1913), remplit le rôle de secrétaire. Quant au ministère de la guerre, il est représenté par le général de division Michel About (1849-1924). Polytechnicien, inspecteur permanent des fabriques d'artillerie et membre du comité technique de cette même arme²⁰⁹. En résumé, il est le patron des usines de guerre, et l'homme est un pionnier de l'organisation scientifique du travail, un "organisateur"²¹⁰ qui correspond dans les années 1900 avec Frederick Taylor (1856-1915)²¹¹. Enfin, Charles

²⁰⁴ Voir "Georges Edmond Paulet" dans Roland Drago & al., Dictionnaire biographique des membres du Conseil d'État, *op. cit.*... Voir aussi la notice nécrologique que lui consacre le Journal de la société de statistique de Paris, vol. 77, 1936, p. 110.

²⁰⁵ Il est nommé Conseiller d'État en service extraordinaire en 1907.

²⁰⁶ Voir Roland Drago & al., *Dictionnaire biographique des membres du Conseil d'État, op. cit.*, p. 614. Voir aussi les lignes intéressantes que lui consacre la fille de son successeur à la Direction des Cultes, le calviniste Louis Méjan : Lucie-Violette Méjan, *La séparation des Églises et l'État: l'œuvre de Louis Méjan, dernier directeur de l'administration autonome des cultes*, Paris, Puf, 1959, p. 272.

²⁰⁷ Il publie deux ouvrages pour lesquels il sera récompensé: Adam Smith, sa vie, ses travaux, ses doctrines, paru 1885 et L'incidence de l'impôt en 1887. En 1891, il est élu successivement membre de la Société de Statistique et membre de l'Institut International de Statistique. Il est alors chef adjoint du cabinet du ministre des Finances et professeur d'économie politique à l'École supérieure de commerce de Paris.

²⁰⁸ Avocat à la Cour d'Appel de 1895 à 1900, attaché au Parquet du Procureur Général de 1900 à 1902. Il sera chargé du secrétariat du cabinet du ministre d'Etat Charles de Freycinet d'octobre 1915 à décembre 1916. Chef adjoint du cabinet du ministre du Travail Léon Bourgeois, de mars à novembre 1917, chef adjoint du cabinet du Président du Sénat Gaston Doumergue en janvier 1920. Cf. ses "états des services" dans son dossier Légion d'Honneur (pièce 4): Archives Nationales, Dossier n° 19800035/1393/60862. Voir aussi sa notice biographique sur le site de la cours des comptes : <https://www.ccomptes.fr/fr/biographies/rossy-gaston-eugene>.

²⁰⁹ Voir ses états des services dans son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/1/54.

²¹⁰ Voir Bernard Girard, Histoire des théories du management en France du début de la révolution industrielle au lendemain de la première guerre mondiale, Paris, L'Harmattan, 2015, 292. p.

²¹¹ Voir Patrick Fridenson, "Un tournant taylorien de la société française (1904-1918)", dans *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 42e année, N. 5, 1987. pp. 1050-1051.

Lyon-Caen (1843-1935), professeur à la Faculté de droit de Paris, membre, entre autre, du Conseil Supérieur du Travail est mandaté par le ministère éponyme. Les positions qu'il occupe dans l'institution universitaire et dans différents ministères, ses multiples affiliations, font de lui un incontournable de la réforme sociale leplaysienne dont les préférences en matière de protection sociale vont nettement à la prévoyance libre et aux assurances non obligatoires. Pas de socialiste dans les rangs de la commission donc, ni de figure du radicalisme, mais des hommes proches du pôle libéral de la réforme sociale, tous bons connaisseurs ou experts des questions sociales ouvrière (ou militaire) et une configuration qui, en résumé, oppose le jeune ministère du Travail (créé en 1906), creuset de la réforme sociale républicaine, aux Finances et à la Guerre.

L'avis rédigé par la Section Technique du Service de Santé en novembre 1912, rend l'hypothèse assez crédible. La conclusion du document est sans appel: le Comité Consultatif de Santé se prononce contre le projet de loi estimant qu'une révision et un complément de la législation des pensions et gratifications sont suffisants. Celle-ci, ajoute le comité, a « fait ses preuves » et « peut être maintenue avec avantage » :

«Il suffirait de remanier et compléter le décret du 31 mars 1906 sur les gratifications [...]. Il faudrait notamment combler les lacunes qui existent de 0 à 10 et de 30 à 60 dans l'échelle d'appréciation de l'incapacité de travail résultant des infirmités. [...] Si on veut à tout prix adopter la loi [...] il y a lieu d'en limiter les effets aux seuls accidents survenus par le fait ou à l'occasion du service. Quant aux maladies, elles doivent être exclues du projet de loi pour la raison péremptoire que la loi de 1898 n'a pas été faite pour elles et qu'elles ne peuvent entrer dans le cadre de cette loi. Le décret du 31 mars remanié et complété [...] peut suffire amplement à une juste indemnisation des infirmités ou maladies provenant des fatigues ou des dangers du service²¹².»

Pour les hommes de la STSS, l'extension aux militaires des modalités de la législation sur les accidents du travail est perçue et présentée comme une promesse d'inévitables augmentations de coûts pour le Trésor, notamment en cas de guerre:

«il faut s'attendre, en temps de guerre, alors que se produisent de véritables épidémies traumatiques auxquelles viendront s'ajouter les déchets encore plus nombreux occasionnés par les malades et qui porteront sur des centaines de mille hommes à des dépenses hors de toute prévision et qui pèseront sur les dépenses publiques d'un poids que l'on ne peut évaluer²¹³».

²¹² Val-de-Grâce, Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées, Archives de la direction du service de santé militaire, cartons A 265, Avis de la section technique du Service de Santé sur l'avant-projet de loi appliquant aux militaires et marins diverses dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, 2 p. Les quatre citations qui suivent sont extraites de ce document.

²¹³ *Ibidem*.

Augmentation des coûts que le principe même de l'indemnisation entretiendrait; en incitant les malades à faire valoir leur droit, elle produirait en quelque sorte des «pathologies de la revendication» :

«les militaires, instruits des avantages que peut éventuellement leur conférer une maladie et préoccupés avant tout de ménager l'avenir, exigeront, comme c'est leur droit une enquête pour toute maladie, même insignifiante contractée au cours du service. »

L'argumentaire mobilisé par les hommes de la STSS est très proche des développements de d'Édouard Brissaud sur la « Sinistrose », les « névroses de revendication » et prétentions pathologiques à la réparation qu'il pense déceler chez les victimes d'accidents (de chemin de fer d'abord, du travail ensuite). Comme ces catégories diagnostiques et théories étiologiques spécifiques aux assurés sociaux - dont l'usage permet de disqualifier les mobilisations en faveur de la reconnaissance et de l'indemnisation des séquelles psychiques au tournant du siècle -, la prise de position de la STSS s'inscrit dans un « paradigme du soupçon » qui alimente solidement le refus. Refus d'autant plus justifié du point de vue des rédacteurs de l'avis que l'industrie de l'armement (arsenaux, poudreries, etc.) avec ses milliers de travailleurs civils serait inévitablement concernée et que l'application de la loi ne manquerait pas de fournir des armes aux acteurs mobilisés pour la reconnaissance et l'indemnisation des maladies professionnelles :

«D'autre part [...] il est à prévoir que l'adoption de cette mesure pourra faire naître chez les ouvriers civils des établissements de la Guerre et par suite chez les ouvriers de l'industrie des revendications et donner un sérieux argument aux partisans de l'extension de ladite loi aux maladies professionnelles»²¹⁴.

Refus motivé enfin parce que l'application d'une telle loi impliquerait inévitablement une surcharge de travail nécessitant des augmentations de personnel. L'article VIII stipulant que les demandes de révisions seront réexaminées tous les trois ans par les commissions de réforme est critiqué en ce sens:

« Autant dire que celles-ci seront obligées de siéger en permanence et d'envoyer des délégués aux intéressés [...] Les chefs de corps, les officiers d'administration et les médecins auront un surcroît de travail qui peut absorber la majeure partie de leur temps et de leur activité [...] Les obligations des commissions de réforme et des médecins experts, ainsi accrues, entraîneront nécessairement une augmentation du personnel²¹⁵ ».

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵ *Ibid.*

La STSS joue, on le voit, la carte du « souci budgétaire » qui parle aux libéraux comme Delatour et à ceux qui brocardent le coût des pensions et multiplient les charges contre le budget exponentiel de l'État²¹⁶. Mais le renforcement des droits des conscrits n'augmenterait les coûts que pour le ministère des Finances puisque c'est lui qui paie les pensions et non la guerre qui, au contraire, en n'ayant plus de secours à délivrer verrait son budget allégé. En suivant la maxime de Foucault pour qui l'archive « *est la règle de ce qui peut être dit* », on peut penser que les motifs d'opposition au projet ne se réduisent pas à cette promesse d'augmentation des coûts qui sonne ici comme un registre d'argumentation sans doute efficace mais un peu simplificateur. Un faisceau présomptions laisse penser qu'en définitive, le projet est triplement problématique du point de vue l'armée et du ministère et qu'il l'est tout autant pour les entrepreneurs de réforme.

Au-delà de leurs affiliations partisans et institutionnelles, quatre membres de la commission interministérielle et non des moindres appartiennent aux réseaux du Musée Social. Paulet, Waddington, Delatour et Lyon-Caen siègent tous les quatre au Grand Conseil de cet institut de recherches leplaysien, véritable laboratoire de l'État providence²¹⁷ au sein duquel collaborent catholiques sociaux, socialistes et républicains conservateurs. Sous l'influence de cette nébuleuse réformatrice²¹⁸ dont le Musée Social est incontestablement un épicentre, ce sont le rôle et les tâches attribués à chacun, la division scientifique du travail d'assistance et les critères de scientificité sur lesquels elle repose qui se discutent dans l'intervalle 1889-1914. C'est en quelque sorte une redéfinition du socle épistémique de la « protection sociale » qui s'opère. Et sous la République Radicale, notamment à partir de 1905 (loi de séparation de l'Église et de l'État), les logiques de la réforme sociale changent. L'assistance républicaine ne passe plus par une intégration du secteur de la charité largement tenu par les réseaux catholiques, mais par une centralisation étatique qui, de fait, affaiblit l'Assistance. La transformation du régime d'administration des infirmités militaires, marquée du sceau de la logique assurancielle coïncide avec cette mutation de l'intervention sociale qui exacerbe les concurrences au sein de ce diptyque contradictoire que constituent l'Assistance et l'Assurance.

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le projet Mirman et ses reformulations successives. Or de ce point de vue, le député socialiste (indépendant) de la

²¹⁶ Notamment Paul-Hubert Valleroux, membre des réseaux de juristes Leplaysien de la Faculté de droit de Paris (de l'équipe dirigeante de la Société d'économie sociale). Promoteur de la théorie de « l'impôt du sang », opposé à la loi de 1898 et au ROP, il brocarde dans un texte à la résonance étrangement contemporaine : « La marée montante des pensions de l'État », *La réforme Sociale*, juillet-décembre 1914, p.529-546.

²¹⁷ Janet Horne, *Le Musée social: aux origines de l'État providence*, Paris, Belin, 2004, 383 p.

²¹⁸ Christian Topalov (dir.), *Laboratoire du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, éd. Ehes, 1999, 574 p.

Marne tient à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales une position iconoclaste. Il défend une approche «maximaliste» à l'égard du « droit à la vie » et refuse la logique républicaine (libérale ?) de segmentation (par populations cibles) de l'assistance publique obligatoire²¹⁹. Il s'oppose à la construction d'un système de protection sociale articulant assurance et assistance et plaide en faveur d'un système d'assistance globale qui, sur le modèle anglais, ne différencie pas les salariés des non-salariés²²⁰. Il est l'une des chevilles ouvrières des lois sociales élaborées sous la République radicale et notamment de la législation sur l'assistance aux vieillards, malades et incurables (votée le 14 juillet 1905). Minoritaire (même) chez les socialistes depuis la création du PSF (congrès de Tours de 1905) qui regroupe sous la direction de Jaurès les « ministériels » favorables aux lois d'assurances sociales, Mirman ne parvient pas à introduire dans la loi la notion de droit social qui transformerait de fait les « assistés » en ayants-droit. Mais ses positions originales correspondent bien à la reconfiguration des logiques de la réforme sociale qui s'opère alors que la loi de séparation de l'Église et de l'État (votée en décembre 1905) est en chantier. Fervent opposant au secteur privé (chrétien) de la bienfaisance publique qui conçoit l'assistance comme une libéralité et un devoir, il est nommé à la tête de la direction de l'Assistance publique à la place d'Henri Monod (1843-1911). La mise en retraite d'office de ce haut fonctionnaire issu d'une grande famille protestante qui occupait le poste depuis 1887 vise à désamorcer l'opposition de sa direction et du conseil supérieur de l'assistance publique aux projets de rationalisation et de laïcisation de l'intervention sociale. En rupture avec le consensus forgé lors des congrès de Paris (1900) et Bordeaux (1903), l'assistance républicaine ne passe plus par une intégration du secteur de la charité tenu par les réseaux religieux, mais par une centralisation étatique qui de fait, affaiblit l'assistance traditionnelle²²¹. Et « l'option » Mirman, connu pour son opposition au modèle bismarckien, constitue aussi une ressource pour le ministère de l'Intérieur qui voit d'un mauvais œil les projets de rattachement de « sa direction » de l'Assistance à la direction des assurances et de la prévoyance sociale du tout nouveau au ministère du Travail²²².

Si elle se présente comme un projet d'extension de la loi de 1898, la proposition de transformation du régime d'administration des infirmités militaires déposées par Mirman à la Chambre au printemps 1905 ne relève pas vraiment de la technique assurantielle. Le projet en mobilise le langage (« victimes », « préjudice », « dommages

²¹⁹ Voir François Ewald, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986, p. 329-330.

²²⁰ Voir Michel Dreyfus et al., *Se protéger, être protégé. op. cit.*, p. 31. Voir aussi Bruno Dumons et Gilles Pollet, *L'État et les retraites, op. cit.*, p. 228-229.

²²¹ Sur le rôle des congrès de Paris et Bordeaux voir Christian Topalov, « Langage de la réforme et déni du politique. Le débat entre assistance publique et bienfaisance privée, 1889-1903 ». *Genèses*, 23, 1996. « Histoire politique, histoire du politique II ». p. 30-52.

²²² Sur la réorientation engagée en 1905 et sur Mirman voir Colette Bec, *Assistance et République, op. cit.*

corporels » etc.), le principe le plus essentiel (la réparation), certaine technique (calcul du quantum des indemnités sur la base du salaire et judiciaire de la procédure) mais il se démarque de l'assurance sur un point essentiel : l'exigibilité du droit n'est pas fondé sur des versements obligatoires mais sur l'appartenance à la communauté nationale. C'est la citoyenneté qui fonde le droit. Autrement dit, c'est bien davantage une forme d'assistance globale que promeut le député de la Marne et que reprend à son compte la commission d'assurances et de prévoyance de la chambre. Le rapport Doizy le dit sans ambages en 1914 :

« Certes l'usage [de la loi de 1898] malgré les modifications ultérieures à révéler des imperfections d'une loi que vicia surtout l'existence des compagnies d'assurance. Sur le terrain militaire nous n'auront point à redouter l'ingérence de ces compagnie : l'État sera son propre assureur²²³ ».

Or pour les promoteurs des assurances sociales, ce sont les cotisations des ayants-droit qui engagent les bénéficiaires et les pouvoirs publics dans un jeu d'obligations réciproques et c'est parce qu'il y a cotisation que la procédure, qui suppose toujours un contrôle administratif, peut être contradictoire.

L'opposition entre les fractions les plus conservatrices de l'administration et de la Chambre et les réformateurs se double donc d'une lutte qui oppose les réformateurs entre eux parce qu'ils promeuvent des modèles de protection sociale différents : d'un côté les socialistes réformistes du parlement et de la haute administration (Mirman, Ghesquière, Doizy) favorable à une forme d'assurance d'État dont la dimension globale renvoie directement au modèle que Mirman défendaient pour l'Assistance, et, de l'autre, les "libéraux sociaux" (Lyon-Caen, Paulet) implantés au sein du ministère du Travail et de la haute administration qui voient dans l'extension de la loi de 1898 une forme déguisée d'assistance et les « jurésiens » pour lesquels l'assistance parce est un fait du Prince (État et collectivités locales) qui peut toujours changer d'avis. Les deux positions se rejoignent dans l'idée que l'assurance responsabilise, qu'elle garantit théoriquement l'automatisme de l'indemnisation et qu'elle est aussi moins coûteuse pour l'État du fait de la contribution de l'assuré ou du patron (loi de 1898). C'est pourquoi elle est préférée à l'assistance qu'on cherche (contrairement à Mirman) à contenir en la ciblant sur des populations circonscrites. Enfin, autre point de clivage, la loi de 1898 et la théorie du risque professionnel (le patron est responsable de la sécurité de son personnel) ne vont pas jusqu'au bout de leur logique, puisque la réparation est forfaitaire (et non intégrale)²²⁴. On partage ainsi le coût du risque entre l'ouvrier et le patron, alors que

²²³ JORF, Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 31 mars 1914, n° 3847, op. cit., p.1804-1808.

²²⁴ Ce qui explique qu'aujourd'hui, l'accidenté de la route est mieux indemnisé que l'accidenté ou le malade du travail.

celui-ci est théoriquement responsable. C'est un argument de Crétin : la loi des pensions propose, elle, une réparation intégrale.

En résumé, l'antichambre de la Chambre (surnom du Musée Social) s'oppose aux députés réformistes. Si l'on y est de moins en moins rétif à l'intervention de l'État, la polarisation des clivages autour de la question des modalités de cet interventionnisme est caractéristique de la période 1905-1914²²⁵.

Les projets d'extension de la loi sur les accidents de travail font donc l'objet de luttes opposant, à ces interpénétrations des champs bureaucratique (haute administration) et politique (au Parlement), les réseaux concurrents de la réforme sociale entre eux. Mais les soutiens de la ligne "Mirman-Doizy" se heurtent aussi à des agents qui ont partie liée à l'institué et entendent défendre leurs positions et leurs projets. Ce qui explique, au moins en partie, l'opposition de l'armée à l'extension de la loi sur les accidents du travail aux militaires, c'est qu'il existe des propositions concurrentes - la mutualité militaire - et un modèle alternatif déjà opératoire : celui des établissements de l'artillerie, autrement dit des usines de guerre (présenté en détail au chapitre 6). Un modèle auquel l'avis de la STSS fait directement référence.

Celui ouvre un droit à pension pour tous les blessés et malades dans l'incapacité de travailler, sans présomption d'origine mais permet aussi de maintenir les ouvriers militaires hors du périmètre d'application de la loi de 1898 qui ne sera jamais appliquée dans les usines d'armement avant la guerre. Dans sa logique et sa conception, il est proche des fondements solidaires qui sous-tendent le système français d'assurance maladie, institutionnalisé par la loi du 1^{er} avril 1898. Libérées de la tutelle que lui avait imposé Napoléon III (en 1852) par la « charte de la Mutualité » qui lui ouvre de nouveaux champs d'intervention dans la santé et l'autorise à s'organiser nationalement²²⁶, le mutualisme constitue au tournant du siècle le premier pilier du système français d'assurance maladie et contribue activement à la médicalisation de la société. Le mouvement compte en 1914 dix fois plus d'adhérents que les syndicats et constitue un groupe de pression très puissant. Mais la prise en charge des accidents du travail échappe aux mutuelles et revient aux assurances privées qui ont largement œuvré à l'adoption de la loi. L'État républicain a donc institué un système mixte associant les mécanismes de la solidarité et ceux du marché, les premiers prenant en charge les maladies - plus difficiles à objectiver et dont les évolutions, plus complexes à anticiper, permettent mal de prévoir les coûts de la prise en charge -, quand les accidents dont les effets sont moins incertains

²²⁵ Janet Horne, *Le Musée social: aux origines de l'État providence*, *op.cit.*, p.220.

²²⁶ Ce qui interviendra quatre ans plus tard avec la création de la Fédération Nationale de la mutualité Française.

reviennent au secteur privé²²⁷. À la direction de l'artillerie véritable bastion des ingénieurs militaires où l'on s'intéresse de près aux questions d'organisation scientifique du travail, et dans l'armée en général, c'est la prévoyance collective obligatoire qui prévaut et les compagnies d'assurances privées n'ont pas réussi à s'ouvrir un marché militaire.

Le Général Abaut, représentant de l'armée à la commission interministérielle, est-il favorable au développement du mutualisme militaire ? Impossible de l'affirmer sans les archives, mais l'hypothèse est d'autant plus crédible qu'au moment même où les socialistes indépendants réclament l'extension de la loi de 1898 aux militaires, le ministère s'engage dans une campagne de promotion de la mutualité qui institutionnalise les relations entre les officiers républicains et réformateurs et le mouvement mutualiste. Le 3 novembre 1903, le général André charge Joseph Barberet (1837-1920), directeur de la mutualité au ministère de l'intérieur, d'une série de conférences dans les écoles d'officiers et quinze jours plus tard, il invite les commandants à encourager et soutenir la propagation des « *idées fécondes de solidarité et de mutualité*²²⁸ ». Mais il ne faut pas s'y tromper, l'impulsion ne vient pas du ministère mais des militaires eux-mêmes. Depuis les années 1890, les initiatives mutualistes ou philanthropiques se multiplient à l'image de « l'Union centrale des officiers de terre et de mer » créée par le général Philibert en 1899, de la société de secours mutuels des officiers d'administration « La Vincennoise » ou de « La Saint-Maixentaise ». Et les officiers ne sont pas la seule population cible. « La Caisse du gendarme » fondée par le gendarme Paoli, la « Solidarité militaire » comme « La société des vétérans des armées de terre et de mer » ou encore « La Prévoyance mutuelles » - toutes fondées entre 1889 et 1903 - s'adressent à tous, hommes de troupes compris.

En 1904, le ministre (André) obtient la mise en place d'une commission interministérielle de la mutualité militaire²²⁹. La présidence est confiée à Barberet et trois membres du Conseil Supérieur de la Mutualité l'assistent : Jean-Cyrille Cavé (1833-1909)²³⁰, Mirail²³¹ et l'incontournable Léopold Mabileau (1853-1941)²³². Le ministère de la Guerre est représenté par le général Louis François Villien (1843-1906-), commandant de

²²⁷ Sur ces questions voir Bernard Gibaud, *Mutualité, assurances (1850-1914) : les enjeux*, Paris, Economica, 1998.

²²⁸ Circulaire ministérielle du 3 novembre 1903 citée dans Gaston Chabbert, *Notes sur la mutualité dans l'armée*, Paris, Henri Charles Lavauzelle, 1904.

²²⁹ Arrêté ministériel du 9 mars 1904. *Ibid.*

²³⁰ Juge au tribunal de commerce de Paris et fervent propagandiste de la mutualité scolaire.

²³¹ L'orthographe est incertain, le *Journal du Loiret* dans son édition du 12 mars 1904 (p.2-3) écrit « Mironel », je n'ai trouvé ni l'un ni l'autre.

²³² Personnalité centrale de la « nébuleuse réformatrice », Mabileau est le secrétaire du comte de Chambrun, fondateur du Musée Social et prend sa suite à la direction. Il est titulaire de la chaire d'Assurances et prévoyance sociale au CNAM depuis 1901 et président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française et, à sa création en 1905, président de la Fédération internationale de la Mutualité.

l'école polytechnique²³³, le contrôleur général de l'administration de l'armée et sous-directeur du Contrôle (*i.e* du budget) Eugène Mauclet (1857-1933)²³⁴ et le commandant Claude Lejailles (1857-1924)²³⁵, officier d'ordonnance à l'état-major particulier du ministre. Le sous-chef du bureau de la correspondance générale au ministère, Gaston Chabbert (1860-1909) en assure le secrétariat²³⁶. On sait peu de choses de son programme de travail et de ses réalisations au-delà de la première séance lors de laquelle elle arrête les statuts des mutualités régimentaires et leur fixe pour but premier : la constitution de rentes destinées à « la constitution des pensions de retraites ». Plus qu'une création, il s'agit de généraliser, de structurer, de mettre en ordre - bref, de reprendre le contrôle - du mouvement. Les sociétés militaires mutualistes devront donc être au nombre d'une par unité, soit 503 pour l'armée métropolitaine et 40 pour l'armée coloniale, pour atteindre « 543 mutualités pour l'armée de terre ». C'est une reprise, légèrement modifiée du projet Allègre qui prévoyait un système de prévoyance libre²³⁷.

Mais il y a plus. Le système envisagé ne se limite pas aux « mutualités » ciblant les professionnels (que Barberet propose d'orienter vers l'assurance décès). La commission pense les mutuelles régimentaires comme une partie d'un système mutualiste global. La mutualité militaire prendra le relais de la mutualité scolaire afin d'assurer le passage du « mutualiste adolescent » dans les « sociétés d'adultes » ou de faire entrer dans la mutualité ceux qui ne la pratiquent pas. Elle a donc une double vocation de relais et de promotion du mutualisme. Délégué du ministre de la guerre au congrès national de la mutualité de Nantes (1904) et à celui de la mutualité coloniale et des pays de protectorat à Alger et Tunis (1905) Chabbert qui est également rapporteur des commissions militaires de la mutualité dans l'armée est la véritable cheville ouvrière de la campagne (ce qui lui vaut d'obtenir la médaille d'honneur des sociétés de secours mutuels). C'est lui en effet qui se charge de propager le crédo coopérateur et outre la ses *Notes sur la mutualité dans l'armée* son activité de propagandiste passe par des conférences, comme celle qu'il livre à

²³³ Louis François Villien est polytechnicien (X1863), inspecteur des fabrications de l'Artillerie et membre du comité de technique de cette arme. Promu général sous le ministère André, il commande l'école polytechnique de 1902 à 1904. Cette même année, il l'un des 4 membres de la commission créée par André pour examiner les questions techniques du « bordereau » ; commission qui conclue à la mise hors de cause de Dreyfus.

²³⁴ Polytechnicien lui aussi (X1875), pour le détail de sa carrière voir son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/1795/78.

²³⁵ Voir son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/1568/27.

²³⁶ Pour la composition de la commission voir *Revue de la solidarité sociale*, Paris, n°9, mars 1905, p. 141. Pour les statuts voir « La mutualité militaire. Les statuts type » dans *La Mutualité Nouvelle*, 1^{er} avril 1905, p.618-619.

²³⁷ Voir « La Mutualité militaire » dans *Le Vétéran*. Bulletin de la Société nationale de retraites Les vétérans des armées de terre et de mer, 1870-1871, n°24, 17 juin 1906, p.9 et « La Mutualité dans l'armée », *Le Nord Mutualiste*, 10 juin 1907.

l'École militaire de l'artillerie en 1906²³⁸, année ou représente encore le ministère au congrès de la Mutualité de Nice²³⁹. La même année, le lieutenant et capitaine de gendarmerie Octave François Portier (1865- NR) et Paul Auguste Fabre (1866-1939) - un autre polytechnicien passé par l'artillerie (1889-1899) – publient un véritable manifeste en faveur de la mutualité dans l'armée²⁴⁰. On y conçoit là aussi l'activité militaire comme un vecteur de risque et si dans un premier temps c'est vers le « risque décès » que s'orientent les projets (ce qui confirme en creux l'importance de la question des ascendants et descendants) Portier et Fabre proposent, eux, de couvrir les risques « décès », « infirmité », « accident » au moyen d'une « légère retenue sur la solde » destinée à alimenter une « assurance-vie », « une assurance-infirmité », une « assurance accident » et un fond de « secours mutuel ». À les lire, il n'y a pas de confusion possible, il s'agit bien de faire la promotion d'un modèle de prévoyance sociale (obligatoire cette fois) destiné à compenser les lacunes du régime issu de la législation de 1831 voir à s'y substituer.

3.2 La structuration de l'expertise-médico légale civile menace l'expertise médico-militaire

Deux autres séries de raisons peuvent être avancées pour rendre compte des oppositions à la réforme. On a dit à plusieurs reprises que les projets de réforme visaient à briser le monopole de la guerre en matière d'administration de l'infirmité et à reconnaître la responsabilité de l'État. Mais il faut mesurer concrètement ce que cela signifie. Poser la question des formes de l'intervention sociale c'est aussi, et d'emblée, poser la question des techniques et modalités de l'évaluation des dommages et cela pose aux contemporains une série de problèmes inédits. Que s'agit-il précisément d'indemniser ? Comment définir ce qu'est dans ce cas le préjudice corporel ? Comment l'évaluer ? Comment l'indemniser ? Comment calculer le coût de l'atteinte corporelle, la valeur d'un corps ? Qui seront les agents socialement légitimes pour le faire ? Les projets de réformes ne laissent guère de doute à ce sujet. L'extension de la loi de 1898 implique que le juge se substitue au commandement et dans une procédure devenue civile, l'expertise médico-militaire se trouverait de fait exposée à la montée en puissance de la médecine légale civile et à l'entrée dans le jeu des médecins-experts des accidents du travail qui empiéteraient dès lors sur le domaine de juridiction des médecins militaires et de la STSS alors qu'à

²³⁸ Gaston Chabbert, La Mutualité dans l'armée. Conférence faite le 12 janvier 1906 à l'École Militaire d'Artillerie et du Génie, Bordeaux, Librairie de la Mutualité, 1906.

²³⁹ Pour les éléments biographiques sur Chabbert voir (en ligne) son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/464/32.

²⁴⁰ Octave François Portier, Paul Auguste Fabre, Application de la mutualité dans l'armée, Oran, Imprimerie papeterie central, 1906.

bien des égards, les pratiques et concepts de l'expertise civile sont moins stabilisés que l'expertise militaire.

Dans cet espace de pratiques bien spécifique qui s'est surtout construit à l'intersection des champs de la justice criminelle et de la psychiatrie asilaire²⁴¹, l'évaluation des effets physiques ou psychiques d'un accident de travail est loin d'être professionnalisée et la pratique ne relève pas « naturellement » de la médecine légale. Dans les années 1900, expertise médico-légale et médecine légale académique sont deux choses différentes. Ce n'est qu'après une période d'empirisme tout azimut dans l'expertise que la question de l'évaluation est constituée en enjeu dans les champs judiciaire et médical. Dès lors la question de la régulation des pratiques d'expertise au niveau national fait l'objet de l'investissement d'experts, notamment parisiens, intéressés à la médecine-légale universitaire. En travaillant à mieux différencier les diagnostics et en introduisant des outils de normalisation de l'évaluation (les premières tables d'incapacités, 1902-1913) ces médecins s'imposent comme les « agents intermédiaires » socialement légitimes (et indispensables) sur le marché florissant de l'expertise des « corps diminués ».

L'article 3 de la loi du 9 avril 1898 prévoit que les taux d'indemnisation sont basés sur la moitié du salaire de l'ouvrier blessé (à concurrence de 2 400 frs), en cas d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) et que celle-ci peut atteindre 66 % (2/3) en cas d'Incapacité Totale Permanente (ITP). La réparation intégrale (100%) n'est alors théoriquement possible qu'en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur, notion encore bien imprécise. Pour l'incapacité temporaire, l'indemnité journalière prévue est égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident²⁴². Une première remarque s'impose dès lors que l'on s'interroge sur les fondements de l'indemnisation, s'il s'agit bien de mesurer une diminution celle-ci n'est pas fonctionnelle :

« pour apprécier cette diminution, il y a deux points de comparaison : le salaire avant l'accident, le salaire éventuel après l'accident. Il ne s'agit donc pas de réparer tout préjudice corporel causé à l'individu, mais seulement celui ou ceux de ces préjudices susceptibles de diminuer l'aptitude au travail général »²⁴³

Ce sont les effets de la lésion sur la capacité de travail (et non sur le corps lui-même) qu'on tente alors de saisir. Ce que l'on cherche à évaluer c'est l'incapacité de subvenir à

²⁴¹ Voir sur ce point Frédéric Chauvaud, Laurence Dumoulin, *Experts et expertises judiciaires France, XIX^e et XX^e siècles*, Rennes, PUR, 2003. Plus récemment : L. Guignard, H. Guillemain, S. Tison, *Expériences de la folie, XIX^e-XX^e siècles*, Rennes, PUR, 2013.

²⁴² JORF, Lois et décrets, 10 avril 1898, Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, p 133-147.

²⁴³ Charles Vibert, *Les accidents du travail, études cliniques et médico-légales des affections internes produites par les accidents*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906, p.15.

ses besoins provoquée par une « perte de valeur professionnelle » chiffrable en termes de salaire. Cette logique, on l'a vu, a pénétré le monde de l'expertise militaire entre 1897 et 1906 avec la refonte du système des gratifications. Mais ceux qui en réclament l'extension au système des pensions, la généralisation, n'ont pas levés les difficultés d'application qu'ont bien perçues les opposants au projet : comment, par exemple, se prononcer sur la manière dont le corps est mobilisé au travail, le mesurer, l'objectiver alors que les travaux en physiologie du travail débutent à peine²⁴⁴. Mieux, le texte de la loi de 1898 indique bien trois critères de restrictions : imputabilité, gravité, curabilité/incurabilité (qui sont les mêmes que ceux de la loi des pensions de 1831) mais n'introduit aucun outils de mesure, aucun référentiel en matière d'évaluation de la diminution « fonctionnelle ». Si l'existence d'un « taux d'invalidité » exprimé en pourcentage sur une échelle graduée de 10 à 100% est aujourd'hui complètement naturalisée, ce type d'outillage intellectuel qui nécessite la construction de classes d'équivalence ne figure pas dans le texte de la loi. Contrairement au texte de 1831, celui de 1898 n'introduit ni échelle, ni tableau, ni barème destiné à normaliser l'évaluation des atteintes corporelles et/ou psychique en indiquant les effets « type » d'une lésion.

Cette absence est d'autant plus curieuse que les nombreux débats, projets de lois et rapports discutés au Parlement français pendant presque vingt ans avant l'adoption de la législation, témoignent de la réflexion des contemporains en la matière²⁴⁵. L'utilité, mieux, la nécessité de tableaux ou seraient prévus un certain nombre de cas est défendue au Sénat le 12 février 1890 par Aimée Blavier (1827-1896). Il affirme que *la plupart des accidents occasionnent des infirmités nettement définies, au moins neuf fois sur dix*²⁴⁶ » et conclue en précisant qu'un : « *règlement d'administration publique statuerait pour les cas les plus ordinaires*²⁴⁷ ». Le 5 juin 1893, le député Gustave Dron²⁴⁸ propose devant la Chambre un amendement à l'art 4 du projet de loi. Rejoignant les propositions de Jules Roche²⁴⁹, il déclare « *qu'il n'arriverait pas une fois sur vingt qu'une blessure entraîna des conséquences différentes que celles établies pour la moyenne [...]* ». Il conclue ainsi que « *l'ouvrier, au lieu*

²⁴⁴ Thomas Le Bianic, « Le Conservatoire des Arts et Métiers et la « machine humaine ». Genèse et développement des sciences du travail au CNAM de 1910 à 1990 », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2004, n°11, décembre 2004, p. 185-214.

²⁴⁵ Si l'Allemagne, la Suisse et l'Autriche ont déjà adoptée des lois en matière de réparation des accidents du travail, toutes les nations industrialisées s'en préoccupent. Cf. Ewald, op-cit, p 276.

²⁴⁶ JORF du 13 février 1890, Débats parlementaires. Sénat, compte rendu de la séance du 12 février 1890.

²⁴⁷ *Ibidem*.

²⁴⁸ Gustave Dron, reçu docteur à 25 ans après des études de médecine parisiennes, il installe son cabinet à Tourcoing dont il est originaire. Gendre de Lenoir, dirigeant du Parti Républicain, il est conseiller municipal puis maire de Tourcoing (jusqu'en 1919). Député du Nord du 06/10/1889 au 21/01/1914 il est sénateur du 01/01/1914 au 01/01/1930.

²⁴⁹ Ministre du commerce, de l'industrie et des colonies Jules Roche dépose un projet de loi relatif à l'indemnité des ouvriers victimes d'accident dans leur travail le 28 juin 1890, soit 10 ans après la première proposition de loi déposée par Martin Nadaud à la Chambre sur la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

de recevoir du tribunal ne somme variable selon les cas, recevra une somme forfaitaire selon la catégorie dans laquelle il aura été classé²⁵⁰ ».

Le Sénateur Bardoux²⁵¹ objecte cependant qu'« [...] une classification spéciale pour chaque profession serait interminable [...] » quant une classification générale constituerait une injustice criante puisque l'importance des atteintes varie d'une profession à l'autre. Tolain²⁵², sénateur abonde dans le sens de son collègue évoquant des industriels «[...] qui voudraient tout tarifer, tant pour un œil, tant pour une jambe [...] » afin d'éviter les procès. À la Chambre, les députés Ricard²⁵³ et Maruéjols²⁵⁴, défendent les mêmes positions. L'efficacité de la critique tient semble-t-il en ce qu'elle paraît viser juste. L'idée des tables n'est pas nouvelle en effet, dès le Congrès International des Accidents du Travail de 1889²⁵⁵, Hippolyte Marestaing (1830-1907) déplore cette lacune des législations allemande et autrichienne qu'il vient de présenter :

« Ne pouvaient-elles [ces lois] fixer rationnellement, à l'avance, le préjudice découlant de la perte d'une jambe, d'un bras, d'un pied, d'une main, d'un œil, d'un ou plusieurs doigts ? On ne voit pas pourquoi, ne serait-ce que pour ces cas (qui s'accusent tous sous une forme concrète et précise) les coefficients du préjudice ne seraient pas donnés par la loi ou par un règlement, toujours révisable, d'administration publique²⁵⁶ ».

Dans sa démonstration il indique un précédent dans le code français et évoque les lois sur les pensions des 11 et 18 avril 1831 dont la classification vient d'être révisée. Et le

²⁵⁰ JORF du 7 jui 1890. Débats parlementaires, Chambre des députés, 6 juin 1893, p 1597.

²⁵¹ Joseph Bardoux (1829 – 1897), fils d'un receveur des contributions directes, inscrit en 1856 au barreau de Clermont-il est identifié centre de gauche. Sous-secrétaire d'État à la justice (1875) puis Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-arts (1877-1879) il est élu sénateur inamovible de janvier 1882 à janvier 1897.

²⁵² Henri Louis Tolain (1828-1897) est ouvrier ciseleur. Député de la Seine de 1871 à 1876 puis Sénateur de 1876 à 1897. En 1890, H.L Tolain est l'un des cinq délégués choisis par le gouvernement français pour le représenter à la conférence réunie à Berlin sur l'initiative de l'empereur d'Allemagne afin d'étudier les questions relatives à l'organisation du travail. Il participe au meeting de Saint-Martin's Hall où fut fondée la première Internationale socialiste mais il le quitte et fonde une association rivale : « La Fédération ouvrière ».

²⁵³ Député de la Cote d'Or pendant 3 mandats, de 31/05/1891 à 31/05/1902. Après son échec de 1902 à la Chambre Henri, Charles, Louis Ricard est élu Sénateur du 01/01/1903 au 01/01/1910. Ce républicain radical, interne des hôpitaux, puis médecin à Beaune, travaille principalement sur les questions d'hygiène, d'agriculture et d'enseignement.

²⁵⁴ Émile Maruéjols (1837-1908) Après des études juridiques il est licencié en droit et devient publiciste. Lauréat de l'Académie française, il participe notamment au journal Le Temps. Il s'engage ensuite dans une carrière administrative et en 1889 devient vice-président du Conseil de préfecture de la Seine. Il est député de l'Aveyron du 22/09/1889 à sa mort le 22/01/1908. Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes (du 28 juin au 1er novembre 1898) il est ensuite Ministre des Travaux publics (7 juin 1902 - 24 janvier 1905). Il est nommé au Conseil supérieur du travail (date?).

²⁵⁵ Ces congrès deviennent dès 1891 Congrès des Accidents du Travail et des Assurances Sociales et de 1889 à 1914 ils constituent des lieux d'élaboration des politiques d'assurance sociales. En 1889, seul un médecin, représentant la Société de médecine pratique (médecine d'assurance ?) fait parti du comité d'organisation.

²⁵⁶ Hippolyte Marestaing, « Définition des accidents du travail dans divers pays. Caractère distinctifs de ces accidents et des incapacités qui en résultent » dans Ministère du commerce, de l'industrie et des colonies, Exposition universelle internationale de 1889, *Congrès international des accidents du travail*, tome 1^{er}, Rapports, Paris, Librairie Polytechnique, 1889, p. 129.

président fondateur de la société d'Assurance *La Préservatrice* est relayé par un industriel de Saint-Quentin, membre du comité d'organisation du Congrès, René Jourdain²⁵⁷. Celui-ci soutient une position similaire dans son rapport²⁵⁸ : au delà de tout soupçon de partialité dit-il, le procès c'est l'arbitraire du juge et aucune des parties (patrons, assureurs, ouvriers) n'y a, selon lui, intérêt.

Finalement, les deux chambres repoussent les projets visant à instaurer une base fixe d'appréciation des incapacités mais les cadres du débat concernant les modalités d'évaluation de l'incapacité professionnelles sont durablement posées (par la médecine d'assurance). Non seulement la loi de 1898 laisse au juge le soin de déterminer le degré de perte de validité professionnelle du blessé, mais elle ne fait figurer aucun référentiel indiquant des taux de diminution fonctionnelle ou professionnelle. Mieux, elle n'explicité même pas ce que recouvre la notion d'invalidité absolue. S'ouvre alors une ère de jurisprudence et d'empirisme à laquelle les institutions dominantes dans le secteur (pas encore un champ) de l'expertise médicale (la Société de médecine légale de Paris notamment), jusqu'alors absentes des débats, entendent mettre un terme.

« [...] la loi actuelle [9 avril 1898] laisse au juge le soin de déterminer le degré de la perte de la validité professionnelle du blessé. Aucune base, aucune indication ne lui est fournie, en laquelle il puisse trouver un point d'appui ».

Et George Brouardel de poursuivre :

« [...] on se trouve ainsi en présence de jugements qui peuvent être fort différents pour des accidents identiques : par exemple deux maçons qui auront l'un et l'autre perdu un bras à la suite d'un accident du travail se verront accorder : l'un telle indemnité dans telle ville, et l'autre, une indemnité beaucoup plus forte ou faible dans telle autre ville. Il y aurait beaucoup d'intérêts à établir une base qui permet d'obtenir, dans des conditions identiques, des jugements identiques ; cette base établie et acceptée, faciliterait l'entente entre les compagnies d'assistance [sic] et les ouvriers, et éviterait peut-être maint procès»²⁵⁹.

Cette citation a ceci d'intéressant qu'elle signe d'avantage qu'une prise de position individuelle dénonçant l'hétérogénéité des jugements et inégalités que la situation provoque. On l'a retrouvée en effet dans les différents ouvrages qui - comme celui dont

²⁵⁷ Ancien vice-président de la société industrielle de Saint-Quentin René Jourdain est Membre du comité de direction de l'Association de l'industrie française.

²⁵⁸ René Jourdain, « De l'intervention des tribunaux pour la fixation des indemnités en cas d'accidents du travail », *Congrès international des accidents du travail, op. cit.*, tome 2, p.2-14.

²⁵⁹ George Brouardel, « Accidents du travail ; de l'évaluation des infirmités permanentes », *Annales d'hygiène et de médecine légales*, série 3, n°47, Paris, Jean-Baptiste Baillière 1902.

elle est issue - participent de l'émergence, dans le sous-champ de l'édition médicale, d'un marché de niche autour de l'expertise des accidents du travail ²⁶⁰.

Il est intéressant de noter que la chronologie de cette injonction à l'harmonisation nationale des expertises (1902-1906) est concomitante du travail qu'effectue la Commission mixte médico-mutualiste ²⁶¹ pour parvenir à un accord sur la mise au point du tarif spécial des accidents du travail. L'adoption d'un tarif unique, à l'acte, est une revendication forte du monde des assurances et de la mutualité, mais elle heurte frontalement les principes libéraux défendus par les représentants des médecins. Devant les extensions successives de la loi de 1898 - qu'ils perçoivent comme une menace - les syndicats de médecins mènent un vif combat pour imposer le droit du patient au libre-choix de son médecin-traitant (et de son pharmacien). L'unification du tarif des accidents du travail (JO du 8 octobre 1905) est alors présentée par Paul Brouardel ²⁶² comme la contrepartie de l'acceptation par les assureurs et mutualistes du libre-choix (acté par la loi du 31 mars 1905).

L'harmonisation de la tarification et la normalisation des pratiques participent d'une demande sociale et institutionnelle forte à l'endroit de l'expertise médicale. Cette normalisation est alors perçue par les agents impliqués dans la mise en œuvre de la réparation des accidents du travail comme une condition de pérennisation du dispositif assurantiel lui-même. Réduire l'incertitude, réduire le risque de trop répétitives condamnations (à des indemnisations élevées) qui pourraient faire jurisprudence et

²⁶⁰ George Brouardel, *Les accidents de travail, guide du médecin expert*, coll. Actualités Médicales, J-B. Baillière & fils, Paris, 1903. Paul Brouardel, *Les blessures et les accidents du travail*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906. A. Duchauffour, *Les accidents du travail manuel de conciliation – Résumé de la jurisprudence et évaluation des invalidités d'après les accords intervenus entre les parties*, J-B. Baillière & fils, Paris, 2e édition, 1906. Ollive et Le Meignen, *Accidents du travail, médecine légale, jurisprudence*, Paris, 1904. Rohmer, *Évaluations des incapacités professionnelles*, Paris, ?, 1902. Thoinot, *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, Paris, 1904. Ch. Vibert, *Les accidents du travail, études cliniques et médico-légales des affections internes produites par les accidents*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906. Tout ou partie de ces travaux ont en général été préalablement publiés dans les Annales d'hygiène et de médecine légales.

²⁶¹ Instituée par décret du ministre du Commerce Dubief le 20 mai 1905, cette commission réunie les représentants des assurances et ceux des médecins, dont le doyen de la Faculté de médecine de Paris, G. Brouardel.

²⁶² C'est troisième Doyen de la Faculté de Médecine de Paris (titre le plus élevé en dignité à l'Université) issu des rangs de la médecine légale. Il est élu Professeur (de médecine légale) à seulement 42 ans contre le candidat (G. Bergeron) soutenu par le titulaire sortant Tardieu. Républicain convaincu c'est un homme de pouvoir (dans le champ médical mais aussi en dehors), proche des réseaux de Gambetta, un pasteurien convaincu et un infatigable promoteur de la médecine sociale (membre de la société de Médecine Publique et du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique). Il travaille par ailleurs en lien étroit avec le corps de santé militaire sur toutes les questions intéressant la prévention des épidémies (Cf. ses archives personnelles à BIU santé) Il est notamment membres de Commission d'épidémiologie militaire créée en 1904. Enfin, il est membre du Grand Conseil du Musée Social. Voir Bruno Bertherat, « L'élection à la chaire de médecine légale à Paris en 1879. » Acteurs, réseaux et enjeux dans le monde universitaire, *Revue historique*, 2007/4 n° 644, p. 823-856. Sur la dimension stratégique de la chaire de médecine légale voir Christophe Charles, *Les Élités de la République 1880-1900*, Paris, Fayard, p.234.

menacer les finances des compagnies d'assurances et des mutuelles, tel est le sens de cette volonté farouche d'éviter le contentieux. Mais il n'y a pas là grand chose de nouveau, les arguments étaient à peu près les mêmes dans les années 1890.

Ce qui change, c'est que la demande de normalisation est traduite en termes de professionnalisation de l'expertise. Présentée comme une ressource pour les juges, les assureurs et comme une garantie de justice pour les blessés elle constitue aussi une opportunité pour la médecine-légale universitaire d'étendre son domaine d'action légitime. Dans son cours à la Faculté de médecine de Paris, publié en 1906, le Doyen Brouardel fait sien le constat de Ch. Perier (au Congrès de Vienne de 1905) : « [...] *La compétence du médecin pour apprécier le taux de réduction de la capacité du travail est insuffisante. [...] j'ai eu moi-même comme expert, une véritable anxiété quand j'ai eu à taxer le taux de l'indemnité*²⁶³. Les guides de l'expert, de l'expertise et autres sommes en la matière (à propos desquels je ne sais que peu de choses, mais qui sont l'œuvre des agents dominants le champ) que j'évoquais plus avant ne relèvent pas uniquement de l'entreprise éditoriale. Ils participent d'une dynamique plus vaste et font à mon sens deux choses : ils légitiment et ils prescrivent. Ils légitiment d'abord l'intervention de leurs auteurs sur le terrain de l'expertise des lésions provoquées par les accidents du travail et ils prescrivent des manières de dire, de faire, de rédiger les certificats etc., brefs d'être expert.

Les modalités de nominations de ces experts près des tribunaux de première instance et des cours d'appel permettent de comprendre ce qui se joue. Ceux-ci sont désignés au début de chaque année judiciaire par les cours d'appel qui les désignent pour une année sur des listes fournies par les tribunaux de première instance. Seuls trois critères de restriction limitent l'accès à ces listes : nationalité (française), expérience (5 ans minimum) et localisation (l'expert doit demeurer dans l'arrondissement du Tribunal ou dans le ressort de la cour d'appel). Autrement dit, hors des villes où la médecine-légale dispose de chaires (hors de ses zones d'influence), le marché de l'expertise lui échappe complètement et nombre de médecins n'ayant pas de formation en médecine légale produisent de l'expertise. On comprend mieux dès lors comment les institutions parisiennes (société de médecines légale, Faculté de médecine de Paris, les revues comme les annales d'hygiènes publiques et de médecine légale...) mobilisent le registre de l'injustice et de l'incompétence face à un empirisme tout azimut qui soustrait assez largement l'expertise à leur contrôle (nous n'évoquons pas ici les luttes internes à la discipline). C'est en ce sens, me semble-t-il, qu'il faut comprendre la mise au point des premières tables d'incapacité. Outils de régulation de l'expertise, elles constituent également une ressource pour les promoteurs de la médecine légale (ici « l'école

²⁶³Voir Paul Brouardel, *Cours de médecine légale de la faculté de Paris*, J.-B. Baillière & fils, Paris, 1906, p. 11.

parisienne ») qui tentent de s'imposer sur le marché fleurissant de l'expertise en matière d'accident du travail.

Sous la direction de Paul Brouardel, le comité de rédaction des Annales d'hygiène et de médecine légale (dont sont membres, entre autres, G. Brouardel, Thoinot, Vibert) se retrouve sur les positions identifiées jadis comme celles des industriels et des assureurs. S'appuyant sur les statistiques et classifications qui fleurissent un peu partout en Europe, et sur les recueils de jurisprudence français (Le ministère du commerce, puis celui du Travail, en produisent un volume annuel de 1900 à 1939 et certains juges, comme Duchauffour, du Tribunal de la Seine, publient, leurs propres recueils) sur les études de droit comparées (présentées notamment lors des Congrès Internationaux) Brouardel, Thoinot, Vibert et leurs collègues reprennent les travaux de la médecine d'assurance étrangère (allemande, autrichienne et suisse) et élaborent une différenciation des évaluations par profession. Ils proposent ainsi ce qu'il conviendrait d'appeler une tarification différentielle des corps par classe de métiers. C'est le mémoire de Paul Brouardel, discuté en juin 1902 à la société de médecine légale de France (Paris) et adopté après une rapide discussion en juillet de la même année, (et légitimé par son oncle qui le reproduit dans son livre sur les AT de 1906) qui fait référence²⁶⁴. Il y propose une table d'incapacité qui se présente sur le modèle d'un schéma anatomo-physiologique d'évaluation de la lésion. C'est, sauf erreur de ma part, la première du genre en France.

Ces quelques éléments rassemblés, il convient de ne pas donner plus d'effcience à cette « offensive » de la médecine-légale sur l'expertise des blessés du travail qu'elle n'en eût en pratique. Si en 1905, l'institut de Médecine légale de la faculté de médecine de Paris ouvre ses portes, cela fait vingt ans (depuis un rapport de 1884 paru dans les AHML sur la réorganisation de la médecine légale) que Paul Brouardel le réclame. À cette date, seules trois chaires de médecine légales existent à l'Université : à Paris (1877), Lyon (1878)²⁶⁵ et Lille (1877-1915, supprimée puis recrée en 1925). D'autre part, il n'y a aucune étude sur la diffusion et la réception des tables d'incapacité sur cette courte période (1900-1914) et rien ne permet de prétendre au succès, avant la Grande Guerre, de l'entreprise de normalisation. Les évaluations

²⁶⁴ Paul Brouardel, *Les blessures et les accidents du travail*, op. cit..

²⁶⁵ Ancien titulaire chaire d'hygiène et de médecine légale du Val de Grâce (1874). Alexandre Lacassagne, médecin militaire, accepte de prendre la suite du titulaire décédé à condition que la Chaire lyonnaise soit dédoublée : la toxicologie est alors rattachée à la chimie organique. Il occupe la Chaire de médecine légale jusqu'en 1913, date de sa retraite. Sa carrière militaire se déroule en parallèle à la direction du Service des Maladies Infectieuses, de 1880 à 1890.

divergentes persistent et le législateur n'a annexé aucune table ni barème aux textes de loi régissant les questions d'accident du travail²⁶⁶.

Mais la dynamique est là et pour l'essentiel, elle se joue en dehors de l'armée dont elle menace le modèle d'expertise. Oberlé, qui semble bien connaître ces débats n'avait pas manqué de le souligner lorsqu'il s'opposait au projet Mirman²⁶⁷.

Les projets de Mirman, Ghesquière et de la commission présidée par Doizy ont donc en commun de porter une forme de démilitarisation de la procédure qui confierait le pouvoir de décision du commandement au juge et le contrôle des mécanismes de production du diagnostic et de l'expertise aux universitaires. En opposant médecine légale universitaire et expertise médico-militaire de manière aussi exclusive je durcis sans doute une frontière probablement plus poreuse que ma présentation ne le laisse paraître. La trajectoire du Lyonnais Lacassagne montre notamment l'intensité des liens entre ces deux espaces de l'expertise dont témoigne aussi l'existence de la chaire de médecine légale du Val-de-Grâce (Cf. chap1). Mais c'est justement parce qu'elle forme sa propre pratique experte que la médecine militaire à tant à redouter de l'entrée des médecins civils sur le marché de l'expertise de infirmités militaires. De ce point de vue, les projets d'extension de la loi 1898 aux militaires produisent une convergence objective d'intérêts entre le corps de santé et le commandement : tous deux ont de bonnes raisons de s'opposer à une réforme qui les déposséderait de leurs attributions respectives, de leur pouvoir en matière de gouvernement des corps.

²⁶⁶ Le premier Barème unique en matière d'évaluation des lésions résultant d'accident du travail est celui réalisé en 1925 par le Dr Mayet. Il ne sera annexé qu'au décret du 24 mai 1939 afférant aux accidents du travail. Cf. sur ce point Eve Gardien, « Construction sociale de l'évaluation du handicap dans le domaine juridique français » p 206, in CREDOC, *La compréhension social du handicap*, cahier de recherches 183, janvier 2003.

²⁶⁷ Dr. Oberlé, « Accidents du travail. Ouvriers et soldats », *op. cit...*

CHAPITRE 4

LA MISE EN SCANDALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (AOÛT-DÉCEMBRE)

Les trois premiers chapitres de ce travail ont fourni différents éléments d'analyse permettant de comprendre comment la santé des militaires et le droit à réparation sont devenus des problèmes publics se prêtant à des usages politiques multiples, parfois complémentaires, souvent concurrents. On a vu notamment comment dans les années 1890, et plus encore après la dernière loi de généralisation du recrutement (1905), la condition du conscrit - dans ses dimensions sanitaire, sociale et juridique - est devenue à la fois le principal enjeu des ambitions de réforme de l'armée et le premier point de véto sur lequel elles achoppent. La nébuleuse des réformateurs (hygiénistes, médecins, avocats, publicistes, parlementaires, hauts fonctionnaires, universitaires et "officiers pédagogues") qui travaille à la construction d'une politique de population militaire fondée en raison scientifique et juridique obtient certes des résultats sectoriels limités en matière d'hygiène et de protection sociale (et de justice¹), mais elle échoue à transformer les rapports de pouvoirs qui fondent l'économie disciplinaire sur laquelle fonctionne l'armée. Si la figure du « soldat-citoyen » est devenue dans les premières années du siècle, un enjeu de luttes, « *une source [...] de tensions entre l'Armée, les institutions républicaines, les combattants et les civils [...]* »², les théories de la citoyenneté les

¹ Emmanuel Saint-Fuscien, « Entre guerre et paix. La décennie décisive de la justice militaire française (1906-1916) », *art.cité.* p. 15-30.

² André Loez, *Si cette putain de guerre pouvait finir, histoire et sociologie des mutins de 1917*, Thèse de doctorat d'histoire, Université Montpellier III, dir. Frédéric Rousseau, 2009, p. 99.

plus élaborées demeurent nettement éloignées des représentations et des pratiques ordinaires des chefs militaires. Mathieu Marly en a fait la démonstration : à la veille de la guerre, le gouvernement des corps dans l'armée, ce qu'elle fait et non ce qu'elle prétend faire, s'oppose trait à trait au mythe du soldat-citoyen³. En août 1914, le troupier reste pour le commandement « [...] un matériau obéissant silencieux et consommable »⁴ et dès lors que la mobilisation générale est décrétée le 2 août, ce régime d'administration des hommes ne souffre plus discussion. La mise en place d'un régime d'exception limite de manière inédite les libertés publiques et confère à l'armée des pouvoirs de police et de justice tout aussi inédits sous la III^e République⁵. La suspension de la session parlementaire dans le cadre de l'Union sacrée et la mise en place d'un système de contrôle et de production national de l'information viennent clore 15 ans de débats et de mobilisations.

Dans cette configuration sociale et politique très spécifique, caractéristique du temps court de l'entrée en guerre, et alors que tout concourt, à première vue, à une dépolitisation des enjeux de santé, un discours critique stigmatisant les pratiques du corps de santé à l'endroit des blessés émerge. « Défaillances⁶ », « déroute⁷ », « effondrement⁸ », « désastre⁹ », les travaux qui ont analysé l'entrée en guerre du Service de Santé relatent tous (non sans quelques divergences d'appréciation quant aux responsabilités) la même histoire : celle d'une débâcle inaugurale suivie d'une difficile adaptation aux réalités du conflit. Défaite militaire, absence de liaison technique entre le Haut-Commandement et la 7^e direction au ministère de la Guerre, doctrines stratégiques et sanitaires inadaptées, allocations irrationnelles des moyens matériels et humains, l'analyse incisive de Vincent Viet synthétise de manière remarquable les explications, souvent partielles, parfois partiales, avancées jusqu'alors pour en rendre compte¹⁰. L'historiographie sur ce terrain a fait la part du feu et sans source nouvelle susceptible de faire émerger des pistes de recherche inexplorées, il n'y a pas, me semble-t-il, de gain heuristique envisageable de ce point de vue.

³ Mathieu Marly, *L'âme des régiments*. Thèse citée, p. 330-436.

⁴ François Cochet, *Survivre au Front. Les poilus entre consentement et contrainte*, Saint-Cloud, 14-18 éditions, 2005, p. 48.

⁵ Jean-Claude Farcy, *Histoire de la justice en France de 1789 à nos jours*, Paris, éditions La Découverte, Collection Repères, 2015.

⁶ Jean Pierre Fournier, *Évolution du service de santé militaire française pendant la guerre de 1914-1918*, *op. cit.*.

⁷ Vincent Viet, *La santé en guerre*, *op. cit.*, p. 53.

⁸ Sébastien Perrolat, *Le service de santé dans la tourmente de 1914-1918*, thèse citée.

⁹ Alain Larcen, Jean Jacques Ferrandis, *Le Service de Santé aux armées*, *op. cit.*.

¹⁰ Vincent Viet, *La santé en guerre*, *op. cit.*, notamment chapitre 3 « La déroute du Service de santé », p.63-85.

La situation est un peu différente en revanche dès lors qu'on cherche à comprendre comment cette mise en récit des faits s'est imposée pendant la première année de la guerre. La formation d'un sens commun, d'un récit réformateur débouchant sur l'éviction de la 7^e direction au profit du Sous-secrétariat d'État confié à Justin Godart n'a en effet rien d'une évidence. On a vu en introduction qu'il y avait sur ce point un consensus historiographique quant au rôle central joué dans cette destitution par les parlementaires qui cherchent à reprendre en main le gouvernement de la guerre via l'institution d'un contrôle aux armées. Si elle est indiscutable, cette grille d'analyse n'est pourtant pas complètement satisfaisante. J'ai indiqué au préalable qu'elle avait notamment pour défaut de naturaliser le « problème » des blessés et je me suis efforcé de montrer dans les chapitres précédents l'intensité des luttes et la diversité des acteurs et des enjeux au principe de la politisation des questions de santé militaire.

Prolongeant cette perspective, ce chapitre rappelle dans un premier temps que ceux qui travaillent à légitimer la guerre font de la « figure du blessé » un élément du dispositif de mobilisation patriotique (I). Il explique notamment comment cette instrumentalisation fait l'objet d'usages politiques concurrents qui - par le dévoilement qu'ils opèrent quant à la situation des blessés - font apparaître les pratiques du corps de santé et du commandement comme une insoutenable transgression normative au principe d'une véritable « mise en scandale » de l'institution SSM (II). À partir d'une étude de cas - l'analyse d'un échantillon de la correspondance reçue de Barrès - l'enquête s'attache alors à montrer comment la situation des blessés a pu être perçue, jugée, vécue et relatée sur le mode de l'inadmissible, de l'inacceptable, du « scandaleux » (III). En analysant le contenu des « mises en accusation » au regard de la position de leurs producteurs, on verra ce que cette « mise en scandale du SSM » doit au déplacement de la frontière entre monde civil et monde militaire produit par la mobilisation, autrement dit, au décloisonnement de l'institution militaire.

I L'armée et les blessés en 1914 : naissance d'un problème

Lorsque la France entre en guerre en août 1914, les « Jeunes Turcs » du 3^e bureau (Opérations militaires et instruction générale de l'Armée) de l'État-major Général de l'Armée (EM)¹¹ ont préparé une guerre d'infanterie fondée sur la doctrine de l'offensive à

¹¹ L'expression renvoie habituellement aux membres du parti nationaliste et révolutionnaire ottoman Comité Union et Progrès (CUP). Elle désigne ici, par analogie, un groupe de jeunes officiers brevetés, passés par l'École Supérieure de Guerre, qui « entoure » Joffre au GQG. En 1911, ils bénéficient de l'alliance avec l'État-major de l'armée lorsque Joffre, devenu généralissime entreprend de réorganiser l'armée. Peu au fait en matière de doctrine il délègue beaucoup à ceux qu'on appelle rapidement les « capitainissimes » et dont la figure de proue est le lieutenant-colonel de Grandmaison (Pellé et Bel incarnent également cette

outrance dont la logique s'est imposée à l'École Supérieure de Guerre à partir de 1906¹² : il s'agit pour l'essentiel d'engager massivement les effectifs, de manière coordonnée et sans protection (le « souci de sûreté » ralentissait le mouvement (d'après de Grandmaison), dans le but de réaliser une percée décisive. Fondée sur la vitesse et la mobilité, ces orientations stratégiques ont des effets très directs en matière de gestion des effectifs et d'organisation sanitaire. En premier lieu, elles conditionnent la production du discours des autorités médicales militaires et la tactique sanitaire, tout entière orientée vers le « déblayage » du champ de bataille (1.1). Ensuite, elles autorisent à faire de la figure du blessé (toujours « glorieux ») une ressource au service de l'entreprise de mobilisation patriotique (1.2). Très vite cela dit, l'administration des blessés est constituée en problème et d'abord au sein même de l'armée.

1.1 Blessures de guerre et blessés dans l'armée française de 1914 :

Si les effectifs constituent dans cette perspective un enjeu stratégique majeur à court terme, ni la blessure de guerre, ni la récupération des blessés (leur retour au front) ne présente d'intérêt. Dans l'optique d'une guerre offensive, courte et victorieuse, les pertes sont au contraire un signe de l'engagement sans faille des auxiliaires qui, sur le terrain, mènent les hommes. Mieux, les savoirs expérimentaux et cliniques produits par les médecins et chirurgiens militaires dans le dernier quart de siècle sont eux-mêmes enrôlés au service de la promotion du tout-offensif. Pour en rendre compte, je m'efforcerai de montrer qu'il a bien des contre-discours à la veille de la guerre en matière de tactique chirurgicale et sanitaire mais qu'ils ont été rendus inaudibles d'une part. D'autre part, je reviendrai sur la manière dont le Commandement « consomme » les hommes sans compter dans les premiers mois de la guerre.

1.1.1 « Moins on en fait, mieux on fait ! » : mises en cause et réactualisation d'une doxa médicale à la veille de la guerre

De la Crimée à la guerre contre la Prusse, des « guerres lointaines » du Mexique ou de Chine aux guerres de conquêtes coloniales, chaque conflit auquel a pris part l'armée française a constitué un espace d'opportunités pour les chirurgiens et médecins

génération). Théoriciens sans expérience du combat et en lutte contre la vieille garde des officiers, ils promeuvent l'offensive à outrance, le mouvement, contre la « tranchée humanitaire ». En 1914, ce sont eux qui sont chargés de la liaison avec les QG d'armée sur le terrain.

¹² Sur l'imposition de la doctrine de « l'offensive à outrance » voir Olivier Cosson, *Préparer la Grande Guerre : l'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*, Paris, Les Indes savantes, Coll. La boutique de l'histoire 2013, 379 p. (surtout le chapitre 8). Il existe alors des approches stratégiques concurrentes évidemment et notamment les théories dites du " mouvement enveloppant " ou à la stratégie " défensive-offensive " (peu ou prou celle utilisée par les armées allemandes), dont la promotion coûta au général Michel sa place de Vice-président du Conseil Supérieur de Guerre (1910-1911).

de la marine (puis de la coloniale) ou de l'armée qui ont pu y faire des observations, collecter des données et produire (ou tenter de le faire) des études cliniques ou thérapeutiques à la postérité inégale¹³.

Dans les années 1890-1910, la guerre sino-japonaise (1894-1895), celle du Transvaal (1898-1899) et plus encore la guerre russo-japonaise (1905) et les guerres des Balkans (1912-1913) alimentent un processus (transnational) de production de connaissances et d'élaboration de savoirs et savoirs faire nouveaux sur les blessures de guerre. En France, les travaux d'Adolphe Demmler (1845-1921) qui fit toute sa carrière aux colonies¹⁴, de Jean-Jacques Matignon (1866-1928), médecin de la délégation de France en Chine en 1894¹⁵, ou d'Augustin Follenfant (1855-1924)¹⁶ - médecin major de 1^{ère} classe missionné auprès des armées russes en Mandchourie (septembre 1904-octobre 1905) - mettent en évidence une baisse de la létalité des conflits sur les cinquante dernières années, les découvertes de Pasteur et de Koch et leurs applications chirurgicales expliquant notamment la décroissance de la « mortalité tardive » des blessés. À partir du dernier tiers du XIX^e siècle et plus particulièrement dans les années 1900, les lésions produites par l'armement industriel nouveau deviennent un véritable enjeu clinique et scientifique dans le petit monde de la médecine militaire internationale mais également un enjeu stratégique. Il s'agit d'objectiver au mieux les plaies de guerre que les armes occasionnent - pour savoir soigner et réparer - tout en optimisant leurs effets vulnérants. Dans une analyse ciselée des débats européens et japonais sur la « balle humanitaire », Ken Daimaru met en évidence la dialectique des rapports entre quête de l'efficacité militaire et recherche de l'efficacité thérapeutique, casuistique qui est au principe de l'institutionnalisation d'une nouvelle spécialité de la science militaire qu'on appelle aujourd'hui « balistique lésionnelle »¹⁷.

Au Val-Grâce, les cours du médecin inspecteur général Joseph Toubert (1868-1959) et de Louis Ferraton (1860-1936) - tous deux professeurs agrégés de chirurgie - font la synthèse des débats internationaux et des expérimentations chirurgicales et balistiques

¹³ Sur ce point voir Claire Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains*, thèse citée. Voir aussi les travaux qui portent sur les savoirs impériaux ou les questions de santé et médecine en situation coloniale, par exemple et parmi bien d'autres Jean-Pierre Dozon « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*. 1985/ 3, n°3-4, Anthropologie, sociétés et santé. p. 27-56 et plus récemment Guillaume Lachenal, « Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat camerounais : une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot », *CBMH/BCHM*, 2013/ 30, n°2 p. 23-45.

¹⁴ À l'exception de la guerre de 1870, Demmler exerce les 20 premières années (de 1868 à 1888) dans l'empire : en Algérie d'abord, puis « en Afrique » et au Tonkin avant de retourner en Algérie. Voir son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH/727/18.

¹⁵ Archives Nationales, Dossier LH/1793/47.

¹⁶ Archives Nationales, Dossier LH/990/5.

¹⁷ Ken Daimaru, « Entre blessures de guerre et guerre des blessures : la « balle humanitaire » en débat en Europe et au Japon, 1890-1905 », *Le Mouvement Social* 2016/4 (n° 257), p. 93-108.

menées boulevard de Port-Royal. Si pour eux les blessures par balles sont devenues largement majoritaires, l'évolution des projectiles et du combat lui-même les rendent peu dangereuses. En résumant à gros traits, s'impose l'idée que les blessures, résultant majoritairement de tirs effectués à moyenne portée, avec des projectiles modernes (balles chemisées métal de petits calibre, 8mm), sont pour la plupart peu graves. Surtout, on admet que la chaleur provoquée par la vitesse de la balle confère aux lésions des propriétés aseptiques.

Sur la base de ce consensus médico-militaire international, la commission du règlement sanitaire de 1910 présidée par le général Henry de Lacroix (1844-1924) considère qu'il faut évacuer massivement les blessés comme l'ont fait les Russes en 1905 et prendre pour modèle les instructions chirurgicales de l'armée japonaise dont la doctrine s'organise autour de trois principes : l'abstention opératoire, une chirurgie conservatrice (évitant les amputations) et l'occlusion des plaies par un pansement stérile (pansement sec). Et ce qui rend possible cette doctrine dite des « trois E » - évacuation, emballage, expédition (vers l'arrière) – c'est la théorie du « rétablissement spontané » des plaies de guerre par « hémostase naturelle » ; autrement dit l'idée, véhiculée dans les travaux japonais et européens, que les plaies par balle nécessitent une intervention minimale¹⁸. Deux ans après l'adoption du nouveau règlement sanitaire français, ce paradigme dominant est mis en jeu par les observations et études réalisées à l'occasion des guerres balkaniques.

Docteur en médecine (1871) et agrégé du Val-de-Grâce (1877) où il est « professeur de clinique chirurgicale et de blessure de guerre », Edmond Delorme (1847-1929) est spécialiste de chirurgie thoracique. Directeur de l'École d'application du Val-de-Grâce (1903-1908) et président du Comité technique de santé (1910-1912), il est le prototype du grand chirurgien d'armée dont les titres et affiliations multiples témoignent d'une intégration réussie au cœur (parisien) du champ médical et des lieux de pouvoir de la médecine publique¹⁹. Au printemps 1913, le leader de « l'école française de chirurgie militaire » présente ses « leçons médicales des Balkans »²⁰. En « abstentionniste » convaincu il prône une chirurgie conservatrice mais ne partage pas les vues des

¹⁸ *Ibid.*, p. 99-106.

¹⁹ Il est notamment membre de l'Association Française de chirurgie (1888-1911), de la Société Nationale de Chirurgie dont il est le VP 1912 (année où il préside le congrès annuel), membre également de l'association de l'étude du cancer et, enfin, de l'Académie de médecine. Il siège par ailleurs au Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France et à la commission de réorganisation des études médicales. Pour avoir une vue d'ensemble de ses affiliations et réseaux voir : *Titres et travaux scientifiques du Pr Edmond Delorme*, Paris, éd. H. Charles-Lavauzelle, 1912, 154 p.

²⁰ Edmond Delorme, "Des enseignements de la guerre des Balkans (campagne de Thrace, 1912) : blessures par les armes de guerre", *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 24 avril 1913, 26 p.

promoteurs de l'évacuation de masse²¹. Il émet des doutes sur l'innocuité des plaies par balles (selon qu'elles aient été déviées ou non) qui peuvent contenir un véritable « gâteau septique » composés de couches successives de fragments de matériaux et de vêtements²². Pour le théoricien de la « spécificité de la chirurgie de guerre » (j'y reviendrai), les conditions du terrain et la nature de certaines plaies (par éclat d'obus ou shrapnel) justifient la mise en place d'un dispositif d'évacuation gradué en fonction de la gravité des blessures²³ et par conséquent la mise en place d'un « triage » des blessés, deux éléments qu'on retrouve sous la plume du professeur Théodore Weiss (1852-1942)²⁴.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu au concours de l'agrégation de chirurgie en 1880, Weiss est un fervent partisan et un promoteur des méthodes de lutte contre « la pourriture d'hôpital » (usage antiseptique du phénol dans le traitement des plaies post-opératoires) mises au point par Joseph Lister (1827-1912)²⁵ qui n'ont alors pénétré les services chirurgicaux qu'à la marge²⁶. Chargé de la clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Nancy (1880) puis du service de la clinique chirurgicale A (1885), il en prend la tête en 1898. Vétéran de la guerre de 1870, l'homme est aussi un médecin principal de 2e classe (Lieutenant-colonel) qu'on dit très investi dans l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale de sa région (la 20e RM)²⁷.

Dans ses « *Leçons sanitaires de la guerre des Balkans* »²⁸, Weiss - qui n'est pas allé sur place mais a recueilli des témoignages nombreux de chirurgiens de la Rouge Internationale - met en évidence l'évolution rapide de l'armement entre les deux conflits et la montée en puissance de l'artillerie qui transforme en profondeur la nature des blessures. Il souligne l'importance du risque infectieux aggravé par les évacuations lointaines. Outre la nécessité d'un personnel bien formé, d'un service scrupuleusement organisé en amont, le nancéen insiste sur le caractère indispensable du pansement

²¹ Voir son discours d'ouverture du 7 octobre au Congrès Chirurgie de 1912 in Association Française de Chirurgie, *Vingt-cinquième congrès de chirurgie*, Paris, 1912, Felix Alcan, p. 2-15.

²² Alain Larcen et Jean-Jacques Ferrandis, *Le service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale*, op. cit., p.29.

²³ Edmond Delorme, « Des enseignements de la guerre des Balkans. Campagne de Thrace de 1912 », *Bulletin de l'Académie de médecine*, LXIX, 1913, p. 259.

²⁴ À ne pas confondre avec Georges Weiss (1859-1931) lui aussi professeur de médecine et en poste à Strasbourg.

²⁵ Formalisée dans son *Mémoire sur le principe de l'antisepsie* (1867) qu'il propose d'adopter pour le traitement des blessures de guerre : Joseph Lister, « A Method of Antiseptic Treatment Applicable to Wounded Soldiers in the Present War », *The British Medical Journal*, 3 septembre 1870, p.243-244.

²⁶ Voir Bruno Latour, *Pasteur, guerre et paix des microbes*, Paris, La découverte/Poche, coll. Science humaine et sociale, 2001. Alain Contrepois, *L'invention des maladies infectieuses*, op. cit..

²⁷ Sur Weiss, voir Alain Beau, "Un siècle de chirurgie à Nancy (1874-1974)", *Annales Médicales de Nancy*. Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974). Sur sa biographie et ses travaux Voir aussi Alain Larcen et Jean-Jacques Ferrandis, *Le service de santé aux armées*, op. cit., p 31-34.

²⁸ Weiss publie successivement deux monographies : *Les Blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*, en 1912 et l'année suivante *Les Leçons sanitaires de la guerre des Balkans*, toutes deux aux presses Berger-Levrault.

individuel. Comme Delorme, c'est un abstentionniste résolu et il préconise un traitement rapide et simple des plaies à la teinture d'iode, l'eau oxygénée ou au permanganate. Cela dit, s'il considère qu'il faut intervenir le moins possible dans les toutes premières heures, il faut tout de même selon lui être équipé pour « l'urgence ». Dans la controverse qui, en 1912, clive la Société de Médecine Militaire²⁹ - entre partisans de l'évacuation intensive (sur le modèle russe) et partisans d'un « triage » des blessés dans des hôpitaux de seconde ligne et d'une évacuation échelonnée -, il prend nettement position en faveur des seconds. Ses prises de positions sont bien connues ; elles sont notamment présentées à l'Union Fédérative des Médecins de Réserve et de la Territoriale³⁰ en mai 1914³¹ et à l'Académie de médecine où Édouard Schwartz (1852-1925) en fait l'éloge³². Sur le fond, les préconisations de Weiss résonnent très directement avec celles que formulent, du côté belge, Antoine Depage (1862-1925) et Octave Laurent (1860-1929).

Docteur en médecine (1887) et agrégé de la Faculté Libre de Bruxelles (1890), Depage est, en 1912, un des grands patrons de la chirurgie belge. À l'origine de la création de L'Année chirurgicale (1898) - revue consacrée à la littérature et l'actualité de la profession -, il est aussi membre fondateur de la Société belge de chirurgie et de la Société internationale de chirurgie (1902)³³ dont il est le premier secrétaire (jusqu'en 1912)³⁴. À ce titre, il organise les trois premiers congrès internationaux de cette société à Bruxelles (1905, 1908, 1911) avant d'être nommé président du 4^e congrès international à New York en avril 1914; c'est « *l'un des médecins belges les plus influents du moment* »³⁵ et il mondialement (re)connu. Très en cour³⁶, Depage est un réformateur qui « *œuvre sans relâche à transformer l'organisation des hôpitaux publics bruxellois* »³⁷ et à la formation des personnels subalternes³⁸. Conseiller communal libéral de Bruxelles (à partir de 1908),

²⁹ Fondée en 1908 par Delorme, elle disparaît en 1912.

³⁰ Notée UFMRT désormais, elle est créée fin 1904. Elle vise à promouvoir et à défendre la médecine militaire notamment auprès des médecins civils (réservistes et territoriaux) qui effectuent leur période de préparation militaire. Elle a la charge de la formation des médecins compléments (civils) dont elle doit perfectionner l'instruction technique et auprès desquels elle doit vulgariser « l'art de la médecine militaire ». Entreprise corporatiste qui vise à « militariser » les médecins de réserve, elle est une tentative pour mieux intégrer les médecins militaires au champ médical. Présidée par le Ministre de la Guerre, son Conseil d'Administration se réunit mensuellement au Cercle Militaire.

³¹ Voir, *Bulletin de l'UFMRT*, 1914, p. 608-610.

³² ANM, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 juin 1914, p 842-843.

³³ Aujourd'hui « International Society of Surgery » basée à Zurich.

³⁴ Il est alors professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Pierre et vient d'être nommé professeur de pathologie externe à l'Université libre de Bruxelles.

³⁵ Benoît Majerus, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, 2011/82, n° 1, p.102.

³⁶ Au sens littéral du terme puisqu'il intervient au près du roi Léopold II qu'il opère (sans succès) avec son « maître » Jules Thiriart du cancer du colon en 1909 et il est proche d'Albert Ier et Élisabeth.

³⁷ Voir sur ce point la notice biographique (en ligne) [<http://www.chu-brugmann.be/ft/histo/depape.asp>], (consultée le 8/12/2017).

³⁸ En 1905, il fait construire un institut de chirurgie à Ixelles : l'institut Berkendael. Il n'y emploie que des infirmières Seules des infirmières laïques et devant la pénurie chronique de personnel qualifié, il crée la

Depage est aussi directeur de la Croix-Rouge de Belgique et dès le début de la première guerre balkanique (1912-1913), il envoie sur le terrain quatre ambulances (petits hôpitaux de campagne) : une en Turquie, une autre en Bulgarie et deux en Serbie. À la tête de l'ambulance de Tach Kichla (à Constantinople) pendant deux mois, il dirige une équipe médicale qui comprend les docteurs F. Neuman, Le Boulengé et De Nève ainsi que Joseph Van de Velde (élève en 3^e année de doctorat), mais aussi son épouse (infirmière) et son fils aîné Pierre (ambulancier)³⁹. C'est donc un chirurgien de premier plan, un professionnel averti et très informé, qui livre ses conclusions devant les membres de la société internationale de chirurgie en avril 1914⁴⁰.

Loin des combats (d'une cinquantaine de kilomètres), Depage ne voit arriver dans sa formation que des blessés légers, les seuls qui ont pu se transporter jusqu'à lui et s'il est conscient du biais d'analyse que sa situation génère, il n'en reprend pas moins à son compte l'idée de l'innocuité relative des blessures par balles de fusils modernes. En revanche, il a bien vu la montée en puissance de l'artillerie, les délabrements massifs que provoquent les shrapnells et pour lui le sort des blessés se joue avant tout dans les premiers soins apportés sur le front, opinion qui s'oppose directement aux défenseurs de la doctrine « abstentionniste » devenue classique en chirurgie de guerre à la suite des résultats désastreux des interventions pratiquées sur les champs de batailles de la guerre de Crimée et de la guerre franco-allemande de 1870 - réactualisée à l'occasion des guerres de sino-japonais et russo-japonaise - et en vertu de laquelle « moins on fait, mieux on fait ». Pour Depage il n'y a pas de doute quant à la septicité des plaies par éclats d'obus ou shrapnel et l'intervention précoce vise précisément à permettre d'enrayer le péril infectieux.

Octave Laurent, est un peu moins catégorique, mais le chirurgien de l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles) - qui a disparu de l'histoire de la médecine belge, probablement à la suite d'un conflit qui l'a opposé à des collègues plus influents et aux autorités universitaires - conclue globalement dans le même sens. Il est d'ailleurs le seul médecin belge des ambulances balkaniques à publier ses notes, qui paraissent dans la foulée du discours de Depage, en juin 1914⁴¹.

première école laïque d'infirmières diplômées en Belgique dont Édith Cavell (1865-1915) est la première directrice générale et sa femme Marie Depage, la directrice financière. Voir *Ibid.*

³⁹ Henri Depage, *La vie d'Antoine Depage 1862-1925*, Bruxelles, Renaissance du Livre, 1956.

⁴⁰ « Discours de M. Depage, président du Congrès » dans Léonardo Mayer (éd.) *Quatrième Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, New York, 13-16 avril 1914. Rapports, procès-verbaux et discussions*, Bruxelles, Hayez, 1914, p. 484-490.

⁴¹ Octave Laurent, *La guerre en Bulgarie et en Turquie: onze mois de campagne*, Paris, A. Maloine, 1914, 383 p. Voir surtout la partie II « Les blessés ».

Parmi les nombreuses observations qu'il fournit (intérêt des uniformes aux teintes neutres, danger des signes distinctifs, importance des tranchées en zigzag pour éviter les tirs d'enfilades etc.) il souligne la rareté des corps à corps (donc des blessures par baïonnette) et la l'importance des blessures par balle qui peuvent tout à fait créer des blessures graves notamment les balles qui ricochent et sont déformées par le premier choc avant d'atteindre un soldat. Sur le service de santé, Laurent prône comme Depage le renforcement des compétences des infirmières et plaide pour que les hôpitaux de campagne soient équipés de service de radiographie. En revanche, il minimise les dégâts, notamment les mutilations des faces, provoquées par les projectiles d'artillerie et l'usage des shrapnels, sans rendre compte qu'il y a probablement là un effet de contexte : il est dans un secteur relativement éloigné des combats d'artillerie. Contrairement à ce qu'expliquait encore le professeur Lefort devant les officiers de réserve en cours d'instruction à l'UFMRT en janvier 1913⁴², Octave Laurent défend comme Depage (et, dans une moindre mesure Delorme) l'intervention sur place pour le traitement des grands blessés qu'on aura séparé des "petits" (après triage donc) qui, eux, peuvent évacués.

En dépit des conclusions nuancées voire contradictoires de leurs auteurs, les observations et études réalisées à l'occasion des guerres du Transvaal, de Mandchourie, de et des Balkans, furent largement utilisées pour légitimer les orientations stratégiques des hommes du 3e bureau. Le haut commandement français ne retenait de l'expérience balkanique que la « supériorité absolue des méthodes tactiques françaises – appliquées par les Serbes et les Bulgares, élèves de l'école de guerre française - sur l'enseignement de l'État-major de Berlin »⁴³. Des nombreuses et récurrentes « leçons » à retenir des guerres contemporaines, l'engagement direct d'officiers et de médecins français aux côtés des grecs contre les Turcs en 1912 démontrait la supériorité de l'art français de la guerre et le parfait ajustement du règlement sanitaire de 1910 aux réalités des conflits moderne.

Sur la base des taux de pertes « par feu » (25%) inédits observés lors de la guerre serbo-bulgare, le médecin-major Reverchon (1848-1929), également professeur agrégé au Val-de-Grâce, pouvait bien anticiper - devant la très officielle UFMRT- 300 à 350 000 blessés en un mois en cas de conflit franco-allemand et dénoncer la logique des évacuations précoces et massives, il n'y avait pas matière à infléchir la doctrine⁴⁴.

⁴² V. Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p.73.

⁴³ *Ibid.*, p.72

⁴⁴ Voir Médecin-major Reverchon (conférence de), « Enseignements médicaux militaires de la guerre balkanique » (guerre serbo-bulgare), *Bulletin de l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale*, 1913, p. 806 et suivantes.

Ni les doutes exprimés par le médecin inspecteur général Delorme, ni les avertissements de Weiss, de Depage ou encore de Laurent (1860-1929)⁴⁵ quant aux délabrements massifs provoqués par les projectiles d'artillerie et aux risques infectieux ne le justifiaient pas davantage : la prochaine guerre serait une guerre d'infanterie, d'armes, et donc de blessures, légères. Dans le contexte de « radicalisation doctrinale » décrit par Olivier Cosson⁴⁶, les thèses ou argumentaires hétérodoxes des hospitaliers et universitaires qui mettaient en jeu les croyances et les conceptions offensives de la hiérarchie militaire étaient d'autant plus inaudibles que la préparation de la guerre depuis 1912 s'était intensifiée. Qu'importent les titres et l'expérience des guerres récentes de leurs auteurs, l'offensive à outrance impose une doctrine du « soutien sanitaire » fondée sur le déblayage du champ de bataille et l'école de guerre française n'entend réviser ses plans. L'évacuation en masse, sans « triage », prônée par le général-président de la commission du règlement sanitaire (Henry de Lacroix), reste entre 1912 et 1914 le pivot de la tactique sanitaire. La logique stratégique de l'active détermine ainsi de part en part la tactique sanitaire au détriment de la logique clinique et thérapeutique. Dès lors, les services de santé des différentes armées n'ont pas besoin d'être équipés pour pratiquer la chirurgie, reportée en zone de l'intérieur (ZI).

La nomination d'Ange Troussaint à la direction du Service de Santé en février 1912⁴⁷, peut, dans cette perspective, être lue comme un moment clé de cette stratégie d'imposition de la logique tactique de l'offensive à outrance (en matière d'organisation du service de santé) sur la logique médicale. Lorsqu'il est nommé à la tête de la 7^e direction à la place de Charles Février (Médecin Inspecteur Général) et promu MIG à son tour, Troussaint est médecin principal de 1^{ère} classe (colonel) directeur du Service de Santé du 12^e CA (Limoges). Surtout, il a enseigné trois ans la tactique sanitaire à l'ESG (1906-1909) et il connaît bien les officiers d'état-major. Y-a-t-il un lien avec l'ascension rapide qu'il connaît et qui s'opère au détriment de ses supérieurs directs : quinze Médecins Inspecteurs (généraux de brigade) et trois MIG (les généraux de division Vaillard, Chavasse et Delorme) qui pouvaient alors prétendre à la Direction ? Impossible de répondre avec nos sources mais sa proximité avec l'État-major interroge. De la manière, la trajectoire de Delorme ne manque pas, elle aussi, d'interroger. Là encore, difficile de savoir si et dans quelle mesure son désaccord sur l'organisation des évacuations participe de son placement dans « la réserve » la même année (1913), position qui, de fait, le marginalise dans l'institution. On notera toutefois qu'il en sort en 1914 (la guerre approche) après une conversion pour le moins surprenante à la doctrine

⁴⁵ Octave Laurent, *La guerre en Bulgarie et en Turquie*, op. cit., partie II « Les blessés ».

⁴⁶ Olivier Cosson, *Préparer la Grande Guerre*, op. cit..

⁴⁷ Voir Archives Nationales, Dossier LH/2654/57.

dominante dont il devient le chantre avec la publication de ses « conseils aux chirurgiens »⁴⁸. Ces « conseils » sont alors largement diffusés. L'Académie des sciences en tire « contrairement à ses traditions » 1 000 exemplaires qu'elle envoie aux médecins de l'avant. Le ministère de la Guerre en fait 16 000 tirages et l'Officiel les reproduit intégralement, la presse spécialisée (notamment *La Presse médicale*, bulletin d'information de la « profession ») et le *Bulletin des Communes* (affiché en mairie) signale sa parution tandis que l'opuscule est envoyé aux services de santé alliés (russes, anglais et belges)⁴⁹. En contradiction avec les positions qu'il défendait l'année précédente (la question des complications septiques, notamment, a été évacuée), les « Conseils » de Delorme incarnent la subordination de la doctrine sanitaire aux choix stratégiques imposés par l'État-major des armées, la soumission de la logique thérapeutique à la tactique sanitaire.

À l'été 1914, les objectifs du Service de Santé Militaire (SSM) sont simples : il faut « déblayer » au plus vite le champ de bataille pour éviter l'encombrement et évacuer massivement les blessés vers la Zone de l'Intérieur en remplissant « la France par le fond », c'est-à-dire en évacuant d'abord vers les hôpitaux les plus éloignés du front. « Relevés » par les ambulanciers (régimentaires et divisionnaires), les blessés sont emmenés au refuge ou poste de secours le plus proche. De là, ils sont dirigés vers les ambulances de corps d'armée (4, mobiles, par CA), puis vers les Hôpitaux d'Origine d'Étapes (HOE) qui doivent dès que possible les envoyer vers les gares régulatrices (qui dépendent de la Direction de l'Arrière). Des trains sanitaires les emportent alors vers les hôpitaux de l'intérieur qui se chargeront des soins dans des conditions opératoires bien meilleures qu'à l'Avant. Les services de santé des différentes armées n'avaient donc pas besoin d'être équipées pour pratiquer la chirurgie, reportée en zone de l'Intérieur (ZI). Sur le papier, c'est un beau dispositif, une machine complexe, entièrement tournée vers la réduction des délais d'évacuation, qu'ordonne dans le moindre détail le règlement d'avril 1910 repris et explicité dans l'ouvrage de Troussaint « La direction du Service de Santé en campagne » couronné par l'Académie des Sciences en 1912 (prix Larrey) et réédité pour la 4^e fois en 1914⁵⁰.

Les premiers combats sont une épreuve de vérité. Épuisés par les longues marches qu'impose la « guerre de mouvement »⁵¹, les fantassins français et allemands s'affrontent

⁴⁸ Edmond Delorme, « Blessures de guerre. Conseils aux chirurgiens », dans « Mémoires lus. - Chirurgie », Académie des sciences, Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, Paris: Gauthier-Villars, 1914, t.159 (Juillet-décembre 1914), p.394-399.

⁴⁹ Voir *Ibid.*, « Préface ».

⁵⁰ Ange Troussaint, *La direction du Service de Santé en campagne*, Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1911,

⁵¹ L'expression "guerre de mouvement" rassemble sous un même terme deux orientations stratégiques distinctes ayant en commun d'être fondées sur des déplacements rapides de troupes : l'offensive à outrance et les manœuvres de débordement des armées adverses par les ailes. Elle est d'une certaine manière définie par opposition à la « guerre de position » qui s'impose à partir de novembre 1914 et se caractérise par

en rase campagne ou en montagne (Vosges) dans une guerre où les armes lourdes (mitrailleuses) et l'artillerie priment rapidement. Entre la « bataille des frontières » (7 au 24 août 1914)⁵² et la fin de l'année 1914, notamment lors de la « bataille de la Marne » (6 - 12 septembre 1914)⁵³, les armées françaises connaissent des pertes considérables. Leur l'évaluation demeure aujourd'hui encore des plus problématiques puisque l'armée, qui ne s'est pas posé la question des effectifs au début de la guerre, ne s'est pas donné les moyens de compter⁵⁴.

1.1.2 Consommer sans compter : les pertes par blessures en 1914

Selon Alain Larcen et Jean-Jacques Ferrandis, le SSM a « pris en charge » 798 833 blessés et 322 672 malades pendant les cinq premiers mois du conflit⁵⁵. S'ils ne précisent pas leur(s) source(s), le total qu'ils avancent (1 121 505) est assez proche du dénombrement établi par la 7^e direction à l'aide des renseignements fournis par les différentes armées que le cabinet de Troussaint fait parvenir à Millerand en avril 1915. Le Bordereau d'envoi (n°3 864) indique cependant que « l'exactitude de ces statistiques ne peut-être que très approchée [mais qu'elles] représentent néanmoins un minimum certain »⁵⁶. Selon le Service de santé, 788 473 blessés et 323 032 malades appartenant à l'armée française (dont respectivement 20 539 et 6 835 coloniaux) sont « évacués vers sur les hôpitaux du territoire (zone des armées incluse) entre le 2 août et le 31 décembre 1914. Pour la même période, les formations sanitaires des groupes d'armées (les services de santé de l'Avant et de la Zone des Étapes) enregistrent 719 488 blessés et 381 894 malades (dont 20 372 et 5779 coloniaux)⁵⁷. Face à ces données une précision s'impose. Comme le suggère la formule

l'enterrement des troupes belligérantes le long d'un « front » de 720 kilomètres s'étendant de la région de Nieuport à celle de Mulhouse.

⁵² Le terme désigne l'ensemble des combats qui se déroulent en Lorraine, en Alsace et dans le Nord-est entre le 7 août 1914 et la retraite générale du 24.

⁵³ Suite à sa défaite lors de la « bataille des frontières » fin août 1914, l'armée française a reculé jusqu'au sud de la Marne. Le 6 septembre, le GQG lance une contre-offensive qui se poursuit jusqu'au 12 qu'on appelle « bataille de la Marne ». Il ne s'agit pas un affrontement en un lieu unique mais d'un ensemble de combats simultanés sur environ 300 km (du nord de Meaux à Verdun) débouchant sur un recul des armées allemandes (entre le 9 et le 11) qui se replient sur l'Aisne (le long d'une ligne qui court de Noyon à Verdun). Ces quelques jours constituent un moment décisif de l'histoire du conflit et montrent bien que la possibilité d'une guerre courte (en cas avec victoire de l'Allemagne) était réelle. Voir H. Herwig, *The Marne, 1914. The Opening of World War I and the Battle that change the world*, Random House, 2009.

⁵⁴ Antoine Prost, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918 », *Le Mouvement Social*, 2008/1 (n°222), p. 41-60.

⁵⁵ Alain Larcen, Jean-Jacques Ferrandis, *Le Service de Santé aux armées, op. cit.*, p.55.

⁵⁶ SHD, GR 6 N 14 : MG – 7^e direction du Service de Santé – Cabinet du directeur - Dossier sur l'hospitalisation sur le territoire national – *Situation numériques récapitulatives des malades et blessés – « Compte-rendu récapitulatif de la situation sanitaire dans les armées. Période du 2 août au 31 décembre », 23 avril 1915.*

⁵⁷ On ne peut rien avancer de précis pour expliquer l'écart du nombre de blessés. Les quelques 69 000 hospitalisations sur le territoire peuvent s'expliquer de différentes manières, et notamment par les accidents qui surviennent hors de la Zone des Armées.

« pris en charge » les chiffres évoqués ne se rapportent pas à des individus - qui peuvent être blessés et/ou malades à plusieurs reprises - mais portent en réalité sur les admissions pour blessures ou maladies et/ou les sorties. Autrement dit, ces totaux ne nous disent pas combien d'hommes ont été atteints, ils mesurent l'activité hospitalière des structures relevant du Service de santé.

Dans une communication transmise par le ministre à la Chambre des députés le 26 décembre 1918, la Guerre donne les chiffres de 235 183 tués ou disparus pour les seuls mois d'août et de septembre 1914⁵⁸ et 634 923 blessés pour l'année 1914. Bien qu'elles aient l'apparence de la rigueur, ces données sont très approximatives. Ni le 1^{er} bureau de l'État-major du colonel Roure, en charge de « l'organisation et de la mobilisation de l'armée » (des effectifs donc)⁵⁹, ni le Service de santé ne peuvent prétendre à cette date à un tel degré de précision. Le décompte à l'unité près s'apparente à un tour de force symbolique qui vise à faire passer la mesure pour exacte. Si on doit retenir ces chiffres en les arrondissant - 235 000 tués ou disparus, 635 000 blessés environ - faute de mieux, gardons à l'esprit les conditions dans lesquelles ils ont été produits. Jusqu'en juillet 1916, l'État-major des Armées ne s'est pas donné les moyens de produire une connaissance juste des effectifs. Quant au service de santé, les données qu'il produit ne sont fiables (pour la Zone de l'Intérieur) qu'à partir de la mise en place, au printemps 1915, du dispositif élaboré par le docteur Jacques Bertillon (1851-1922)⁶⁰, directeur de la statistique de la ville de Paris missionné à l'automne 1914 pour réorganiser la statistique du SSM. Au printemps 1915, chaque hôpital doit désormais fournir aux directeurs régionaux des services de santé (DRSS) une liste d'entrants, une liste de sortants (dans lesquelles l'hospitalisé porte le même numéro) et un « bulletin statistique individuel » comprenant huit questions⁶¹. Les DDRSS doivent ensuite les faire remonter au nouveau Service Central de Statistiques Médico-chirurgicales qui jouxte la 7^e direction rue des Saints Pères. L'opération, qui inclue de manière rétrospective les chiffres de la période août 1914/mars 1915, ne se fait pas sans difficulté. Dès la première échéance, la direction

⁵⁸ Voir Christophe Gué, « Les pertes françaises en août-septembre 1914 : prévisions et bilan », *Cahier d'études et de recherche du musée de l'Armée*, n°5, cité dans A. Prost, « Compter les vivants et les morts », art.cité, p.43.

⁵⁹ Voir Ministère de la Guerre, *Annuaire Officiel de l'Armée Française*, troupes métropolitaines et troupes coloniales pour 1914, Paris, Levraut-Berger, 1913, p.6.

⁶⁰ Jacques Bertillon (1851-1922) est le fils du médecin et « démographe » - fervent défenseur de la méthode numérique (notamment des travaux de Quételet) - Louis-Adolphe Bertillon (1821-1883). Jacques succède à son père au poste de chef des travaux statistique de la ville de Paris en 1883 et contribue à la fondation, deux ans plus tard, de l'Institut International de Statistique. Scientifique réformateur, il est aussi l'auteur de la première classification des causes de décès (1893) et participe de la création du Collège libre des sciences sociales en 1895. Non mobilisable (il a alors 65 ans), il accepte, en novembre 1914, de réorganiser la statistique médicale militaire.

⁶¹ SHD, 6N14, « Circulaires de la 7^e direction (septembre 1914-Juin 1915) », dépêche n° 10.055 C/7, 21 mars 1915 et instruction n°10 548 C/7 du 25 mars 1915.

rappelle à l'ordre les DRSS : « Bien rédigés au point de vue médico-chirurgical », les bulletins en revanche « laissent à désirer » au plan des renseignements administratifs⁶². Or se sont précisément les indications de provenance et de destination qui permettent de passer du dénombrement des entrées à celui des hommes et de mesurer non plus seulement l'activité hospitalière mais le nombre de blessés et malades et « Cette prescription est indispensable pour éviter les double emplois, c'est-à-dire pour éviter qu'un malade soit compté autant de fois qu'il a été évacué d'hôpital en hôpital »⁶³. À la fin de la guerre, quelques 10 millions de fiches ont permis d'identifier de manière certaine 3 152 556 blessés et malades.

Bien que les chiffres produits entre août 1914 et juillet 1916 par le 1^{er} bureau l'EM aient fait l'objet d'une opération de redressement et que le SSM se soit efforcé de son côté de combler les manques pour la période antérieure à mars 1915, de nombreuses boîtes noires subsistent dans les différents bilans chiffrés. Exemple significatif s'il en est, aucune des sources disponibles - ni le rapport Marin, ni la brochure de Toubert parue en 1920, ni la Statistique médicale de 1922, ni l'Étude de statistique chirurgicale de 1924 - ne soufflent mot du nombre de malades. Bien que les fiches individuelles distinguent nettement blessures et maladies « les informations sur les malades, pourtant plus nombreux en 14, n'ont pas été exploitées »⁶⁴. Mieux, la logique de production de ces données, qu'elles soient celles du SSM ou de l'EM étant strictement militaire, elle exclue de fait ceux qui meurent ou dont la maladie se déclare après avoir quitté l'armée (libérés ou réformés)⁶⁵. La chose à son importance tant les réformés, notamment pour tuberculose, sont nombreux, j'y reviendrais. Si l'on prend *in fine* le parti de « faire avec » ces chiffres, le constat est cinglant : les deux premiers mois de guerre concentrent à eux seuls un sixième des tués et/ou disparus de 1914-1918 quand 13% à 20% des hommes blessés pendant le conflit le sont entre le 1^{er} août et le 31 décembre 1914⁶⁶.

Lorsque pour la première fois le ministère communique sur la statistique des blessés et malades mi-décembre 1914, le communiqué officiel ne donne pas les chiffres bruts. Il distingue les blessés guéris ayant pu rejoindre directement le front : 54,5 %, les blessés guéris en congé de convalescence : 24,5 %, les blessés en traitement : 17,4 %, les

⁶² *Ibid.*, dépêche n° 14 494 C/7 du 25 avril 1915.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ A. Prost, « Compter les vivants et les morts », art.cité., p. 47.

⁶⁵ Note du colonel Roure, SHD 7N 552, non datée, cité dans *Ibid.*, p 55.

⁶⁶ La fourchette de 13 à 20% s'explique par l'existence de deux hypothèses quant au nombre de blessés. Celle formulée par Antoine Prost en 2008 - 3,2 million de blessés – constitue une hypothèse basse couramment reprise depuis sa formulation. Si on la suit, les cinq premiers mois de la guerre fournissent environ 1/5^e du total des blessés. La proportion tombe à un peu moins de 1/6^e (13%) si l'on prend le chiffre de 5 millions de blessés donné par Vincent Viet dans « Médecins et médecine de guerre... », art.cité., p. 216-217.

réformés : 1,46 % et les blessés décédés 3,48 %⁶⁷. On voit bien quel est le fil conducteur du propos. Il s'agit d'abord et avant tout (en taisant le nombre des malades) de souligner l'efficacité du travail du SSM qui « recyclerait », comme on dit alors dans le langage de la bureaucratie médico-militaire, entre 55 et 80% des blessés. Ce que ne dit pas le communiqué, pas plus d'ailleurs que l'article du Temps qui le reproduit, c'est qu'il s'agit des hospitalisés, de ceux qui ont été évacués ; les données ne disent rien, et pour cause, des blessés morts avant d'atteindre un poste de secours. Ce bref exercice d'objectivation rétrospective ne doit pas cependant prêter à contre-sens. Les renseignements lacunaires que les unités peuvent transmettre à l'État-major relèvent du secret-défense et les chiffres que nous venons d'évoquer sont connus d'un très petit nombre de personnes. Autrement dit, à la différence de ce qu'on a pu observer avant la guerre, la naissance de la cause des blessés n'a que peu à voir avec leur nombre ou, plus exactement, avec leur dénombrement.

Bien comprendre comment les blessés (re)deviennent une question politique susceptible de faire l'objet d'usages politiques concurrents suppose de dire quelques mots des effets de la mise en place de l'état de siège sur les conditions de production et de circulation de la parole publique, notamment des transformations que subit le marché de l'information dès les premiers jours de guerre.

1.2 Gestion et usages politiques de la blessure de guerre

Comme bien d'autres secteurs, la presse connaît avec la mise en guerre du pays de profonds bouleversements. La mobilisation générale vide les ateliers d'imprimerie, les bureaux et salles de rédactions. Les journaux les plus solides sont contraints de réduire leur pagination tandis que nombre de titres parisiens et provinciaux suspendent leur parution. Cette contraction de l'offre se double d'un ralliement de la grande majorité des patrons et associations de presse à l'Union sacrée et à son corollaire, l'organisation entre août 1914 et janvier 1915 d'un système national de contrôle de l'information dont le dispositif de censure militaire et civile constitue le pivot. Pour les autorités civiles et militaires, les blessés constituent à la fois une ressource et une menace. Elles organisent alors un strict contrôle de l'information qui vise aussi à produire de l'enthousiasme patriotique d'une part, et un contrôle tout aussi étroit des blessés eux-mêmes pour endiguer l'éventuelle menace intérieure qu'ils sont susceptibles de représenter. Dans le même temps, la gestion des blessés devient l'enjeu d'un conflit interne à l'armée.

⁶⁷ Relevés statistiques établis à la date du 1^{er} décembre 1914 par la 7^e direction et communiqués par *Le Temps* dans l'édition du 19 décembre 1914.

Contrôler l'information, organiser l'enthousiasme et mettre en scène la reconnaissance publique : la figure du blessé comme élément du dispositif de mobilisation patriotique

Dès le 30 juillet, les dépêches télégraphiques sont censurées et trois jours plus tard, un décret (précisé par une loi le 9 août) établit l'État de siège. Les autorités militaires ont alors le pouvoir de suspendre ou d'interdire toute publication périodique. Le 3 août, le Ministère de la Guerre met sur pied un "Bureau de la Presse" (BP) chargé du contrôle des informations de nature militaire. Sous la tutelle des préfets et des généraux commandants les Régions Militaires (RM), le BP coordonne des commissions de contrôle dans les 21 régions. Le maillage territorial est assuré par quelques 300 commissions annexes qui, dans les préfectures, sous-préfectures et villes de garnison, s'occupe du contrôle de la presse locale et départementale. Le Gouvernement militaire de Paris dispose lui de son propre organe de surveillance. C'est le député Louis Lucien Klotz (1868-1930), représentant du cabinet Viviani (1863-1925), qui en prend la direction en septembre. Dans l'intervalle, la Présidence du Conseil s'est assurée et du loyalisme des principaux acteurs du secteur en créant une Commission de la Presse Française (le 14 août) de 45 membres chargée de représenter leurs intérêts. En moins d'un mois, les principaux rouages du contrôle de l'information sont en place et en janvier 1915, le dispositif de censure civil et militaire est opérationnel⁶⁸.

Dès lors, la mort de masse, la blessure au combat et la maladie (surtout la menace épidémique), font l'objet d'un discours très contrôlé. Les informations relatives aux « effectifs des blessés, tués ou prisonniers » et à la « situation sanitaire » de l'armée et du pays, figurent d'ailleurs au nombre de celles qui peuvent entraîner interdictions et sanctions (en vertu de loi du 5 août 1914 sur les indiscretions de la presse en temps de guerre). Sur ces sujets (et sur bien d'autres) les journaux ne peuvent communiquer d'autres informations que celles fournies par le gouvernement ou le commandement⁶⁹. Les dirigeants civils et militaires ne se contentent pas cependant d'organiser le silence autour des pertes - dont ils ont, on l'a vu, une connaissance partielle - ou de désinformer, ils s'efforcent également de faire du blessé une figure héroïque, une ressource au service de l'entreprise de mobilisation patriotique. Les conférences, allocutions et communiqués officiels et les publications qui les relaient minimisent ou nient la létalité des combats. Alors que la zone des armées se ferme aux reporters, les reportages réalisés à l'arrière

⁶⁸ Sur la genèse et le fonctionnement de la censure pendant la guerre voir Olivier Forcade, *La censure en France pendant la Grande guerre*, Paris, Fayard, coll. « Histoire », 2016.

⁶⁹ Voir la liste des sujets dans Claude Bellanger et al. (dir), *Histoire Générale de la Presse Française*, t.3, 1871-1940, Paris, PUF, 1972, p. 409.

parmi les convois de blessés se multiplient⁷⁰. Les articles décrivent des hommes aux blessures légères au moral excellent et qui ne pensent qu'à retourner au front. Les quotidiens nationaux et locaux, publient nombre de textes qui affirment l'innocuité des projectiles ennemis ou créditent la blessure par balle de vertus aseptiques. La théorie de l'asepsie spontanée des blessures par balles (la chaleur de la balle prévient l'infection) ou de la « balle humanitaire » constitue un bon exemple de la manière dont une doctrine chirurgicale dominante dans le monde de la chirurgie militaire, peut faire l'objet d'usages politiques parfois grossiers. Le thème se retrouve dans les publications spécialisées, les imprimés officiels, dans la presse d'information populaire comme dans les journaux de référence de la capitale. Faut-il voir là une entreprise cynique de manipulation des masses et peut-on, le cas échéant, conclure à son efficacité ?

À l'évidence la réalité est plus complexe. D'abord parce que nombre de ceux qui participent de cette désinformation croient fermement ce qu'ils avancent, ensuite parce que les ouvrages, articles, conférences et autres biens symboliques de ce type dépassent la simple propagande d'État. Ils participent en réalité de la formation d'un « discours dominant patriotique » au sens où l'entend Fabrice Pappola⁷¹. Si l'exaltation de la patrie, la dénonciation de l'ennemi et la déréalisation de la guerre constituent les éléments fondamentaux de ce discours de légitimation de la guerre qu'on retrouve dans les journaux, ce n'est pas son contenu qui lui permet de dominer l'espace des prises de position publiques. André Loez le résume de manière limpide : « le discours dominant l'est [...] triplement : par la position de ses producteurs, par leur lien au pouvoir et à l'État, et par les mécanismes d'imposition que ce dernier lui assure »⁷². S'il fallait préciser la nature des relations entre ces deux ordres d'activité (politique et journalistique) en 1914, on pourrait dire qu'elles se caractérisent à la fois par une différenciation relativement faible et par un allongement, une complexification des chaînes d'interdépendance sociale. Faible différenciation puisque nombres d'élus, notamment les plus importants, exercent une influence sur les journaux de « leur » circonscription quand ils n'en sont pas directeurs et parfois propriétaires. Allongement des chaînes d'interdépendance parce que l'activité politique et l'activité journalistique sont toutes deux en voie de professionnalisation mais que la seconde, par biens des aspects, est une

⁷⁰ Voir Christian Delporte, Fabrice d'Almeida, *Histoire des médias en France de la Grande Guerre à nos jours*, Paris, Flammarion, 2010.

⁷¹ F. Pappola, Le « bourrage de crâne » dans la Grande Guerre : approche socioculturelle des rapports des soldats français à l'information, R. Cazals (dir.), thèse de doctorat d'histoire, Université Toulouse Le Mirail, 2007, 3 vol., 912 p.

⁷² A. Loez, *Si cette putain de guerre pouvait finir. Histoire et sociologie des mutins de 1917*. F. Rousseau (dir.), thèse de doctorat d'histoire, Université Paul Valéry-Montpellier III, 2009, p.60-72.

auxiliaire de la première; de ce point de vue, la guerre ne transforme pas la nature de leurs relations⁷³.

Au delà des politiques et des hommes de presse, on peut dire à la suite de Nicolas Mariot que les lettrés et, plus généralement encore peut être, tout ce que la France compte d'autorités sociales, tous ceux que leur proximité au gouvernement de la chose publique dote des attributs du pouvoir (fonctionnaires, hommes d'église ou de science, intellectuels et universitaires, professions juridiques,) sont et/ou se sentent investis, à de rares exceptions près, d'une mission de propagation du credo patriotique⁷⁴. Les professionnels de la parole publique et les classes dominantes s'efforcent de « faire l'opinion », de produire de l'adhésion à la guerre et l'intense travail de légitimation politique auquel ils se livrent, s'il passe par l'établissement d'un monopole du discours sur la guerre, ne se limite pas au contrôle de la presse.

À ma connaissance, les visites aux blessés n'ont jamais été étudiées et sont très mal documentées ; elles méritent pourtant quelques lignes. La lecture de la presse permet d'identifier quelques-uns des déplacements des personnalités qui « comptent », notamment ceux du Président. Le 23 août, le quotidien du soir *Le Temps* publie une dépêche de son « correspondant particulier » à Dijon. Elle relate la visite du Sous-secrétaire d'État à la Guerre Octave Lauraine (1864-1934) arrivé la veille⁷⁵. Le député est accompagné du Préfet Baudard⁷⁶, du Général Gafflot (« gouverneur militaire de Dijon »), de « Mr. Dumont, maire »⁷⁷ et « d'autres personnalités »⁷⁸. La délégation rencontre d'abord des otages (7) et des prisonniers (17) avant d'arriver à la gare de Port-Neuve où elle visite deux trains sanitaires. Selon le journaliste, les trains transportent des « *troupiers, dont le moral est excellent [qui] se rient des projectiles allemands, dont la force de pénétration est fort médiocre [...]* »⁷⁹. Si on retrouve ici les éléments clés du discours patriotique (l'excellent état physique et moral des blessés), l'intérêt de l'article réside surtout dans ce qu'il dit du

⁷³ Sur la professionnalisation de l'activité politique voir Michel Offerlé, *La Profession politique au XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Belin, 1999. Sur la genèse de la profession journalistique voir Christian Delporte, *Les journalistes en France, 1880-1950, naissance et construction d'une profession*, Paris, Seuil, XX^e siècle, 1998. Denis Ruellan, *Le Journalisme ou le professionnalisme flou*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2007. Sur les interrelations étroites entre ces deux secteurs d'activités Patrick Champagne, *Faire l'opinion. Le nouveau politique*, Minuit, Paris, 2015.

⁷⁴ Sur la manière dont classes dominantes endossent le rôle de propagation du credo patriotique voir Nicolas Mariot, *Tous unis dans la tranchée*, Paris, Seuil, Univers historique, 2013, p.327-371.

⁷⁵ Gustave Lauraine est le Sous-secrétaire d'État du ministre A. Messimy, tous deux sont en poste dans le premier cabinet Viviani (13 juin au 26 août 1914) mais ne participent pas au second (26 août 1914-29 octobre 1915).

⁷⁶ Marius François Louis Baudard (1865-NR), qui a fait toute sa carrière dans le corps préfectoral, est préfet de la Côte d'Or de 1911 à 1925.

⁷⁷ Charles Dumont (1867-1939), industriel, fabricant de moutarde, maire de la ville de 1908 à 1919.

⁷⁸ "M. Lauraine visite les blessés", *Le Temps* édition du 23 août 1914.

⁷⁹ *Ibidem*.

déplacement lui-même. Il décrit en effet une véritable « tournée » - Lauraine « arrive de Gray et de Dôle » et repart pour « Beaune » - à laquelle les autorités civiles et militaires locales sont associées (préfet, général, maire et « autres personnalités »). Et la pratique, attestée en d'autres lieux, semble des plus courantes. Du 15 au 17 septembre, le Président Raymond Poincaré (1860-1934) se déplace dans les hôpitaux de Bordeaux et Aristide Briand (1862-1932), ministre de la Justice, visite les blessés du Val-de-Grâce⁸⁰. Le 30, le Président se rend à « l'hôpital du Barreau », structure de soins créée à l'initiative des avocats bordelais et qui prend en charge 40 blessés. Il y est reçu par le bâtonnier Bertin et d'autres personnalités de la Cour d'appel. Au même moment, le Cardinal Amette (1850-1920) archevêque de Paris « continue [...] ses visites aux blessés » dans le cadre d'une tournée hebdomadaire qui se termine le vendredi à Louis-le-Grand et Polytechnique où il est reçu par l'ex-ministre de la guerre, Adolphe Messimy. C'est sa femme, Rose Cornil - la fille du Professeur (agrégé de la Faculté de médecine de Paris) et clinicien hospitalier Victor Cornil (1837-1908)⁸¹ - qui a mis sur pied « l'ambulance » de polytechnique dont elle a confiée la direction à André Chantemesse (1851-1919), titulaire de la chaire d'hygiène parisienne et inspecteur général des services sanitaires⁸². Quinze jours plus tard (mi-septembre 14) le Président visite encore l'Hôpital Russe installé au 227 Faubourg St Honoré et à la fin du mois les installations de la Croix Rouge à Noisy-le-Sec et à Pantin où il « salue les tombes des soldats inhumés »⁸³. On pourrait multiplier les exemples et citer encore les visites du ministre des colonies Doumergue (1863-1937) à l'hôpital du jardin colonial⁸⁴, de Malvy (1875-1949) - ministre de l'Intérieur - à l'Institut de réadaptation de Saint-Maurice qui dépend de son ministère⁸⁵, de madame Poincaré (à l'hôpital Couture et l'hôpital auxiliaire n°101)⁸⁶ et probablement encore de bien d'autres. Ces véritables tournées mériteraient sans doute une enquête qui permette de rendre de compte de leur fréquence, de décrire plus finement les acteurs qui en participent et leur rôle, de regarder ce qui s'y fait et ce que l'on y dit. Pour autant, il n'est pas certain qu'on dispose du matériel pour mener une telle investigation. Dans la presse les comptes rendus reprennent tous l'image déjà évoquée de blessés légèrement atteints, bien soignés et

⁸⁰ *Le Temps* édition du 15 septembre 1914.

⁸¹ Dans les années 1870 il s'engage en politique et est élu député gambettiste (1876-1882) puis sénateur de l'Allier (1885-1903). Voir Vincent Wright, Éric Anceau, *Les préfets de Gambetta*, Paris, Presses de Paris Sorbonne, 2007, p. 148-151 et Françoise Huguet, *Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris: dictionnaire biographique, 1794-1939*, Paris, Institut national de recherche pédagogique : Éd. du C.N.R.S., 1991.

⁸² *Ibid.*, édition du 30 septembre 1914. Sur André Chantemesse voir Françoise Huguet, *Les Professeurs de la Faculté de médecine de Paris, dictionnaire biographique, 1794-1939*, Paris, INRP, éd. CNRS, p 95-96.

⁸³ *Ibid.*, les éditions des 15 et 31 octobre.

⁸⁴ *Le Sporting*, édition du 21 novembre 1914.

⁸⁵ *Le Temps* édition du 7 mai 1915.

⁸⁶ *Ibid.*, les éditions des 27 février et 28 juin 1915.

impatiens de remonter au front et décrivent des installations hospitalières exemplaires ou en passe de le devenir, mais livrent au final peu d'éléments. Bien qu'on en ignore presque tout, on peut cependant, en raisonnant par analogie avec d'autres travaux, voir ces visites comme de véritables institutions politiques, des rituels par lesquels s'opère une mise en scène de la reconnaissance publique qui, en retour, concourent à l'entretien et au renforcement de l'autorité des élus, fonctionnaires, militaires ou religieux qui en participent et des institutions qu'ils incarnent⁸⁷. On comprend d'autant mieux comment ces pratiques « s'imposent » à ceux qui occupent une position sociale de commandement quand on voit à quel point les agents de l'État et les dirigeants politiques anticipent le potentiel de délégitimation que véhiculent les blessés de guerre. Loin de se cantonner au seul registre du symbolique, les dispositions qu'ils prennent montrent que les blessés font aussi l'objet d'une étroite surveillance.

1.2.1 Surveiller et contenir : les blessés comme problème de sécurité intérieure

Les rapports adressés par les préfets et commissaires spéciaux des chemins de fer à la Direction de la Sûreté Générale et/ou au ministre de l'Intérieur - en partie conservés aux Archives Nationales (série F7 "Police") - attestent l'intérêt que portent les hommes du ministère de l'Intérieur aux effets de la rencontre entre blessés et civils⁸⁸. Le 23 août le Commissaire Spécial de la Gare de Saint-Etienne écrit : « *La situation continue d'être des plus calmes [...] Hier matin par le train [...] de 4h39 minutes, 195 blessés sont arrivés [...] leur moral était bon [...] un nouveau transport de 168 blessés est attendu à 16h39 [...] Rien de particulier à signaler* »⁸⁹.

J'ai ciblé ceux produits sur la période août - septembre 1914, et plus spécifiquement sur la période antérieure à la Marne. Les lacunes y sont nombreuses, sans que l'historique de la conservation permette de savoir pourquoi. J'ai procédé à un dépouillement exhaustif des dossiers de tous les départements et recherché de manière systématique, les mentions relatives au transport, à l'arrivée ou la présence de militaires blessés ou malades. Au total, une douzaine de rapports évoquent explicitement le sujet et donnent à voir les catégories d'entendement à travers lesquelles l'arrivée des blessés dans les villes de la Zone de l'Intérieur est appréhendée.

⁸⁷ Voir Nicolas Mariot, *Bains de foule. Les voyages présidentiels en province, 1888-2002*, Belin, coll. « socio-histoires », 2006.

⁸⁸ Archives Nationales, Série F7 Police, Rapports des préfets et des commissaires de police - cartons 12 936 à 12 939.

⁸⁹ AN/F7/12 936/Dossier 26 "Loire" - Commissaire Spécial de la gare de Saint-Etienne à la DGS, Rapport n°1 387, 23 août 1914.

La situation en Gironde dans la semaine qui suit est à peu près la même. Le commissaire bordelais rapporte qu'« [...] *aucun incident n'est à signaler* ». Il précise que « *De nombreux blessés sont encore arrivés dans notre ville, tandis que d'autres ont continués vers Dax, Pau et Barèges [Hautes Pyrénées] mais aucun n'inspire d'inquiétude, la plupart ont reçu [sic] de nombreuses blessures* »⁹⁰. Deux jours plus tard (25/08) son rapport indique : « *Les arrivées de nombreux blessés se sont succédées hier et aujourd'hui sans incident et sans provoquer dans le public une trop forte émotion, étant donné que leurs blessures sont plutôt légères* »⁹¹. Le 30, il écrit : « *Le mouvement du public a été assez important aujourd'hui dans les rues de Bordeaux où étaient venus un grand nombre d'habitants de la région avides de nouvelles. [...] Les départs de troupe et les arrivées des blessés ont continué aujourd'hui sans incident. [...] Aucun décès ne s'est encore produit parmi les blessés au nombre de 5 000 [...]* »⁹². Dans son rapport du 28 août, le préfet de l'Ariège informe le ministre que : « *les hôpitaux militaires de Foix ont reçu, aujourd'hui, deux convois de blessés. Le premier [...] comprenait 95 hommes [...] le second 135 blessés [...]* La population leur a fait un accueil des plus chaleureux [...] *J'ajoute que le moral de ces hommes est excellent et qu'ils manifestent, tous sans exception, le désir de reprendre leur place dans leur régiment, dans le plus bref délai possible* »⁹³. Et les analyses sont les mêmes dans les rapports émanant des préfectures de Charente et Charente Inférieure: les convois arrivent, jusqu'à « *2 000 blessés militaires environ sont arrivés dans le département dont 281 à La Rochelle [et la] « tranquillité est complète. Le moral de tous ces hommes est excellent [...]* ». Les agents de la préfecture y veillent d'ailleurs attentivement comme le rappelle le préfet : « [...] *J'ai pu visiter chacun d'eux [les blessés], les sous-préfets en ont fait autant dans leurs arrondissements* »⁹⁴.

La « visite des blessés » recouvre ici une dimension supplémentaire : il ne s'agit plus seulement de « reconnaissance » mais de contrôle social. Quelques pièces annexées aux rapports confirment l'importance de l'enjeu pour les autorités. Le 31 août, soit une semaine après la retraite générale du 24, le cabinet du ministre de la Guerre fait parvenir une note à la 7^e direction. Le sous-chef de cabinet Duval indique que :

« des hommes légèrement blessés ont été autorisés à se rendre à Paris, à leurs sortie des hôpitaux ou ambulances [et que] ces hommes se livrent sur les événements actuels à des indiscretions qui se répandent dans Paris et sont des causes irraisonnées de paniques. Pour remédier à ces inconvénients dont les conséquences peuvent être graves, le

⁹⁰ *Ibid.*, Dossier 19 - Commissaire Spécial des chemins de fer, du port et de l'émigration de Bordeaux à la DSG, Rapport n°2116 du 27 août 1914.

⁹¹ *Ibid.*, Rapport n°2129 du 29 août 1914.

⁹² *Ibid.*, Rapport n°2126 [sic] du 30 août 1914.

⁹³ AN/F7/12 937, Préfecture de l'Ariège – Rapport journalier du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG), Foix, 28 août 1914.

⁹⁴ *Ibid.*, Préfecture de Charente Inférieure – Rapport journalier du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG), La Rochelle, 28 août 1914 et Préfecture de Charente - Rapports journaliers du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG) Angoulême, 24, 25, 27, 28 août 1914. Les passages soulignés sont de mon fait.

Ministre prie la 7^e direction de vouloir bien donner les instructions en vue d'éviter l'envoi de convalescents à Paris⁹⁵».

Et les « prières » du ministre sont exaucées, la direction du Service de Santé interdit l'envoi des convalescents dans la capitale⁹⁶. Difficile de penser que ces mesures aient pu avoir quelques effets en matière de contrôle de l'information quand - les rapports des préfets et commissaires en témoignent- le pays reçoit les flux de réfugiés qui quittent les départements envahis et quand, dans le même temps, les lieux d'hospitalisation se multiplient à l'arrière dans le cadre d'initiatives privées (les œuvres). Mais les interdictions sont parfois mises en œuvre de manière plus subtile. En atteste, cet échange, en date du 8 septembre, entre le Préfet du Rhône et son ministre, après que le Général Commandant la XV^e Région lui ait fait parvenir une dépêche ministérielle (en date du 7 septembre 1914) prescrivant « d'interdire d'une façon absolue tout contact entre la population civile et les blessés » et d'évacuer les gares « au passage des trains de blessés »⁹⁷. Le Préfet signale que « les termes absolus de cette dépêche semblent exclure des quais de la gare, au moment de l'arrivée des convois de blessés, les représentants de la presse elle-même, ce qui ne seraient pas sans présenter quelques inconvénients »⁹⁸. Du point de vue du Général, la question se pose en effet « de savoir si la présence de ces représentants ne pourrait être tolérée sur le quai, étant entendu que les journaux auxquels ils appartiennent ne publieraient à ce sujet rien qui n'ait été au préalable l'objet d'un examen et d'une censure rigoureuse à laquelle ils se soumettent d'avance »⁹⁹. En marge, une note manuscrite fait état de la position du ministre: « Répondre oui, si d'accord avec autorités militaires [...] »¹⁰⁰.

À la lecture on est frappé par l'homogénéité de forme et de fond de ces productions. Sans doute peut-on voir là un effet de la routine puisque ces rapports sont quotidiens. Cela dit, ces écrits sont aussi et surtout, le produit de savoir-faire militaires, administratifs et policiers longuement constitués au cours du XIX^e siècle. Dans les extraits mentionnés se retrouvent tous les éléments structurants du discours dominant patriotique, au premier rang desquels, les développements sur le « moral des blessés », déclinaison de l'obsession militaire pour le « moral des combattants »¹⁰¹. Dans le langage

⁹⁵ AN/F7/12 936/ Dossier 44 : Ministère de la Guerre – Cabinet du Ministre. Note (776) pour la 7^e direction de la Guerre, Paris, le 31 août 1914.

⁹⁶ *Ibidem*.

⁹⁷ AN/F7/12 936/ Dossier 4, Préfecture des Bouches-du-Rhône – Cabinet du préfet – Direction de la Sûreté Générale – Mr le préfet à Mr Le Ministre de l'Intérieur – Marseille le 8 septembre 1914.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Sur la question du moral voir André Loez, "Pour en finir avec le "moral" des combattants", in Jean-François Muracciole, Frédéric Rousseau (dir.), *Combats. Hommage à Jules Maurin*, Montpellier, éd. Michel Houdiard, 2010, p. 108-119.

de l'encadrement militaire en effet, « le moral » est une « chose à surveiller, à mesurer, à quantifier » sans qu'on sache précisément ce que désigne le terme¹⁰². Et pour cause, il n'a jamais fait l'objet d'aucun travail de définition et relève en réalité d'une lecture de sens commun des comportements collectifs qui emprunte aux rationalisations pseudo-scientifiques de Le Bon matière à légitimer ses préjugés sociaux¹⁰³. Dans cette vision binaire du monde social, critiquer la guerre, la raconter seulement, telle qu'on l'a vécue, n'est pas une option, c'est un signe de défaitisme, une attitude pathologique, relevant de la déviance, dont on craint qu'elle mette en jeu, par son caractère contagieux, la performance des troupes et/ou le soutien à la guerre (supposé) des populations de l'Arrière. Sous la plume des préfets, les rapports présentent aussi les caractéristiques de cette techné¹⁰⁴ inventée sous la Monarchie de Juillet et généralisée sous le Second Empire qu'est la surveillance de « l'esprit public » (devenu au fil du siècle « l'opinion publique »)¹⁰⁵. Largement empreints de cette croyance en vertu de laquelle le choc émotionnel provoqué par la vue ou le contact des corps mutilés pourrait générer paniques, troubles et mouvements sociaux susceptibles de mettre à mal le déroulement de la mobilisation dont ils ont la charge, leurs auteurs renseignent aussi sur le « moral de la population » et « les sentiments de l'opinion » qu'ils surveillent. En dépit des réalités qu'ils décrivent, cette problématique de la contagion, de la contamination de l'opinion par des sentiments irrationnels et des idées radicales structure totalement leur perception de « l'opinion ». Si elle est une catégorie d'entendement centrale chez les spécialistes de la surveillance qui appréhendent le monde social dans une perspective organiciste (le « corps social ») cette grille de lecture est aussi bien commode pour les régimes successifs en ce qu'elle permet de disqualifier les processus de politisation populaires comme pathologiques ». Produit de représentations sociales bien ancrées mais aussi « d'intérêts bien compris », ce paradigme contagionniste se reproduit d'autant mieux dans les rapports à différentes époques que de très fortes contraintes institutionnelles poussent à l'uniformisation et au conformisme¹⁰⁶.

En fin de compte, ces documents nous en disent sans doute autant, sinon davantage, sur leurs producteurs que sur les réalités qu'ils prétendent décrire et analyser et on voit par ces exemples comment le contrôle de l'information, l'intense travail de

¹⁰² *Ibid.*, p. 107.

¹⁰³ La psychologie des foules de Gustave Lebon paraît en 1895 et connaît un grand succès chez nombre d'officiers qui l'articulent avec les travaux d'Ardant du Picq notamment. Sur ce point voir Julien Mary, « Ordonner ou persuader ? Les ambiguïtés du discours militaire français à la veille de la Grande Guerre », dans André Loez et al. *Obéir, désobéir, op. cit.*

¹⁰⁴ Entendue ici comme dispositif administratif et gouvernemental de contrôle de l'évènement.

¹⁰⁵ Sur la genèse et l'institutionnalisation de la surveillance politique au XIX^e Voir P. Karila-Cohen, *L'État des esprits: l'invention de l'enquête politique en France, 1814-1848*, Rennes, PUR, 2008.

¹⁰⁶ Pierre Karila-Cohen, *L'État des esprits, op. cit.*, p 340-347.

légitimation de la République en guerre et la surveillance des hommes s'articulent et produisent une nouvelle « hiérarchie du dicible et de l'exprimable » qui rend extrêmement couteuse parce que suspecte, toute manifestation publique d'une opinion assimilable à un désaccord quant à la conduite de la guerre¹⁰⁷. Pour autant, rien n'autorise à conclure à l'efficacité des dispositifs de mobilisations idéologique et de contrôle. D'abord, parce que différents travaux montrent au contraire que pendant la Grande Guerre, comme à d'autres époques et dans d'autres contextes, manifestations d'enthousiasme, simple participation et, *a fortiori*, absence d'opposition manifeste ou de contre-discours ne signifient pas adhésion¹⁰⁸, ensuite parce qu'il existe toujours, même quand les règles du jeu social et institutionnel se durcissent en temps de guerre, des marges de manœuvre¹⁰⁹. Mais en rendre compte suppose de se déprendre des schèmes de pensée qui sont ceux du contrôle social et de la surveillance politique en vertu desquels les autorités assimilent bien vite la distance critique à la contestation de la guerre. Il est tout à fait possible en effet de soutenir publiquement la guerre, de croire en sa nécessité, tout en critiquant en parole ou en acte la manière dont elle menée. Dans le moment de grande incertitude que constitue la bataille de la Marne, émerge un discours dénonçant le sort réservé aux blessés. La critique se déploie d'abord en interne, au sein de même de l'institution militaire. Elle émane d'un officier supérieur parmi les plus hauts placés et met directement en cause la 7^e direction qui ne manque pas de répliquer.

1.2.2 Les blessés comme enjeu de conflit interne à l'armée

Le 17 septembre, le Général Directeur de l'Arrière Laffon de Ladébat (1849-1925)¹¹⁰ rédige une note cinglante à destination du GQG. Il y écrit qu'il a : « *déjà été obligé d'adresser des observations sur les conditions dans lesquelles se faisaient les évacuations des blessés [et que] des faites récents et des incidents survenus le long des lignes d'évacuation ont montré que ce service était encore assuré dans certaines armées de la façon la plus défectueuse [...] fréquemment en violations complètes des prescriptions réglementaires et des instructions ministérielles [...]* »¹¹¹. Pour lui « *la seule préoccupation a été jusqu'ici de se débarrasser dans n'importe quelles conditions des blessés, quel que soit leur état, en les*

¹⁰⁷ Fabrice Pappola, Le « bourrage de crâne » dans la Grande Guerre, thèse citée, p. 347.

¹⁰⁸ Christopher Browning, *Des Hommes ordinaires*. Le 101^e bataillon de réserve de la police allemande et la solution finale en Pologne, Paris, Les Belles Lettres, 1994. Nicolas Mariot, *Bains de foule*,

¹⁰⁹ Voir André Loez, Nicolas Mariot (dir.), dans André Loez et al. *Obéir, désobéir, op. cit.*, p. 12.

¹¹⁰ Général de division (1908), Grand Officier de la Légion d'honneur et membre du Conseil Supérieur de la Guerre. Remplacé le 30 novembre 1914 par le colonel Camille Ragueneau, il passe dans la réserve en décembre 1914, les cinq premiers mois de guerre signe la fin de sa carrière. Voir AN, Dossier LH/1434/57.

¹¹¹ Archives Privées Claudius Regaud (conservées par la famille), Quartier général des armées de l'Est - Direction de l'arrière - note n°3 882, 17 septembre 1914. Le jour est incertain, la date était difficilement lisible sur le document mais elle est forcément antérieure au 26 septembre. Toutes les citations du paragraphe sont extraites de cette même note.

entassant parfois dans n'importe quel train, même dans des wagons malpropres (d'où sont résultés des cas de tétanos) [...] presque sans personnel d'accompagnement ». Et le réquisitoire, implacable, se poursuit. L'inobservation des « règles les plus élémentaires » a abouti au « triste résultat : d'encombrer les lignes d'évacuation » avec des trains non préparés qui ont stationnés dans les gares non prévues à cet effet. Le général poursuit évoquant le cas « d'un train de 40 wagons remplis de blessés graves couchés sur des brancards à même le plancher » et bloqué neuf heures en gare de Montargis avant de préciser que des faits analogues ont été observés ailleurs notamment à Dijon. La mise en cause vise directement les services de santé des armées notamment ceux qui officient dans les zones des Étapes et de l'Arrière et elle se conclut par une exhortation au rappel et à l'application des « sanctions encourues ».

Dans un brouillon de note daté du 12 septembre et dont on ignore s'il a été envoyé et à qui, Troussaint indique (manifestement en réponse à la première note émanant de la direction de l'Arrière) que « 41 trains sanitaires, constitués en personnel et matériel » n'ont pas utilisés sans qu'il puisse expliquer pourquoi. Il précise par ailleurs que le Service de Santé dispose de 170 trains qui peuvent évacuer 92 500 blessés dont 47 250 couchés ce qu'il juge suffisant au regard des besoins, « si on veut s'en servir »¹¹². Dans le langage policé des échanges officiels entre officiers supérieurs, la contre-attaque vise expressément la Direction de l'Arrière. Suite à la seconde note de Laffon de Ladébat, les mises en cause de la 7^e direction se font plus précises encore à l'encontre de la DA dont les écrits se contentent de « reproduire les défauts qui lui ont été signalés par dépêche ministérielle le 15 septembre (n° 8 166 C/7) sans indiquer les moyens pour y remédier »¹¹³. L'adjoint de Troussaint, le médecin principal de 1^{ère} classe Octave Dupard (1858-1927), estime pour sa part que la responsabilité des problèmes d'évacuation incombe à DA et que celle-ci doit « inviter les Directeurs des étapes et des services à se concerter avec les médecins d'armée pour régler l'organisation des trains d'évacuations ». Il juge de même que c'est à elle qu'il appartient « d'utiliser la totalité des trains sanitaires organisés en personnel et en matériel ce qui n'a pas été fait à ce jour »¹¹⁴.

Dès la mi-septembre (et sans doute avant), le « problème des blessés » commence à exister sous deux formes : comme problème de sécurité intérieure intéressant les administrations de la Guerre et de l'Intérieur et comme problème d'administration interne à l'armée (les évacuations) mettant aux prises l'État-major des Armées (dont dépend la DA) et le Ministère (dont dépend la 7^e direction). Dans les deux cas

¹¹² SHD/6N14/ Pièce sans titre et non numérotée signée Troussaint. 12 septembre 1914.

¹¹³ SHD/ 6N14/ 7^e Direction Service de Santé - Cabinet du Directeur - Mobilisation / Note 9 315 C/7 pour l'État-major de l'Armée (4^e bureau). Bordeaux, le 26 septembre 1914.

¹¹⁴ *Ibidem*.

cependant, la dimension objective du problème ne suffit pas à en faire un « problème public », d'autant que les autorités civiles et militaires travaillent, on l'a dit, à faire silence. La situation des blessés et malades n'est constituée « problème public » qu'à partir du moment où la 7^e direction est l'objet de dénonciations publiques dans la presse d'opinion.

2 La presse et la fabrique du « scandale » des blessés

Alors que Laffont de Ladébat et Troussaint se renvoient la responsabilité d'évacuations provoquant bien « des souffrances inutiles »¹¹⁵ et tandis que Poincaré visite les hospitalisés de Bordeaux, Georges Clemenceau (1841-1929) donne le coup d'envoi d'une virulente campagne de presse qui prend pour cible la direction du Service de Santé. En dépit de la censure, des articles très durs paraissent et dénoncent la lenteur de la relève des blessés, le fonctionnement catastrophique des trains sanitaires, le manque de matériel et de personnel et, bientôt, l'inefficacité et l'iniquité des dispositifs de traitement et de réforme en zone de l'intérieur. Largement produite par « en haut » et relevant des dispositifs de mobilisation de l'Arrière, « la cause des blessés » devient une ressource politique pour contester la conduite de la guerre. Pour comprendre comment la situation des blessés participe du retour de la conflictualité politique dans ce moment bien particulier où la parole publique est étroitement surveillée (réunions et rassemblements publics sont interdits), j'ai pris le parti de réexaminer les critiques parues dans la presse en essayant de saisir, au delà de leur seul contenu, les conditions de leur production et les registres de légitimation mobilisés. La démarche permet de montrer que ce sont pour l'essentiel les leaders d'opinion de la presse politique (2.1.1) qui attaquent le SSM lors d'une semaine critique après Marne (2.1.2) et que c'est la réponse de son directeur (Troussaint) qui enclenche la dynamique de l'échange de coups (2.1.3.)

2.1 Des leaders d'opinion qui s'adressent aux milieux dirigeants

Suivant cette logique je me suis appuyé sur les articles mentionnés dans les bibliographies des principaux travaux portant sur l'histoire du Service de Santé et/ou de la santé en guerre cités précédemment¹¹⁶ et j'ai constitué un corpus complémentaire à partir des « coupures de presse » réunies dans les cartons « presse et service de santé » des archives du Val-de-Grâce¹¹⁷. On sait peu de choses de cette « série » constituée par la 7^e

¹¹⁵ Note n°3 882, op. cit.

¹¹⁶ Il s'agit de Fournier (1996), Perrolat (2006), Larcen, Ferrandis (2008), Viet (2015), tous cités.

¹¹⁷ CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, cartons A 265 à A 268.

direction bien avant la création de l'établissement « Archives et Documents de guerres » par Godart¹¹⁸. En 1914, Léon Deffoux (1881-1944), rédacteur de l'agence Havas, reprend le travail de sélection et d'archivage des articles commencé avant la guerre (mais à une date inconnue) par le médecin-major de 1ère classe Jean-André Lamoureux (1872-)¹¹⁹. Les biais et logiques de sélection qui font, par exemple, que les publications d'un Barrès ou d'un Clemenceau sont archivées alors que celles du très prolifique Gustave Hervé (1871-1944) ne le sont pas, nous échappent largement. On peut toutefois - à partir des « tables mensuelles thématiques » produites par la secrétaire¹²⁰ en charge du classement - objectiver un peu cet ensemble. De l'entrée en guerre à la démission de Troussaint (août 1914- août 1915) il rassemble un peu plus d'un millier d'articles parus dans quelques 25 titres¹²¹. En dépit de ce que suggèrent ces deux chiffres, l'entreprise ne se caractérise pas par la recherche de l'exhaustivité et son éclectisme n'est qu'apparent. Sur les 25 quotidiens et périodiques référencés, deux se distinguent nettement par la place qu'ils occupent dans la sélection. C'est d'abord *Le Temps*, quotidien de « centre gauche » qui s'est imposé sous la direction du sénateur de Haute-Garonne Adrien Hébrard (1833-1914) comme le quotidien de référence en France. Il ne tire « qu'à » 60 000 exemplaires (en 1914) mais il est indépendant financièrement et dispose de ses propres correspondants¹²². Dans les archives de la 7^e direction, *Le Temps* compte à lui seul 3 fois de plus d'articles archivés que tous les autres journaux réunis (778 sur 1 028). Vient ensuite le quotidien du matin de la droite nationaliste et catholique, *L'écho de Paris*. Très lu parmi les officiers, le journal fondé par Valentin Simond passe pour être la voix de l'État-major¹²³ (notamment depuis l'Affaire Dreyfus) et s'est imposé, lui aussi, comme un journal de référence dans la capitale. En 1914, il est le premier sur ce segment (presse parisienne destinée à un public bourgeois de droite) loin devant *La Patrie* ou *l'Intransigeant* et il tire à 150 000 exemplaires. L'absence quasi totale des quatre plus importants quotidiens nationaux - *Le Petit Parisien*, *Le Petit Journal*, *Le Journal* et *Le Matin* dont les tirages cumulés représentent près des trois quart du tirage de la presse parisienne et 40% du tirage global

¹¹⁸ Circulaire du SSESSM n° 78-Ci/7 du 5 mai 1916 - L'établissement est inauguré au Val-de-Grâce le 2 juillet 1916, il a pour unique thème «les secours aux blessés depuis le champ de bataille jusqu'à l'hôpital». Par le décret du 26 avril 1918, il devient le «Musée du Service de santé des armées».

¹¹⁹ Voir en ligne [<http://hopitauxmilitairesguerres1418.overblog.com/%C2%AB-archives-et-documents-de-guerre-%C2%BB-au-val-de-grace-1916>].

¹²⁰ Les documents sont parfois signés « la secrétaire » mais je n'ai pas été en capacité de l'identifier et d'en savoir davantage à son sujet.

¹²¹ J'en ai enregistré 1028 mais la précision à l'unité près n'a pas grand sens ici, notamment parce que certains articles ont été scindés (par thèmes) et que les différents extraits ont été enregistrés dans les tables séparément. Le tableau n° en annexe détaille la composition du corpus.

¹²² Claude Bellanger (dir), *Histoire Générale de la Presse Française*, t.3, 1871-1940, Paris, PUF, 1972, p. 356.

¹²³ Christian Delporte, *Les journalistes en France, 1880-1950, naissance et construction d'une profession*, Paris, Seuil, coll. XX^e siècle, 1998. En 1914, Henry et Paul Simon ont pris la suite de leur père à la tête du journal.

de la presse française (en 1912)¹²⁴ - est particulièrement frappante. On ne trouve pas un seul article du *Petit Journal* dans ces archives et moins de 20 papiers issus des trois autres « grands » de la presse populaire. Si on trouve quelques articles issus de la presse militante socialiste et royaliste (*L'Humanité* et *L'Action Française*). *La Petite Gironde*, dont la rédaction se trouve de fait favorisée par l'installation du gouvernement à Bordeaux, occupe une place de choix dans la sélection.

Quoique un peu sommaires, ces éléments permettent de comprendre un peu mieux la démarche de la 7^e direction. En dépouillant prioritairement *Le Temps*, *L'écho de Paris*, *La Petite Gironde* et, dans une moindre mesure *L'Homme Libre* (le journal de Clemenceau), elle cible la presse d'information et d'opinion destinées à la bourgeoisie parisienne, elle observe ce qui se dit dans les quotidiens destinés aux lecteurs appartenant aux champs du pouvoir politique, bureaucratique, économique et militaire¹²⁵. Si les hommes du ministère n'oublient pas la presse militante (*L'Humanité*, *L'Action Française*) ils travaillent d'abord à connaître le point de vue sur les événements de ceux qu'ils considèrent eux-mêmes comme les plus habilités à donner leur opinion.

¹²⁴ Claude Bellanger (dir), *Histoire Générale de la Presse Française*, op. cit., p. 297.

¹²⁵ Christophe Charle, *Le siècle de la Presse (1830-1939)*, Paris, Seuil, L'Univers Historique, 2004, p. 155-167.

Tableau n°18 : La vieille presse de la direction du SSM (4 août 1914- 18 août 1915)

Titres	Nombre d'articles	Type de journal	Orientation politique	Tirage entre 1912 & 14
<i>Le Temps</i>	778	Quotidien presse bourgeoise parisienne	Centre gauche	60 000 (1914)
<i>L'Écho de Paris</i>	75	Quotidien presse bourgeoise parisienne	Droite catholique	150 000 (1914)
<i>La Petite Gironde</i>	21	Quotidien grande presse régionale	Républicain	200 000 (1914)
<i>La Liberté</i>	18	Quotidien presse moyenne parisienne	Républicain modéré	75 000 (1914)
<i>Le Sporting</i>	16	Non renseigné (NR)	NR	NR
<i>L'Illustration</i>	15	Magazine illustré non-politique bourgeoisie parisienne	Républicain	NR
<i>L'Excelsior</i>	12	Magazine illustré non-politique bourgeoisie parisienne	Républicain modéré	100 000 (1914)
<i>Le Figaro</i>	13	Quotidien presse bourgeoise parisienne	Centre droit	NR
<i>L'Humanité</i>	12	Quotidien presse militante parisienne	Socialiste	115 000
<i>L'Action française</i>	8	Quotidien presse militante parisienne	Royaliste	NR
<i>Le Journal</i>	8	Grands quotidiens populaires	Droite	1 000 000 (1913)
<i>Le Matin</i>	8	Grands quotidiens populaires	Républicain modéré	NR
<i>L'Eclair</i>	8	Quotidien presse moyenne parisienne	Droite nationaliste	NR
<i>La Bataille syndicaliste</i>	5	Quotidien presse militante (organe CGT)	Gauche révolutionnaire	NR
<i>Le Cri de Paris</i>	5	Hebdomadaire satirique	Gauche révolutionnaire	NR
<i>L'Homme Libre / Enchaîné</i>	5	Quotidien presse satirique	Radical	NR
<i>L'Œuvre</i>	4	Hebdomadaire presse d'opinion	Gauche "indépendante" (nationaliste et antisémite)	NR
<i>La Presse médicale</i>	4	Revue professionnelle spécialisée	-	NR
<i>Le Gaulois</i>	4	Quotidien presse Haute bourgeoisie et aristocratie	Royaliste	NR
<i>La France de Bordeaux</i>	2	Quotidien grande Presse Régionale	Radicale	NR
<i>Le journal de Rouen</i>	2	Quotidien presse provinciale bourgeoise	Républicain modéré	NR
<i>Le Petit Parisien</i>	2	Grands quotidiens populaires	Républicain	NR
<i>La Presse</i>	1	Presse d'opinion « classe moyenne » parisienne	Droite	80 000 (1914)
<i>Le Journal des débats</i>	1	Presse Bourgeoise parisienne	Centre droit	NR
<i>Renaissance politique littéraire et artistique</i>	1	Revue d'avant-garde	NR	3 500 (1917)
Total		1028		

Sources : Val de Grâce, ASS, carton 266 "Presse et service de santé". Cl. Bellanger (dir), Histoire Générale de la Presse Française, op-cit., p. 294-405. Ch. Charle, Le siècle de la Presse (1830-1939), Paris, Seuil, L'Univers Historique, 2004, p. 155-200.

Le très faible nombre d'articles issus de la presse spécialisée (4 articles parus dans La Presse Médicale), constitue un indice supplémentaire de la logique de l'entreprise : il ne s'agit pas de s'informer des controverses savantes et techniques mais de savoir si et comment elles sont relayées par les leaders d'opinion qui s'adressent aux milieux dirigeants¹²⁶.

Dans cet ensemble, 300 articles environ traitent de questions intéressant directement la politique sanitaire du ministère et le SSM (organisation de la prévention et des soins aux blessés). Dans le cadre de ce chapitre, il n'était ni envisageable ni souhaitable (parce que trop coûteux) de mobiliser une telle masse documentaire. J'ai donc opéré une double réduction. Je me suis d'abord limité à la séquence septembre-novembre 1914, c'est à dire au moment où les prises de position publiques critiques sont encore largement circonscrites au seul espace de la presse d'opinion. Ensuite, je n'ai pas cherché à construire un corpus « représentatif » du travail mené par toutes les entreprises de presse concurrentes, mais j'ai ciblé les publications qui présentaient explicitement la politique de santé menée comme un problème. Au final, j'ai retenu une vingtaine d'articles et communiqués officiels qui, parce qu'ils se répondent, se confortent ou se renforcent dans leur opposition, éclairent les logiques de la lutte opposant contempteurs et défenseurs du SSM.

2.2 Aux lendemains de la Marne : une semaine critique

Le 17 septembre 1914, Clemenceau fait paraître dans son journal, *L'Homme Libre*, un article cinglant dans lequel il décrit les dysfonctionnements de la chaîne d'évacuation et retourne contre le SSM la rhétorique patriotique qui fait de la prise en charge des blessés un devoir sacré : « [...] *je ne puis accepter que nos blessés souffrent d'impardonnables négligences qui dans les circonstances actuelles, prendraient proportion d'un attentat contre la Patrie*¹²⁷ ». Du point de vue de son tirage, *L'Homme Libre* est un journal relativement confidentiel, mais l'auteur, lui, est un acteur central dans le jeu politique français¹²⁸.

¹²⁶ Bien que désorganisés par la mobilisation, plusieurs périodiques de référence continuent de paraître. C'est le cas notamment de *La Gazette médicale de Paris*, du *Lyon médical* ou encore de la *Revue Scientifique*, du *Bulletin de l'Académie de médecine*. Pour une liste des publications qui perdurent pendant la guerre Voir *L'Argus de la Presse Grande Guerre 1914-15-16-17. Nomenclature des journaux, revues, périodiques français paraissant en France et en langue à l'étranger*, Paris, éd. L'Argus de la Presse, mai 1917.

¹²⁷ G. Clemenceau, « Les blessés », *L'Homme libre*, 17 septembre 1914. Reproduction dactylographiée dans Archives de la direction du service de santé militaire, carton 266, dossiers « Coupures de presse » septembre-décembre 1914.

¹²⁸ On objectera qu'en septembre 1914, cela fait plusieurs années (depuis la chute de son cabinet en 1909) qu'il est affaibli politiquement. C'est sans doute le cas, mais l'affrontement sur les modes de représentation aux législatives qui l'oppose à Briand en 1913 (et dont il sort vainqueur) signe son retour au premier plan de la vie politique.

Ancien Président du Conseil (1906-1909) le sénateur du Var (depuis 1902) est notamment membre de la Commission de l'Armée du Sénat¹²⁹. Instituée en janvier 1891, la CAS compte (à partir de 1911) 27 membres élus par les bureaux au début de chaque session ordinaire et tacitement reconduits ensuite. Outre des politiques de premier plan (Charles de Freycinet, Paul Doumer, Léon Bourgeois entre autres), d'anciens officiers reconvertis en politique via un passage par le journalisme y officient, comme l'ex-lieutenant de chasseurs à pied devenu sénateur de la Seine, Auguste Gervais (1857-1917) et Charles Humbert (*cf.* Chapitre 1) qui depuis son élection en 1908 en assure le Secrétariat Général. Tous deux disposent d'importants réseaux chez les officiers républicains et endossent à la CAS les rôles « d'experts », de défenseurs des intérêts de l'institution militaire et de promoteurs d'une réforme de son organisation, notamment au plan de l'armement. Siègent également aux côtés de Clemenceau, le sénateur du Rhône Paul Cazeneuve (1852-1934) docteur en pharmacie et en médecine (agrégé de chimie) et l'ex-médecin militaire élu sénateur du Nord en 1911, Charles Debierre (1853-1932). Tous deux joueront un rôle central au printemps 1915 (et tout au long de la guerre) au sein de la sous-commission santé de la CAS, j'y reviendrais au chapitre suivant. Par ailleurs, Clemenceau est lui-même médecin de formation et, au moment où il écrit, son fils, atteint d'une balle dans la cuisse, est hospitalisé à Luçon (Normandie). Cet ensemble d'éléments confère à ses prises de position contre le SSM une légitimité d'autant plus évidente que la critique s'inscrit en continuité de prises de position bien antérieures. Sans se faire l'exégète de la stratégie politique du « Tigre », on peut noter que la prise de position a le mérite de la cohérence : pour celui qui pendant l'Affaire Dreyfus affirmait la nécessité d'une soumission totale de l'ordre militaire au politique, la « cause des blessés » constitue à l'évidence une ressource politique pour imposer, contre la « doctrine Millerand », le contrôle parlementaire aux armées¹³⁰. La réaction des autorités est d'ailleurs à la hauteur de son capital politique et du pouvoir de déstabilisation qu'on lui prête : alors que la censure sanctionne peu, ses propos valent à L'Homme Libre une interdiction de parution de huit jours (qu'il contourne en faisant envoyer à près de 2 000 personnes les articles qu'il rédige¹³¹).

Pour autant, à ce moment précis, le contrôle parlementaire est loin d'être le seul enjeu de la critique du SSM. Deux jours après cette première dénonciation publique,

¹²⁹ Avec la suspension de la session ordinaire en août (entérinée le 3 septembre), la Commission de l'Armée du Sénat (notée CAS désormais) ne se réunit plus. Elle est de nouveau active lorsque le Parlement, en toute fin de session, reprend ses activités le 19 décembre 1914.

¹³⁰ Sur La doctrine Millerand - qui consiste pour l'essentiel à laisser à l'armée les pleins pouvoirs sur la Zone des Armées- et l'enjeu du contrôle parlementaire aux armées voir. Vincent Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p.52-58

¹³¹ Voir Laurent Martin, *Le Canard enchaîné : ou les fortunes de la vertu. Histoire d'un journal satirique 1915-2005*, Nouveau Monde Éditions, 2005.

c'est le très catholique député de Paris Maurice Barrès, boulangiste en son temps et antidreyfusard, qui signale dans les colonnes de *L'Écho de Paris* que « les soins donnés aux blessés ne sont pas ce qu'ils devraient être »¹³². Il est pourtant un fervent de soutien de l'armée (une véritable « école d'héroïsme ») et il entretient avec ses fractions les plus réactionnaires d'étroites relations, notamment depuis l'Affaire Dreyfus¹³³. L'écrivain académicien est aussi, depuis peu, président de la Ligue des Patriotes qui compte nombres d'officiers (catholiques) dans ses rangs¹³⁴. C'est donc au nom de la défense de cette « Arche Sainte » qu'est l'armée que Barrès stigmatise le manque de soin. Il s'appuie pour ce faire sur une stratégie de dramatisation visant à mobiliser par le recours à l'émotion : la question est « tragique » et les « pouvoirs compétents » devraient y remédier avec « la rapidité de la foudre » car « nos sauveurs anonymes sont des êtres en chair et en os. Chair qui saigne, os qui se brisent quant le cœur ne bronche pas ». Et rien ne manque dans la rhétorique barrésienne, ni les procédés d'exagération : « Nul Français ne peut plus dormir s'il croit qu'il y a des blessés négligés », ni la culpabilisation : « ils nous ont sauvés et nous serions, nous, désunis pour les soigner »¹³⁵ ! L'argument de la désunion résonne un peu différemment quand on sait que Barrès est aussi président du Comité de propagande du 1^{er} arrondissement de Paris de la Société de Secours aux Blessés Militaires (SSBM), entreprise philanthropique qui se partage, avec l'Association des Dames de France et l'Union des femmes de France (sous l'égide de la croix rouge mais sous contrôle du SSM), le marché du secours privé aux blessés et malades de guerre. Si la SSBM est très liée à l'armée, tant par son histoire et que par la composition de ses organes centraux, elle est juridiquement placée en position de subordination vis-à-vis du corps de santé de l'armée dont elle a calquée l'organisation (par région militaire) et cette forme de division sociale et fonctionnelle du travail d'assistance médicale aux blessés produit une relation de coopération compétitive entre les deux institutions au principe de bien des tensions¹³⁶.

Trois jours plus tard, le 22 septembre, c'est le franc-tireur socialiste Gustave Hervé (1871-1944), venu au journalisme avec l'Affaire Dreyfus, plusieurs fois emprisonné pour ses diatribes antimilitaristes¹³⁷, qui poursuit la charge dans « Le rôle des blessés », article

¹³² Maurice Barrès, « Pour ceux qui se battent », *L'Écho de Paris*, 19 septembre 1914.

¹³³ Il est proche par exemple du général Édouard de Castelnau (Vicomte de Curières de Castelnau, 1851-1944) commandant d'armée et chef d'état-major du général Joffre voir Corinne Bonnafoux-Verrax, « Le Général de Castelnau au service de la patrie et de la foi », dans Olivier Forcade, Eric Duhamel, Philippe Vial, *Militaires en République. Les officiers, le pouvoir et la vie publique en France*, Publications de la Sorbonne, 1999, p. 405-415.

¹³⁴ Barrès succède à Paul Déroutède (1846-1914) à la tête de la LP en juillet 1914.

¹³⁵ Maurice Barrès, « Pour ceux qui se battent », *op. cit.*

¹³⁶ Sur ce secteur privé du secours aux blessés militaires voir les chapitres précédents (1 et 3).

¹³⁷ Hervé appartient à la minorité "révolutionnaire" de la SFIO. Ses prises de positions antimilitaristes l'ont fait révoquer du *Travailleur socialiste* de l'Yonne et ses articles dans *Le Pioupiou de L'Yonne* lui ont valu plusieurs séjours en prison. Il fonde *La Guerre Sociale* en 1906 (qui tire jusqu'à 50 000 exemplaires) avec Almeyreda et Eugène Merle qui, en 1913, lancent leur propre hebdomadaire révolutionnaire *Le Bonnet*

tranchant et sarcastique dans lequel il moque la censure et énumère quelques-unes des « négligences impardonnables » évoquées par Clemenceau :

« Il y a Paris [...] des infirmiers, des internes, des externes des hôpitaux, et même des médecins. Il y a – chut ! Je ne sais si je trahis un secret d'État – des voitures [...] toutes pourraient transporter du linge, des lits de sangle, des brancards et brancardiers, des infirmiers, des étudiants en médecine et des médecins en quelques heures, si une catastrophe se produisait à quelques lieues [...] ».

Et il désigne explicitement un responsable dont il demande le limogeage :

« Le directeur du service de santé – [...] dont je ne sais s'il est un ami ou un ennemi politique et dont j'ignore jusqu'au nom – sait-il qu'au moment où nos blessés de la bataille de la Marne ont été soignés comme la censure ne m'a pas permis de l'écrire, il y avait à Paris des médecins civils qui [...] suppliaient qu'on les employa [...] ? Sait-il que dans toutes les salles de chirurgie des hôpitaux de la Seine il y a depuis le début du conflit des étudiants [...] qui se tournent les pouces, oisifs, inutiles et que pendant ce temps-là, des hommes sont morts ou ont dû être amputés, à quelques lieues de Paris, faute de soins intelligents [...] ? Sait-il que bon nombre d'étudiants en médecine [...] servent comme fantassins, comme cavaliers, comme artilleurs [...] que les magasins du Louvre ont installé [...] un hôpital de 250 lits avec salle d'opération, personnel complet de chirurgiens, d'internes, d'infirmières [...] et que tout ce personnel attend encore son premier blessé ? [...] Le généralissime Joffre a révoqué [...] les généraux qui se sont montrés insuffisants [...] On a révoqué des préfets, sous-préfets, maires et conseillers municipaux [...] va-t-on laisser en place le chef du service de santé responsable [censuré] de cette criminelle incurie, va-t-on continuer à donner au pays l'impression que le service de santé en France a à sa tête un cocher de corbillard ?¹³⁸ ».

Barrès qui se défend de « mener une campagne » potentiellement dangereuse, fait dès le lendemain, un constat du même ordre :

« [...] au premier moment dans les services sanitaires, on fut pris au dépourvu, et peu capable d'assurer les transports. Il semble aussi qu'une entente imparfaite ait d'abord régné entre le Service de santé, l'Assistance publique et les initiatives privées. On a envoyé des blessés bien loin, d'abord, et par la suite, à Paris, on les a entassés dans des locaux insuffisamment aseptiques alors qu'on refusait d'en mettre dans les locaux de l'Assistance publique [...] ou dans les sept ou huit mille lits des sociétés d'assistance¹³⁹ ».

Il brosse ensuite le portrait d'un service de santé qui dysfonctionne de toutes parts et dresse la liste des améliorations à réaliser :

« On nous a promis [...] que les ambulances de premières lignes [...] seraient toutes très surveillées, qu'elles auraient un personnel chirurgical compétent, des infirmiers instruits

Rouge. Antimilitariste et socialiste en 1914, Hervé prône ensuite un socialisme national qui le conduit à promouvoir le fascisme. Voir Gilles Heuré, *Gustave Hervé. Itinéraire d'un provocateur. De l'antipatriotisme au pétainisme*, Paris, La Découverte, collection L'espace de l'histoire, 1997.

¹³⁸ Gustave Hervé, «Le rôle des blessés», 22 septembre 1914, dans *La patrie en danger*, Recueil *in extenso* des articles publiés dans *La Guerre sociale* par Gustave Hervé du 1^{er} juillet 1914 au 1^{er} novembre 1914, Paris, Bibliothèque des ouvrages documentaires, 1915, p. 204. C'est moi qui souligne.

¹³⁹ Maurice Barrès, «Les blessés sont faits pour être guéris», *L'Écho de Paris*, 23 septembre 1914.

ou des infirmières, les instruments indispensables et les médicaments essentiels. [...] que les trains sanitaires seraient surveillés et qu'ils auraient, tous, un personnel médical [...] des seringues pour injections hypodermiques, des objets de pansements, des bassins etc. de l'eau potable [...] que toutes les infirmeries de gare seraient installées et surveillées [...] que les blessés atteints gravement seraient placés dans de véritables hôpitaux [...] ayant des chirurgiens éprouvés [...] qu'on ne les placerait pas dans des hôpitaux de fortune¹⁴⁰ ».

Dès le lendemain, l'extrême-droite maurassienne - plus laconique – répond à Barrès et à Hervé dans les colonnes de *L'Action française*. L'article nuance et minimise mais reconnaît in fine, que le service de santé fonctionne moins bien que celui de la Grande-Bretagne (qui incarne pour Barrès la « perfection des services sanitaires »). Pour l'auteur, l'explication est simple : l'armée britannique est une armée de professionnels (donc mieux formée) dont les services sont mieux dotés financièrement¹⁴¹. Le propos sert la critique de l'armée nationale républicaine que l'extrême droite royaliste abhorre, aucun doute, mais il valide aussi, en creux, les verdicts très négatifs énoncés à l'encontre du Service de santé. En moins d'une semaine (du 17 au 23 septembre) et dans une presse pourtant étroitement surveillée les mises en cause se multiplient et les leaders d'opinion (qui se lisent) se répondent.

2.3 Riposte de la 7^e direction et durcissement des positions (octobre-novembre 1914)

Face à cette curieuse offensive où se répondent et convergent des entreprises politiques en tous points opposées, un communiqué du ministère de la Guerre reconnaît, par la voix de Troussaint, des problèmes d'évacuation. Immédiatement cependant, il minimise, évoquant la « façon défectueuse dont [les évacuations] se seraient accomplies sur certains points »¹⁴². Pour les autorités médico-militaires ce sont les conditions extrêmes dans lesquelles ces évacuations se sont déroulées - en pleine retraite et sous le feu d'un ennemi qui ne respecte pas les « conventions internationales » - qui expliquent « qu'il n'ait pas été alors possible d'utiliser au moment voulu, les véritables trains (au nombre de cent soixante-dix) pouvant enlever près de cent mille blessés »¹⁴³. L'argumentaire s'efforce ensuite de renverser la logique de l'accusation en justifiant l'improvisation : « si du fait de ces évacuations précipitées quelques blessés ont vu leur état s'aggraver ou même ont succombé, combien d'autres leur doivent d'avoir eu la vie

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ « Les blessés », *L'Action française*, 24 septembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers : « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁴² Note Officielle du Ministère de la Guerre, Bordeaux, le 25 septembre 1914. Le communiqué est reproduit *in extenso* dans les journaux, notamment dans *l'Écho de Paris* du 27 septembre et dans l'édition du *Temps* du 28 septembre. C'est moi qui souligne. On notera ici l'usage du conditionnel.

¹⁴³ *Ibidem*.

saue et d'avoir échappé à l'ennemi !¹⁴⁴ ». Le 28 septembre le MIG Delorme remonte cependant à la tribune de l'Académie des Sciences et revient sur ses « conseils aux chirurgiens ». À rebours de la doctrine sanitaire dont il s'était fait le porte-parole le plus éminent au début du mois d'août, il reconnaît que le dispositif d'évacuation n'est pas optimal, notamment pour les grands blessés difficilement transportables¹⁴⁵. Mais il y a loin du discours (beaucoup moins largement diffusé) à la réorganisation et en se dédisant publiquement sur le terrain de la tactique chirurgicale dans l'arène qui l'avait consacré quelques semaines plutôt, Delorme légitime en creux une critique qui ne cible plus seulement les évacuations, mais toute l'organisation du SSM et l'articulation des dispositifs de soin dans son ensemble ; loin d'affaiblir la contestation, ces deux initiatives durcissent au contraire les positions.

La réponse de Clemenceau au communiqué démonte point par point l'argumentaire officiel¹⁴⁶. L'urgence de la retraite et « la barbarie » des Allemands expliquent bien des choses, mais sûrement pas la « régularité du désordre et des déplorable manquement qui s'en suivent [...] » ni l'imprécision primitive « que tous les citoyens, militaires et civils, ont eu l'occasion de saisir sur le vif »¹⁴⁷. Cinq jours plus tard, Barrès répond à son tour, toujours en ménageant les susceptibilités d'une armée dans laquelle il a beaucoup de relations, mais en approfondissant l'analyse. Il a visité « *gare, salle de pansement, cantine et trains* » sous la conduite du médecin inspecteur général Février, un homme « éminent dont la bonté envers les blessés égale la science »¹⁴⁸. Il témoigne « *des améliorations* » signalées de toutes parts mais ajoute que « *les plaintes demeurent fortes, nombreuses et justifiées!* ». Prenant acte de la position de l'armée sur la question de la relève sur le champ de bataille et des trains sanitaires improvisés – « *cela ne dépend de personne* » mais « *découle des nécessités* » - l'argumentaire cible alors les manques en personnel, en matériel et en sérum antitétanique à l'Intérieur comme à l'Avant : « *ne devrions-nous pas avoir des installations munies largement du sérum Roux et, faut-il le dire ? de chirurgiens compétents, d'infirmiers instruits, d'instruments, de médicaments, et offrant le moyen de traiter immédiatement les grands blessés dont le transport est mortel* ». Nul besoin de lire entre les lignes cette fois le message est limpide : l'organisation issue du règlement de 1910 tue, et les défauts à corriger n'ont rien de conjoncturels, ils sont structurels. Il ne s'agit plus seulement d'améliorer les évacuations, mais d'amener à proximité du Front, des structures

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Voir Vincent Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p.74-75.

¹⁴⁶ G. Clemenceau, « Explications du service de santé », *L'Homme libre*, 29 septembre 1914. Reproduction dactylographiée. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁴⁷ *Ibidem.*

¹⁴⁸ Maurice Barrès, « », *L'Écho de Paris*, « Hâtons le salut des blessés », 4 octobre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

d'hospitalisation en capacité d'opérer les grands blessés dans les meilleurs délais et de doter ces formations en moyens matériels et humains en employant les compétences à bon escient.

Le 4 octobre, c'est Gustave Téry (1870-1928), ancien normalien et professeur révoqué, qui publie dans *Le Journal* (dont il est un ancien rédacteur) un article dans lequel il brocarde la censure dont il a été victime lorsqu'il a dénoncé les dysfonctionnements du Service de Santé¹⁴⁹. Le 10, il consacre un numéro entier de *L'Œuvre* - hebdomadaire d'opinion fondé par lui en 1904, là encore assez confidentiel, classé à gauche mais nationaliste et ouvertement antisémite - à la question¹⁵⁰. La rubrique « On nous écrit » occupe l'intégralité de l'opuscule et rassemble quelques 33 extraits de témoignages anonymisés qu'il présente comme des lettres reçues « datées et signées » et émanant de correspondants qui sont « certains de ce qu'ils affirment » (10 sont intégralement ou partiellement censurés). La plupart de ces écrits émanent de femmes, des garde-malades, infirmières avec ou sans diplôme de la Croix-Rouge. Ils reprennent les problèmes déjà formulés : insuffisance des soins aux blessés par manque de personnel soignants lors des évacuations, lenteur de la relève des blessés qui meurent faute de soins, affectation irrationnelles etc., et, surtout, ils dénoncent l'inertie de la Croix Rouge qui monopolise l'initiative privée et décourage les bonnes volontés qui doivent payer pour leur équipements et leur nourriture. En fin de volume, la lettre du « Dr. X » énumère à nouveau les dysfonctionnements : évacuations par trains sanitaires défaillantes, manque de personnel, de matériel et allocation absurde des moyens et des hommes dans les hôpitaux auxiliaires (*i.e* ceux des « œuvres » et de la Croix-Rouge) pour lesquels il prône un remède : « *militariser les hôpitaux [...] et leur personnel et les utiliser immédiatement* ».

Le numéro paraît au lendemain d'une mesure d'importance : le dédoublement de la direction du SSM par la création, le 9 octobre 1914, d'un poste de directeur général du service de santé des armées du Nord et de l'Est. Confiée au MIG Paul Chavasse (l'inspecteur envoyé au Maroc en 1912, cf. chapitre 1) la nouvelle direction répond à une demande du Directeur de l'Arrière (le général DES, Édouard Laffont de Ladébat) et doit permettre d'éviter les dysfonctionnements dans le dispositif d'évacuation qu'il avait lui-même dénoncés quelques jours plutôt. Placé sous son autorité immédiate, Chavasse est chargé de coordonner et surveiller le fonctionnement du SSM entre l'avant et l'arrière (en zone des armées) d'assurer une liaison technique (qui jusqu'alors n'existait pas) entre le

¹⁴⁹ Gustave Téry, « Ce qu'on doit dire », *Le Journal*, 4 octobre. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁵⁰ *L'Œuvre*, "Pour les blessés", n°34, 10 octobre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

GQG et les services de santé des différentes armées¹⁵¹. Dans le discours officiel que l'administration oppose à ses détracteurs, l'ajustement du SSM aux réalités de la guerre est sur le point de se réaliser et la création de la direction confiée à Chavasse constitue la pierre de touche de la réorganisation en cours.

« [...] Avant la bataille de Marne, par suite du repli de nos troupes, et de la nécessité de ne pas laisser tomber les blessés aux mains de l'ennemi, et depuis la Marne, par suite de l'augmentation du nombre de blessés, une certaine perturbation s'était produite dans les transports. Depuis le ministre de la Guerre a coordonné les efforts des différents services intéressés [et] pour parachever le tout Millerand vient de décider la création d'une direction générale du service de santé auprès de la direction de l'arrière [au QGQ]. Le rôle de monsieur l'inspecteur général Chavasse [...] va être de coordonner l'organisation et le fonctionnement général des évacuations¹⁵² ».

Si le communiqué ne suscite cette aucune réponse, la décision donne du crédit aux discours faisant du SSM le responsable des problèmes d'évacuation. La mesure, par ailleurs, laisse deux « problèmes » en suspens. La direction de Chavasse n'est pas autonome, elle demeure soumise à un officier d'État-major de la direction de l'arrière tout en étant techniquement et administrativement de la 7^e direction au ministère. En forçant à peine le trait, on peut dire qu'il y a alors deux Services de santé. Mais à ce stade, l'idée d'un dysfonctionnement structurel du SSM n'a rien d'une évidence partagée par tous. On trouve au contraire des discours publics pour relayer la version officielle : recul, surprise et souci d'éviter la barbarie allemande expliquent les premiers errements qui sont corrigés ou en passe de l'être. Entre le 21 octobre et le 9 novembre *La Petite Gironde* (le gouvernement est toujours à Bordeaux) fait paraître une série d'articles qui détaillent l'organisation du Service de Santé et les modalités des soins donnés aux blessés à l'Avant comme en zone l'Intérieur. Sous la plume d'un médecin que je n'ai pas réussi à identifier (Dr Saint-Julien) se déploie un long plaidoyer tout en défense du SSM. L'auteur concède bien des lenteurs dans la relève des blessés et quelques problèmes dans les évacuations (dont le principe est « excellent »), mais le seul véritable « regret que l'on puisse formuler » selon lui c'est « l'inutilisation assez fréquente des formations sanitaires », situation « paradoxale au premier abord », mais qui paraissait « judicieuse » dans la logique de l'évacuation immédiate vers l'arrière. Au terme de ces trois premiers articles, ses conclusions sont sans appel :

« Ces considérations montrent, semble-t-il, assez clairement le fonctionnement général du service de santé dans la zone de l'arrière. Il paraît s'harmoniser de façon parfaite avec

¹⁵¹ Sur la création, le rôle et les limites de la nouvelle direction confiée à Chavasse, voir Vincent Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p. 67-68.

¹⁵² Note officielle publiée *in extenso* dans la majorité des journaux. Voir par exemple *L'Écho de Paris*, édition du 13 octobre 1914.

celui de la zone de l'avant et on ne s'explique pas, à premières vues, les critiques réitérées dont il a été récemment l'objet ¹⁵³ ».

Bien qu'on ne puisse en avoir la certitude, plusieurs éléments laissent penser que le chroniqueur médical de *La Petite Gironde* (il reprend ses « causeries interrompues » par la guerre) répond sinon à une commande, *a minima*, à une invitation. En étant attentif à son argumentaire, on remarque qu'il procède à l'inverse des entrepreneurs de scandale. Il ne livre pas la moindre information sur ses sources, n'a pas le souci de crédibilité qui caractérise les écrits d'un Clemenceau ou d'un Barrès, il ne cherche pas à faire preuve mais parle d'autorité. Bien qu'il ne figure pas dans les annuaires de l'armée (ni en 1912, ni en 1914) il a manifestement une très bonne connaissance de l'institution, Commande ou non, la série d'articles du Dr Saint-Julien vient surtout rappeler qu'au début de novembre, le récit des premières semaines de guerre et sa problématisation font l'objet de luttes intenses dans l'espace public et que chaque prise de position est un coup dans le jeu. S'il ne répond pas directement au Dr Saint Julien ou au communiqué officiel, Barrès sent bien que le Ministère contre-attaque et il réplique. Sans se départir de sa rhétorique de neutralité (il se défend à nouveau de mener campagne) il justifie sa démarche et sa méthode (en insistant longuement sur le sérieux de son entreprise) dans un article très détaillé :

« À la suite des articles que j'ai publiés ici sur les soins donnés aux blessés et sur l'imperfection des services sanitaires, j'ai reçu une volumineuse correspondance. Par centaines de terribles lettres m'arrivaient qui me troublaient profondément [...] il ne serait pas sain de porter sous les yeux d'un vaste public des faits pénibles, que je ne suis pas toujours à même de vérifier [...] Je ferai mieux d'en causer avec les hommes que leur fonction désigne pour agir et réorganiser des services défectueux. Mais où sont-ils ? [...] Après réflexion je me suis arrêté à dresser un rapport [...] il va de soi que je n'ai accueilli que des documents bien et dûment signés par des personnes dont je donne la qualité et l'adresse et qui disent : j'y étais, j'ai vu et j'atteste. Ce recueil s'ouvre par une importante lettre du docteur Destot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, expert près le tribunal de la Seine, et se termine par une note du docteur Vignaud, maire de Clermont-Ferrand. Pour faciliter leur lecture, tous ces témoignages sont classés en onze chapitres traitant de la relève des blessés [...], du fonctionnement des ambulances du front ; du fonctionnement des trains sanitaires, du fonctionnement des ambulances de gares ; du fonctionnement des hôpitaux de Paris [...] de province ; de la non-utilisation d'hôpitaux bien organisés ; [...] du personnel médical ; [...] des dentistes et des pharmaciens ; des convalescents et, enfin, des soins excessifs dont certains blessés et prisonniers allemands seraient l'objet ¹⁵⁴ ».

¹⁵³ Dr Saint Julien, « Les Soins de nos blessés dans la Zone de l'Arrière », *La Petite Gironde*, édition du 9 novembre 1914. . CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁵⁴ Maurice Barrès, « Au monument du souvenir », *L'Écho de Paris*, édition du 2 novembre. Article extrait du recueil des publications de Barrès dans *L'Écho de Paris : Maurice Barrès, L'Âme française et la guerre*, t.2; « Les Saints de la France », Paris, Émile Paul Frères éd., 1915, p. 12-16.

Légitimée par les titres des médecins et les « qualités » de ses correspondants, la critique est directe, sans détour et les 11 chapitres du rapport (non publié) évoqués *supra* sont autant de « problèmes » que le ministère ne peut plus minimiser ou feindre d'ignorer. L'enjeu ici est clair, il s'agit de mettre les autorités au pied du mur. Poincaré et Millerand auxquels Barrès dit avoir envoyé le rapport¹⁵⁵ sont sommés d'agir : « *un plan, une idée exposés devant plusieurs millions [sic] de lecteurs prennent tout de suite un corps, sont déjà un acte, un commencement d'exécution [...]* »¹⁵⁶. L'article, loin de mettre fin à la campagne de l'académicien annonce en réalité les thèmes qu'il développe en novembre, lorsque la campagne s'intensifie dans *L'Écho de Paris*. En une semaine, le journal publie quatre nouveaux articles « *très courts* » et des « *plus simples* » qui permettront de « *suivre le blessé du champ de bataille à l'ambulance* »¹⁵⁷. Et Barrès en précise d'emblée les objectifs :

« Je me suis fait en public le divulgateur modéré des manques du service. Avec plus de précision et d'énergie, j'ai transmis à qui de droit, par la voie privée, des témoignages, des fragments d'enquêtes. Maintenant je voudrais soumettre à tous, après les critiques, les remèdes : quelques moyens pratiques de bien faire. L'idée générale qui doit présider aux changements ressort d'un grand principe actuellement méconnu, c'est que la gravité des blessures est en raison inverse de la rapidité des soins compétents. Vous entendez bien, il y a deux termes : la rapidité et la compétence »¹⁵⁸.

Difficile d'exposer plus clairement les fondements d'un programme de réformes resté implicite jusqu'alors. Si l'article traite en priorité de la nécessité de doter chaque soldat en pansement antiseptique et teinture d'iode, plus que le contenu, c'est la méthode proposée qui nous intéresse. Ce que promeut Barrès - fort logiquement au regard de son réseau de relations dans le monde de la philanthropie catholique et de son positionnement politique - c'est le recours à l'initiative privée. Pour suppléer une bureaucratie défaillante il s'adressera à ses lecteurs et généreux donateurs : « *Voilà leur dirai-je, une œuvre à créer plus utile et encore que celle du tabac et du chocolat, le pansement du soldat* »¹⁵⁹. Le service de santé manque « *de petits pansements et d'ampoules* » écrit-il, « on peut lui en fournir, il n'aura jamais trop de collaborateurs compétents ; on pourrait encore lui en proposer » sans, bien sûr, « *le contrarier* », le « *surveiller* » ou le « *gêner* »¹⁶⁰. Le lendemain (10

¹⁵⁵ Lors de mes séjours de recherches parisiens je n'ai malheureusement pas pu prendre le temps de vérifier si le « rapport » se trouvait (c'est probable) dans le Fonds Millerand des archives nationales (470 AP) dont l'inventaire en ligne - trop sommaire - ne fait pas mention. Je n'ai pas pu vérifier non plus au département des manuscrits de la BNF ce que contenait les (3) courriers de Barrès côtés F. 77-80 dans le Fonds "Poincaré" NAF 15992-1606.

¹⁵⁶ Maurice Barrès, « Au monument du souvenir », *art.cité.*, p. 15.

¹⁵⁷ Maurice Barrès, "Que faut-il au blessé sur le champ de bataille", *L'Écho de Paris*, édition du 10 novembre 1914. C'est moi qui souligne. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁵⁸ *Ibidem.*

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ *Ibid.*

novembre) il ne manque pas de préciser cependant pourquoi la démarche entreprise en ce sens par le Professeur Delbet¹⁶¹ est un échec :

« C'est qu'en effet l'éminent Professeur a reçu l'ordre de verser les ampoules avenue de Tourville à la pharmacie centrale des hôpitaux [du SSM en réalité]. Elles y sont toujours ! Aucune n'a été envoyée [...] Je ne comprends pas. Mais je passe outre, en attendant des explications. Il n'est pas en mon pouvoir de me substituer aux services réguliers. Je ne puis pas réaliser les idées, je ne puis que les publier¹⁶² ».

Sur le fond comme sur la forme, on est loin de la critique prudente de septembre. Surtout, les mises en cause ont changé de nature : désormais ce n'est plus l'impréparation du SSM qui fait problème, mais son inertie, sa réticence devant les initiatives qui lui sont extérieures. L'exemple des difficultés de la relève sur le champ de bataille (appuyé par un rapide récit d'un abandon forcé de blessés) vient alors accréditer la démonstration : les morts sur le terrain seraient moins nombreux si on supprimait le transport à bras des blessés ou les voitures hippomobiles au profit d'autres solutions comme l'automobile ou la « brouette cycliste » imaginée par Destot (dont il envoie le travail dans un « second rapport »). L'idée maîtresse de la démonstration est simple : l'organisation de la relève est « une difficulté d'ordre industrielle » et n'a que peu à voir avec les difficultés du terrain (puisque les anglais y arrivent). Dès lors, ne pas réorganiser, adapter (sur le modèle anglais), réformer avec « *l'aide des intelligences coordonnées* » constitue une faute politique¹⁶³.

Faute politique qu'on prolongerait en refusant de doter les armées du Front d'ambulances mobiles confiées à des chirurgiens civils (de métier) assistés par des « aides compétents » et des « dames de France » (qui n'ont réglementairement pas accès au front) capables de procéder à un triage débouchant sur une évacuation différenciée en fonction des blessures, autrement dit, fondée en raison médicale¹⁶⁴. Rapportant un dialogue - qu'on devine véridique sans pouvoir l'attester (il ne donne pas les noms) - entre les promoteurs de la réforme (au nombre desquels il s'inclut) et un chirurgien « revenant du Front » (auquel il fait jouer le rôle du sceptique) et qui s'oppose au projet fort de son expérience du combat, Barrès écrit : « *voilà les deux conceptions qui s'affrontent, voilà les exigences de la guerre et les exigences de la médecine [...] quand je pèse nos obligations envers*

¹⁶¹ Il s'agit de Pierre Delbet (1861-1957), titulaire de la deuxième chaire de clinique chirurgicale à Necker de 1909 à 1919, fondateur avec Gustave Roussy de l'Association française pour l'étude du cancer, membre de la société anatomique, de la société internationale de chirurgie puis de l'Académie de médecine. Voir François Huguet, *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris*, op. cit., p. 140-141.

¹⁶² Maurice Barrès, "Hâtons nous de relever nos blessés", *L'Écho de Paris*, édition du 10 novembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ Maurice Barrès, "Autour des Ambulances", *L'Écho de Paris*, édition du 14 novembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

*nos blessés et l'intérêt de les guérir [...] quand j'entends que les Allemands, pour assurer la retraite rapide de leurs troupes de Pologne ont réunis plus de cinquante mille automobiles, j'ai peine à croire que des ambulances-modèles encombreraient dangereusement nos arrières*¹⁶⁵. Reprenant l'exemple des trains sanitaires dont il « désespère », le président de la Ligue des Patriotes conclut : « *Ce faux ordre, cette conception purement administrative pourront céder devant un meilleur ordre et une conception d'esprit médical en vue de la guérison* »¹⁶⁶. Quelles sont alors les conditions pour que se réalise cette remise en ordre qui assurera le primat de la logique médicale sur celle de la bureaucratie militaire ?

La réponse intervient trois jours plus tard dans un article qui vient clore la démonstration par un retour sur le deuxième volet de son programme : la compétence. Barrès y dénonce « *un gaspillage [des] forces médicales [...]* »¹⁶⁷. Gaspillage des ressources matérielles d'abord quand il décrit « la misère » d'un camp d'éclipsés d'Aubervilliers alors qu'« *à Paris [...] au vu et au su de tout le monde, on se dispute avec la plus louable émulation patriotique les moindres blessés* » et que dans les beaux quartiers (Courbevoie, Vanves, Sèvres, Bellevue) les hôpitaux (œuvres privées) restent vides. Gaspillage des ressources humaines surtout quand les internes des hôpitaux de Paris « *comme ils ne sont pas docteur* » sont utilisés en tant que « *médecins auxiliaires, c'est-à-dire qu'ils conduisent des brancardiers à la recherche des blessés* » alors qu'il pourrait assurer le suivi médical et chirurgical qui fait tant défaut dans les gares régulatrices. Plus encore que la situation des internes, c'est celle faite à l'élite hospitalière et universitaire de la profession qui alimente et légitime la mise en scandale :

« Il semble parfois que nous nous faisons un malin plaisir de mettre un maçon où il faudrait un charpentier. [...] On connaît telle ambulance divisionnaire où l'on peut à la rigueur faire de la chirurgie, où il y a un chirurgien et une foule de médecins de campagne qui n'ont aucune idée de chirurgie. Par contre, dans un service de l'avant, où il est matériellement impossible de faire la moindre intervention, on trouve deux chirurgiens de profession et trois internes en chirurgie. [...] et que d'éminents maîtres dans leur art, chirurgiens des hôpitaux de Paris comme Mathieu, Marcille, Morestin ou chirurgiens des hôpitaux de Lyon Laroyenne, Desgouttes, Molin, Delore, Leriche, qui n'ont que l'autorité de leur grade de sous-lieutenant¹⁶⁸ ».

Si Barrès endosse le rôle de héros de la cause, il n'a pas le monopole de la critique et le processus de déstabilisation du SSM n'est pas exempt de concurrence entre les entrepreneurs en scandale eux-mêmes. Au moment où *L'Écho de Paris* intensifie sa campagne, Téry, Hervé et Clemenceau, remettent l'ouvrage sur le métier. Le 12 novembre,

¹⁶⁵ *Ibidem.*

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ Maurice Barrès, « Gaspillage de forces médicales », *L'Écho de Paris*, édition du 17 novembre 1914. . CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁶⁸ *Ibidem.*

Tery stigmatise à son tour la rigidité du SSM et son refus d'utiliser les ressources mises à sa disposition par l'élite de la société civile non mobilisée :

« Nous connaissons des professeurs de Faculté de médecine, qui sollicitent en vain depuis deux mois l'autorisation d'aller chercher des blessés sur le front et de les ramener dans des voitures automobiles, spécialement aménagées. Ils ont formés des convois et les ont mis avec tout le personnel et tout le matériel nécessaires à disposition du service de santé. Mais tandis qu'en Angleterre le Times ouvre une souscription pour organiser des convois pareils, chez nous l'administration ne veut rien entendre, rien savoir. Et pourtant, malgré la censure, nul n'ignore le nombre de blessés qui succombent faute de soins [...] »¹⁶⁹.

Le 18 novembre, Hervé fustige la bureaucratie sanitaire dans des termes similaires. Si les services de spécialités créés par le SSM du camp retranché de Paris à destination des blessés de la face ne reçoivent pas les blessés de province et restent en partie inoccupés, c'est par « chinoiserie administrative ». Quant au déficit de chirurgiens qualifiés, il est purement et simplement présenté comme le résultat des mauvaises dispositions de l'armée à l'endroit des « sommités » civiles :

« On laisse inoccupés, inutilisés les plus grands chirurgiens [...]. Si on ne veut pas les utiliser dans les hôpitaux militaires et leur donner des galons [...] que ne leur donne-t-on des blessés en plus grand nombre dans les ambulances privées ou dans les hôpitaux civils ? »¹⁷⁰

Quatre jours plus tard, le docteur Maurice Cazin (1863-1933) plaide pour une réorganisation complète du dispositif d'évacuation dans *L'Écho de Paris*. Pour cet ancien interne, chef du laboratoire de clinique de l'Hôtel Dieu de 1900 à 1904, la différenciation en vigueur entre blessés graves non transportables et blessés légers « *pouvant encore supporter deux ou trois jours de chemin de fer* »¹⁷¹ est notoirement insuffisante. D'abord parce que « *c'est dans cette dernière catégorie [i.e. les évacuables] qu'on a rangé la très grande majorité des blessés* »¹⁷². Ensuite, parce qu'une fois dotés de leur fiche rose d'évacuation, les blessés ne font plus l'objet d'aucun contrôle et sont « *en raison de cette fiche regardés comme capables de continuer leur voyage [...]* »¹⁷³. Mais pour le clinicien formé à la recherche fondamentale¹⁷⁴ qu'est Cazin, les plaies en apparence bénignes lors du premier

¹⁶⁹ « On voudrait comprendre », *L'Œuvre*, édition du 12 novembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁷⁰ Gustave Hervé, « Cocher de corbillard », *La Guerre sociale*, édition du 18 novembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁷¹ Dr Maurice Cazin, "L'évacuation des blessés sur les hôpitaux", *L'Écho de Paris*, édition du 22 novembre 1914. CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ Issu de la bourgeoisie versaillaise, Cazin fait ses études à Louis-le-Grand avant d'entrer au Museum. Docteur ès-sciences naturelles en 1888 et pasteurien convaincu il se reconverti en médecine. Pendant son externat (1888-1889), il est préparateur du cours de médecine opératoire à la Faculté de Paris. De 1890 à

triage à l'ambulance présentent un risque infectieux évident. Dès lors, ce risque infectieux justifie la mise en place d'un triage médico-chirurgical continue tout au long de la chaîne d'évacuation et l'adoption du principe d'hospitalisation rapide et à grande échelle des évacués. Pour palier au défaut de diagnostic inhérent aux conditions dans lesquelles s'effectue le triage à l'Avant, il propose de conditionner l'évacuation lointaine (c'est à dire vers les régions militaires d'origine des unités dont dépendent les blessés) à « *un triage sévère hebdomadaire ou bi-hebdomadaire* » qui « *sous le contrôle des médecins de l'armée* » interviendrait « *après quelques jours d'observations médico-chirurgicale et de repos complet* » dans des « *centres relativement peu éloignés, à Paris notamment* »¹⁷⁵. Pour l'ex Président de la Société des chirurgiens de Paris¹⁷⁶, le dispositif « *permettrait d'évacuer plus loin [...] des hommes en voie de guérison et non pas des suspects [i.e. d'infection]* »¹⁷⁷. Là encore, il s'agit de faire primer la logique médicale sur la logique bureaucratique et d'utiliser au mieux « *dévouements* » et « *compétences* » :

« Il y aurait là une organisation nouvelle du triage [...] qui pourrait être rapidement réalisée. En procédant ainsi pour le plus grand bien de nos chers blessés, on remplirait des milliers de lits, qui, depuis le début des hostilités, restent vident à Paris et ailleurs, et l'on utiliserait le dévouement et le zèle d'un nombreux personnel de chirurgiens, de médecins, d'infirmières dont les talents et le zèle ont été jusqu'ici mis à contribution dans une bien faible mesure qui n'est pas en rapport avec l'importance des services qu'on est en droit d'attendre d'eux¹⁷⁸ ».

Rendre compte du projet réforme présenté par Cazin suppose toutefois de savoir un peu plus précisément d'où il parle en décembre 1914.

Formé au sein du plus prestigieux hôpital de l'Assistance Publique de Paris, il a enseigné et exercé simultanément comme chirurgien pour la Société de Secours aux Blessés Militaires (de 1898 à 1907). Membre du conseil central de la SSBM, il en est le délégué lors des conférences internationales de Saint-Petersbourg (1902) et de Londres (1907). Il participe également à la fondation du centre de formation des infirmières de la société (la future « École supérieure des infirmières ») : l'hôpital-école des Peupliers

1893, il est l'interne du chirurgien Simon Duplay (1836 – 1924) à l'Hôtel Dieu qui en fait son chef de clinique chirurgicale (jusqu'en 1895). Dans l'intervalle (1894), il est reçu docteur en médecine. Deux ans plus tard, il est chef de clinique (1896-1899), puis chef du laboratoire de clinique (1900-1904). Voir Archives Nationales, Dossier LH n°19800035/456/61072. Sur Duplay, voir Françoise Huguet, Les professeurs de la faculté de médecine de Paris, *op. cit.*, p. 170-171.

¹⁷⁵ Dr Maurice Cazin, "L'évacuation des blessés sur les hôpitaux", *art.cité*.

¹⁷⁶ Créée en 1907 sur son initiative la SCP a vocation à rassembler les chirurgiens parisiens qui, comme lui, exercent hors cadre hospitalier. La SCP édite un bulletin : *Le Paris Chirurgical* dont Cazin est rédacteur en chef pendant 26 ans.

¹⁷⁷ Dr Maurice Cazin, « L'évacuation des blessés sur les hôpitaux », *art.cité*.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

(1908)¹⁷⁹. En 1911, il est médecin dans l'un des 9 hôpitaux auxiliaires de campagne de la SSBM (le n°14) avec Vulpian¹⁸⁰. Trop âgé en 1914 pour être mobilisé (il a 51 ans), l'ex-hospitalier reconverti en chirurgien de l'assistance militaire opère à l'hôpital Auxiliaire des Petites Sœurs des Pauvres, à « l'Ambulance Bon Marché », à l'hôpital Auxiliaire 79 et, surtout, il est chirurgien en chef de l'Hôpital aménagé à Polytechnique sur l'initiative de madame Andrée Messimy dès la fin du mois d'août 1914¹⁸¹. Autrement dit, il exerce dans quatre hôpitaux qui dépendent tous, et doublement, de l'administration militaire qui délivre les autorisations d'exercice et leur envoi (ou non) blessés et malades¹⁸². Bien intégré dans les réseaux de la philanthropie catholique parisienne proches de l'armée et bien renseigné sur les pratiques du SSM (grâce à la position qu'il occupe en bout de la chaîne d'évacuation), Cazin n'en demeure pas moins dans une position de subalterne. En tant que civil, il n'a aucun pouvoir sur l'administration des blessés et malades de guerre qui est entièrement contrôlée par l'armée. En revanche, il peut s'exprimer sans trop de risques et sa trajectoire comme sa position lui confère la légitimité suffisante pour le faire. À lire le *Paris-chirurgical* (bulletin de la SCP dont Cazin est le rédacteur en chef pendant 26 ans) on voit bien que la guerre est une occasion de progresser au plan clinique et thérapeutique et que la blessure de guerre présente désormais, à rebours de ce qu'on a pu observer avant août 1914, un intérêt de ce double point de vue. Mais elle est davantage l'occasion pour cette fraction de la bourgeoisie d'incarner à nouveaux frais un rôle de bienfaiteur social constitutif de son identité de classe¹⁸³. On comprend mieux pourquoi la réaffirmation de la logique médicale doit selon lui se concrétiser – « *pour le plus grand bien de nos chers blessés* » – par la création d'une zone d'hospitalisation intermédiaire, création qui aurait pour effet de mieux intégrer le secteur privé du secours dans le dispositif de soins. L'articulation des logiques libérales et philanthropiques contre

¹⁷⁹ Voir Françoise Kern-Coquillat, *Les femmes dans le service de santé pendant la guerre de 1914-1918 en France*, Thèse de doctorat d'histoire, Université Montpellier III, dir. Frédéric Rousseau, 2013, p. 38-39.

¹⁸⁰ Voir Croix-Rouge Française, *Société Française de Secours aux Blessés Militaires. Annuaire de 1911*, Paris, 1911, p. 120. La source indique « Médecins : MM les Docteurs Cazin, Vulpian ». Il ne s'agit pas d'Alfred Vulpian (1826-1887) doyen de la faculté de médecine de Paris, mais de Louis-André Vulpian (1871-1939) mobilisé en 1914 dans le service de santé du GMP comme MAM 1^{ère} classe (à l'hôpital du Lycée Buffon) ; Voir son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH n°19800035/1409/62826.

¹⁸¹ Voir Maurice Cazin, *Notes cliniques et thérapeutiques de chirurgie de guerre*, Paris, A. Maloine & fils, 1916, p.1. "L'Ambulance Messimy" de Polytechnique est l'un des nombreux Hôpitaux Annexes (HA) du Val-de-Grâce (HA n°3), pour une rapide présentation, voir François Olier, Jean-Luc Quénc'hdu, *Les hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918*, t.2, Paris, France Centre-Est, Louviers, Ysec éd., 2010, p.73. L'Ambulance du Bon Marché est également une annexe du Val-de-Grâce (HA n°12) mais son histoire, à ma connaissance, n'est pas documentée.

¹⁸² Voir chapitre 2.

¹⁸³ Sur ce point voir Pierre Bourdieu, Luc Boltanski, *La production de l'idéologie dominante*, dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1976/2, n°2-3, « La production de l'idéologie dominante ». p. 3-7 ; Michel Pinçon, Monique Pinçon Charlot, *Voyage en grande bourgeoisie*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Sciences sociales et sociétés », 1997 et des mêmes *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, coll. « Repères » n° 294, 2016.

« l'étatisation » de la médecine qui se dessine ici fait fortement écho à ce qu'on trouve chez les groupes de pression libéraux qui se sont construits avec et contre la montée en puissance de l'hygiénisme et de la médecine publique, comme l'Union des Syndicats Médicaux (1881, Dr Auguste Cézilly), fédération qui, en 1910, regroupe plus de 50% des praticiens du pays¹⁸⁴.

Au terme de ce tour d'horizon des prises de positions publiques mettant en cause le SSM, on voit combien le discours officiel articulé autour de la figure d'un blessé bien soigné et impatient de remonter en ligne fait rapidement long feu. La construction de la cause des blessés qui débute mi-septembre 1914 rassemble des entreprises politiques de tous bords - de *L'Action française* à *La guerre sociale* en passant par *L'Écho de Paris* et *L'Homme libre* - et plus d'une vingtaine d'articles paraissent en moins de deux mois et mettent en cause le SSM. Les enjeux qui sous-tendent ces « mobilisations de papier » sont cependant très différents : la revendication de contrôle parlementaire sous-jacente chez Clemenceau ne se retrouve pas chez Barrès qui fait de la réforme du SSM (au profit d'un régime d'action privé) une condition de perpétuation de l'œcuménisme patriotique quand Hervé présente la construction d'un dispositif de soin performant et laïc comme une question de justice sociale. Pour autant, et en dépit de tout ce qui les différencie - leur socialisation et leurs réseaux politiques, le public-cible auquel ils s'adressent, les stratégies rhétoriques qu'ils mobilisent et les solutions qu'ils proposent - les détracteurs du service de santé partagent tous, au moins en partie, un diagnostic commun.

Le SSM est ainsi accusé d'avoir procédé à de trop nombreuses amputations (ou d'avoir laissé faire) dont bon nombre auraient pu être évitées. Surtout, summum de l'intolérable, il est accusé d'avoir provoqué la mort de milliers de blessés, faute de soin. Mais à aucun moment, les entrepreneurs de cause ne présentent le coût humain de la guerre lui-même comme une transgression normative. Contrairement aux campagnes hygiénistes de la Belle Époque, la construction du problème des blessés n'a que peu à voir avec leur nombre, ou plus exactement avec leur dénombrement. C'est la manière dont l'armée use des ressources captées (hommes et institutions militarisées) et/ou disponibles (hommes et institutions relevant d'un régime d'action privé) qui est constitué en problème et, fait nouveau supplémentaire, les pratiques médico-chirurgicales elles-mêmes font l'objet des dénonciations les plus indignées. Ce qui est perçu et dénoncé comme anormal et constitue le cœur du problème qu'ils s'emploient à faire exister, c'est la dimension irrationnelle (de leur point de vue) de l'administration militaire du capital humain et, à plus forte raison, des « compétences ». Dès l'automne 1914, le sort des

¹⁸⁴ Robert A. Nye « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1, no 214, p. 19-36. DOI : 10.3917/lms.214.0019.

blessés se trouve donc étroitement lié à celui des élites médicales et la critique des conditions de mobilisation et de participation à la guerre qui sont les leurs devient un élément structurant de la construction du problème des blessés.

Le travail sur les articles de presse ou les rapports parlementaire permet donc de montrer que la guerre est une opportunité discursive, qu'elle autorise à justifier la critique de l'armée et du SSM par l'urgence, par l'exceptionnel, par le bien public, la solidarité nationale, la charité ou encore la raison scientifique ou médicale. L'analyse toutefois ne peut s'arrêter à ce premier niveau de lecture. Les entrepreneurs en scandale – anciens et nouveaux, d'horizons et d'obédiences très variés – qui ont rejoint, relayé et mis en forme les accusations, dénonciations, critiques etc. n'en sont pas à l'origine. Si les sources mobilisées ne permettent pas de restituer le processus de déstabilisation du SSM dans son ensemble il est clair qu'à l'image de ce qu'on pu identifier d'autres chercheurs dans des contextes différents, les discours et prises de position publics qu'on vient de présenter relèvent d'un « travail minutieux [...] pour sortir des espaces confinés de la querelle ou de la controverse technique, pour accéder à un public plus vaste »¹⁸⁵. Autrement dit, la question des acteurs, des moteurs (et non des motivations) du scandale, reste entière. L'interrogation est aussi simple que redoutable en ce qu'elle suppose de savoir qui parle, qui s'exprime sur ce qu'il se passe au sein de l'institution militaire, qui est en capacité de porter un jugement critique sur l'administration des blessés et malades de guerre et d'en faire part à des élus, publicistes et autres leaders d'opinion ?

3 La production sociale de l'inacceptable : dynamiques du scandale à travers la correspondance de Barrès

Parmi les options possibles pour tenter d'appréhender les forces sociales qui alimentent les entreprises de dénonciation publique j'ai choisi d'explorer un peu plus avant les conditions de production de la critique à travers une étude de cas. J'ai croisé l'inventaire des Archives Privés (AP) des Archives Nationales, les données de la base CALAMES et j'y ai recherché de manière systématique les éventuels « papiers » qu'auraient pu verser les principaux entrepreneurs en scandale identifiés en amont dans ce travail, notamment leurs correspondances. Ce type de source présente l'avantage d'être fréquemment le produit d'une écriture sur le vif, pas ou peu remaniée et qui échappe plus volontiers à l'autocensure, aux coupes franches et aux euphémisations qu'on peut trouver dans les écrits destinés à publication. Bien que ce soit davantage le cas lorsqu'elle

¹⁸⁵Luc Boltanski, Élisabeth Claverie, Nicolas Offenstadt, Stéphane Van Damme Stéphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes. De Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007, p. 8.

relève d'échanges entre intimes, la correspondance laisse souvent filtrer des sentiments, des impressions, des préjugés et des jugements sur le monde vécu qu'on ne trouverait pas ailleurs. Et ces verdicts sociaux sont autant de fenêtres ouvertes sur l'univers normatif de celles et ceux qui les émettent. Or c'est précisément ce que l'on cherche lorsqu'on veut comprendre d'où vient le scandale et ce qui l'alimente. On cherche à saisir comment une situation peut-être perçue, jugée, vécue et, c'est l'essentiel, relatée sur le mode de l'inadmissible, de l'inacceptable, du « scandaleux »¹⁸⁶.

Sur ce terrain cependant, je n'ai rien découvert de neuf. Seul le député conservateur de Paris Maurice Barrès a versé aux archives sa correspondance reçue, soit 15 362 lettres¹⁸⁷. Avec Clemenceau et Gustave Hervé, l'écrivain académicien est, on l'a vu, l'un des promoteurs les plus actifs de la cause des blessés et sans doute l'un des détracteurs du SSM les plus écoutés au regard de la position qu'il occupe. Sa correspondance, dans laquelle j'ai pu faire un sondage, s'avère doublement intéressante : d'abord par sa richesse - elle compte environ 300 lettres intéressant le SSM (des plaintes, des dénonciations et des demandes de renseignement ou d'intercession) pour la seule première année de guerre¹⁸⁸, ensuite parce qu'on peut affirmer sans risque que ses correspondants partagent une socialisation politique dans laquelle les valeurs patriotiques et militaires occupent une place centrale au principe d'un soutien sans faille à la guerre¹⁸⁹. À défaut de pouvoir constituer un corpus solide et bien objectif, représentatif de la diversité sociale et politique de ceux qui disent leur indignation, leur désaccord, leurs sentiments d'injustice, de honte, de colère à l'endroit de la situation des blessés, on peut donc « penser par cas » la mise en scandale et tenter de la comprendre un peu mieux à partir des courriers reçus par le Président de la Ligue des Patriotes¹⁹⁰. La démarche permet alors de voir, dans un premier temps, que la mise en scandale est le produit, sinon d'une désectorisation au sens strict du terme, d'un décloisonnement du monde militaire (3.1). Elle met ensuite en lumière une caractéristique commune à celles et ceux qui prennent la parole par la plume : toutes et tous vivent une expérience de désajustement social et manifestent un fort sentiment de désœuvrement (3.2).

¹⁸⁶ Sur ce point voir par exemple Bourdelais Patrice, Didier Fassin. *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, 2005.

¹⁸⁷ BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II. Voir Florence Callu et Marie-Odille Germain (dir.), *Correspondance de Maurice Barrès. Inventaire des lettres reçues 1874-1923*, Paris, éd. Bibliothèque Nationale, 1992, 134. L'ouvrage précise que : « cet ensemble exceptionnel [...] a été isolé de la correspondance générale [et qu'] à l'intérieur, deux séries parallèles ont été constituées: civils et soldats » (p. VI). Il faut lire civils et « militaires » plutôt que « soldats » et les dossiers que j'ai consultés montrent que la distinction et le classement sont problématiques.

¹⁸⁸ A. Larcen, J.J. Ferrandis, *Le Service de Santé aux armées*, op. cit., p.55-59.

¹⁸⁹ Charles Ridet nuance sur ce point. Pour lui la correspondance est clairement « située à droite du spectre politique français » mais ne s'y réduit pas, elle compte par exemple « nombre de correspondants [qui] se déclarent socialistes ». Charles Ridet, *Les embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 16.

¹⁹⁰ Barrès succède à Paul Déroulède (1846-1914) à la tête de la LP en juillet 1914.

3.1 Décloisonnement du monde militaire et mise en scandale

Dans cette correspondance très dense, j'ai concentré mes recherches sur les lettres évoquant de manière explicite le service de santé et la question des blessés et malades. J'ai dépouillé les cartons correspondants aux trois premiers mois de la guerre, soit environ un millier de courriers et, *in fine*, j'ai constitué un petit corpus de 37 lettres, toutes écrites avant le 31 octobre 1914, de manière à saisir la genèse de la dynamique (avant que la campagne ne s'intensifie) en restant au plus près de « La Marne ». Les événements relatés par les correspondant.es, les faits rapportés et les récits livrés constituent par eux-mêmes un enjeu pour ce qu'ils disent de la guerre, mais on ne fera pas ici une analyse de « témoignages » qui chercherait à montrer que le service de santé a ou n'a pas dysfonctionné. Qu'importe la justesse, la véracité des critiques et des récits, il ne m'appartient pas d'en juger et cela n'est ni vraiment possible, ni utile dans l'économie de la démonstration. Ce qui importe ici c'est que les situations décrites soient perçues et présentées comme transgressives et de comprendre d'où parlent les correspondant.es de Barrès¹⁹¹.

3.1.1 Qui prend la parole ?

Premier constat, assez contre-intuitif de prime abord : les hommes et les femmes occupant des positions subalternes dans le dispositif de soin constituent une part non négligeable de ceux qui prennent la plume. Les auteur.es appartenant aux sections d'infirmiers (ou équivalent) totalisent un peu moins de la moitié des courriers (15 sur 37). Treize lettres émanent d'hommes mobilisés (du soldat au sergent) dans des sections d'infirmiers militaires (dont un « médecin à Paris » dans civil) opérant en ZA ou dans les hôpitaux militaires ou militarisés (hôpitaux « auxiliaires » et « temporaires ») de l'Intérieur¹⁹². Deux autres proviennent pour l'une d'une infirmière bénévole des « hôpitaux auxiliaires » de la Croix-Rouge pour l'autre, rédigée au nom des « infirmières-

¹⁹¹ BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II. Séries « civils » et « soldats » (par « soldats » il faut en réalité entendre « militaires » et la ventilation des courriers dans ces deux catégories est très approximative) dossiers « Septembre » et « Octobre ». Je note « P. » les pièces numérotées et « orth » les orthographes incertaines.

¹⁹² NAF 28210 II. Série « soldats » : Pièce 148 - Hineux – curé du diocèse de Rouen. 3^e section d'infirmiers militaire de l'hôpital d'évacuation n°34 -train sanitaire n°2a / Pièce 237 - Montchanin - 24 sept 1914 / Pièce 147 - Trousselle (orth.)- curé à Hondainville (Oise) -2e section d'infirmiers militaires – Nantes - 24 sept 1914 / Pièce 202 - signé un infirmier volontaire - l'hôpital complémentaire n°30 de Trouville – 29 sept 1914./ Pièce non numérotée - Etienne Michel, caporal à la 13e section d'infirmiers militaires – Clermont-Ferrand – 24 Sept 1914 /Pièce 64 - Ribera Infirmier civil – oct 1914. / Pièce 141 – Forestier - soldat infirmier Hôpital 35 - la Bourboule - 1^{er} octobre 1914. / Pièce non numérotée - (composée de 2 cartes postales) - Paul Verdiez (orth) - 5^e section d'infirmier militaire du 113e RI – St Dizier – 1^{er} oct 1914. /Pièce 332 - J.M Fussy - 8^e section d'infirmiers militaires - Dijon 2 octobre 1914./Pièce 263 - Jean Pivot – Infirmier militaire – non datée./ Pièce non numérotée – Jules Saffray - Nantes – 20 septembre 1914/ Pièce 132 – Louis Lachurie – Hôpital temporaire de Poitiers – non datée/ P.103 Dr Rembert – Gonesse – 20 septembre 1914 / Pièce non numérotée.

majors » (infirmières militaires) de l'hôpital militaire de Perpignan, de la fille de l'une d'entre elles¹⁹³. Est-ce à dire qu'on peut assimiler ces sans grades (ou petits gradés) aux classes populaires en vertu du lien robuste qui existe entre grade et position sociale¹⁹⁴ ? Rien n'est moins sûr. Si leur prose est souvent peu disserte quant à la position qu'ils ou elles occupent dans la vie civile, on remarque vite à les lire un niveau de maîtrise de la langue écrite plutôt élevé. Rareté des fautes d'orthographe, maîtrise de la syntaxe, de la concordance des temps (y compris au conditionnel), richesse du vocabulaire et, parfois, sens affuté de la formule sont autant d'éléments qui dénotent une grande maîtrise de l'écrit et laissent peu de doute quant à la position sociale des subalternes qui manient ici la plume. Une large part d'ailleurs se présentent comme des lecteurs et lectrices « *fidèles* » ou assidue.s de *L'Écho de Paris* dont a dit précédemment qu'il ne s'adresse pas aux classes populaires mais plutôt à la haute et à la moyenne bourgeoisie. Le reste du corpus confirme cette analyse un peu sommaire. Cinq correspondants sont médecins dont quatre mobilisés : 2 médecins aides-majors¹⁹⁵, 1 médecin auxiliaire¹⁹⁶, 1 « médecin-major de territoriale à deux galons »¹⁹⁷ et le dernier est un civil qui a organisé un hôpital temporaire¹⁹⁸. Mais ils sont huit au total à être passés par une faculté de médecine et/ou de pharmacie puisqu'il faut ajouter deux étudiants, Jules Saffray et Louis Lachurie et le Dr Meulle de Paris, tous trois infirmiers. Figurent également au nombre des courriers reçus ceux de deux officiers : un « lieutenant-adjoint au Commissaire de Gare de Nevers¹⁹⁹ » et un « chef de bataillon au service du chemin de fer et des étapes²⁰⁰ » (commandant). Trois lettres de « blessés » sont des plus silencieuses quant à la place qu'occupent leurs auteurs dans la hiérarchie sociale et militaire²⁰¹. Deux d'entre elles toutefois portent une parole collective, indice intéressant qui suggère que ceux qui écrivent (et très bien) au nom d'un « *groupe de blessés d'Orléans*²⁰² » ou de « *500 blessés de la*

¹⁹³ NAF 28210 II, série « civils », septembre, P.88, non datée, Mademoiselle Talairache-Bolinx.

¹⁹⁴ Voir sur ce point Nicolas Mariot, *Tous unis dans la tranchée ?*, ouvr.cité, chapitre 1 « Position sociale et domination militaire », p 65.99.

¹⁹⁵ NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce numérotée 190, Quimper, 30 septembre. Dr. C (l'auteur se présente comme « chirurgien à Paris » et « médecin aide-major chargé du service chirurgical de la région ») / Pièce non numérotée – non signée (l'auteur indique MAM) – 31 oct 1914.

¹⁹⁶ *Ibid.*, P.183, Dr Meulle (orthographe incertaine) se présente comme « médecin auxiliaire du 9^e groupe cyclistes », « médecin de premières lignes ».

¹⁹⁷ *Ibid.*, Pièce non numérotée - Etienne Vidal - Orléans, Hospice Temporaire n°42, 29 septembre 1914.

¹⁹⁸ *Ibid.*, Dossier « Octobre », Pièce non numérotée—Tapuscrit intitulé « histoire d'une ambulance » – Signé « Dr Dornoy ». C'est un civil non mobilisé qui se présente comme le fondateur de la structure, mais son courrier est classé dans la série « soldats ».

¹⁹⁹ *Ibid.*, Dossier « Octobre », P.167, Lieutenant-adjoint Lapareille, Nevers –1^{er} octobre.

²⁰⁰ *Ibid.*, Dossier « Septembre », Pièce non numérotée – Chef de bataillon Sanglier – non datée.

²⁰¹ Pour la « première » voir *Ibid.*, Pièce non numérotée. Jean Duart - Autun - 20 août 1914.

²⁰² *Ibid.*, Dossier « Septembre », P. 129. Le courrier porte la mention « réclamations de blessés » qui est rayée et remplacée par « plainte contre un médecin ». L'auteur indique qu'il s'exprime au nom de " 500 blessés de la Marne hospitalisés chez les petites sœurs des pauvres à St Pern (Ile et Vilaine).

*Marne*²⁰³ » sont dotés d'un capital scolaire suffisant pour endosser, selon la belle formule de Nicolas Mariot, le rôle « *d'intellectuel de service* »²⁰⁴. En se fondant sur ces seuls cas, auxquels on peut ajouter celui d'un aumônier militaire²⁰⁵, on pourrait dire non seulement que celles et ceux qui écrivent appartiennent à la bourgeoisie mais ajouter qu'ils se recrutent en majorité dans ses fractions intellectuelles (hommes de lettres, professions de santé, étudiants, religieux auxquels j'associe ici les professions juridiques).

La dimension bourgeoise du corpus apparaît de manière plus significative dès lors qu'on s'intéresse aux correspondances émanant de civil-e-s, militarisé-e-s ou non. Deux administrateurs d'hôpitaux (auxiliaires ou temporaires)²⁰⁶ font partis de l'échantillon, ainsi qu'un commissaire priseur, un chef de bataillon à la retraite²⁰⁷, un « *membre du Parti Républicain Démocratique* » qui présente sa femme comme « *directrice adjointe de l'Union des Femmes de France* » (une des trois sociétés de la Croix-Rouge)²⁰⁸. Deux lettres de « bénévoles » de la Croix-Rouge arrivent d'ailleurs au député de Paris par l'entremise de proches. La première émane d'une « *femme de colonel en retraite* » qui s'est « *tellement fâchée [...] avec les médecins* » (qui accordent selon elle trop d'attention aux blessés allemands) qu'elle pense « *qu'on va les exclure de l'hôpital*²⁰⁹ ». L'autre est rédigée par une « infirmière » travaillant à l'étage des grands blessés et adressée à son mari qui transmet un extrait tapuscrit du courrier à Barrès. Elle semble connaître personnellement la « *présidente, personne charmante* » et précise qu'elle croise la « *femme du Procureur de Soissons que tu connais* », indices peu équivoques d'une appartenance à cette bonne société qui, par la philanthropie, s'acquitte de ce qu'elle considère comme un devoir social²¹⁰. De même, quand Jules Derriey décrit les conditions sanitaires des convois de blessés qu'il a pu observer à l'occasion de son propre rapatriement, il ne livre rien de sa situation personnelle. En revanche, le papier à entête qui porte son nom et la mention « Rotatives-Paris » suggère qu'il occupe un poste de direction dans l'entreprise²¹¹.

²⁰³ *Ibid.*, Dossier « Octobre » - Pièce non numérotées – annotée « réclamation de blessés » et corrigé « plainte contre un médecin ». La lettre est datée du 26 octobre 1914 et signée « un groupe de blessés d'Orléans ».

²⁰⁴ Nicolas Mariot, *Tous unis dans la tranchée ? op.cit.*, p.15-19.

²⁰⁵ BNF, NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée – Louis Chesnay – aumônier d'ambulance – Verdun – 22 sept 1914.

²⁰⁶ BNF, NAF 28210 II, série « civils », Dossier « Septembre », P.159 – Duboc – 20 sept 1914. série « soldats », Dossier « Octobre », Pièce non numérotée—Tapuscrit intitulé "histoire d'une ambulance – Signée du Dr Dornoy.

²⁰⁷ *Ibid.*, Dossier « Septembre », P.91 - Hilaire Vivarez (commissaire priseur) – 20 sept 1914 ; pièce 158, Danozzio (orthographe incertaine) – Asnière – 26 sept 1914.

²⁰⁸ *Ibid.*, Dossier « Septembre », P.40 : Lepois (orth) – 20 sept 1914.

²⁰⁹ *Ibid.*, Dossier « Septembre », Pièce non numérotée, Lettre « d'une infirmière CR » transmise par une amie, 23 sept 14. (là aussi le courrier est classé « soldats »)

²¹⁰ *Ibid.*, série « soldats », Dossier « Septembre », P.259 (raturée) – « Blessés » - Extrait tapuscrit d'une lettre de l'infirmière bénévole Duvernoy transmise par son mari – Vic-sur-Cère - non datée.

²¹¹ *Ibid.*, Dossier « Septembre », P.223 – Jules Derriey - 22 sept 1914.

La petite bourgeoisie n'est cependant pas totalement absente de ces échanges. Deux correspondants se présentent comme « soldats ». L'un est un « soldat au train » sur lequel on ne sait rien²¹², mais l'autre, classé service auxiliaire et appartenant au 29^e bataillon du 147^e de ligne, est assistant pharmacien (depuis 14 ans)²¹³. De même, une infirmière de l'Assistance de Publique de Paris qui veut se rendre utile précise que les hospitalières n'ont que leur « *bonne pratique* » qui est « *leur seul bien* » référence à peine voilée aux infirmières de la Croix-Rouge, qui paient pour leur trousseau et leur entretien et dont le recrutement social est très « embourgeoisé »²¹⁴. C'est le cas aussi, sans doute, pour cette aspirante bénévole qui ne trouve pas à s'employer parce que ni la Croix-Rouge, ni le SSM n'ont besoin d'elle, ce qui signifie qu'elle n'a probablement pas les diplômes et pas suffisamment de capital social pour rejoindre ces « Dames » des sociétés d'assistance, sans qu'on puisse en savoir davantage²¹⁵. Restent cinq correspondant.es²¹⁶ qui ne mentionnent aucun titre, aucune position et ne livrent pas d'indice probant permettant de connaître, même sommairement, leur position sociale et/ou militaire²¹⁷.

Celles et ceux qui prennent la plume appartiennent donc (dans notre échantillon) d'abord à la bourgeoisie moyenne (catholique) ainsi qu'aux fractions intellectuelles de la classe dominante et, dans une moindre mesure, à la petite bourgeoisie. On remarque en outre qu'il y a très peu de militaires de carrière. Seul le lieutenant Paul Lapareillé (officier d'État-major de la Cavalerie) et le Chef de Bataillon Philippe Sanglier (du chemin de fer et des étapes, 6e corps) sont des militaires professionnels en activité²¹⁸. Autrement dit, les hommes et femmes qui sollicitent (demandes d'aide, de secours, de médiation ou d'intercession) et dénoncent (les embusqués, le SSM, le service des postes etc.) appartiennent en majorité à des mondes sociaux qui ont peu ou pas à voir avec l'institution militaire et qui occupent dans la hiérarchie sociale des positions intermédiaires et des positions de commandement ou de pouvoir.

²¹² *Ibid.*, Dossier « Octobre » - P. 236 – annotée « Rapport d'un soldat sur le service de santé à Lérrouville (Oise) – 16 oct 1914.

²¹³ *Ibid.*, série « soldats », Dossier « Septembre », P.221 – Jonnet – non datée.

²¹⁴ *Ibid.*, Dossier « Septembre », Pièce non numérotée, Lettre de Marie Jeanne Bertrancy –infirmière à l'Hôtel Dieu – 25 sept 1914.

²¹⁵ Série « civils », Dossier « Septembre », P.62 – Madame Guitton – non datée.

²¹⁶ Pièce non numérotée - Jean Duart - Autun le 20 aout 1914/P.108 - « sur les mauvais soins donnés aux malades » et au « feutre » l'auteur lui-même « Notes d'un témoin (copiées couché ; d'où tremblement de l'écriture) Train sanitaire ». Une carte de visite avec ces « notes » indique qu'elles lui sont transmises Albert Houtin. Série « civils », dossier « septembre » - P.33 – Georges Janin – 20 sept 14. / P.41 – non signée, non datée./ Dossier « Octobre » - P. 236 –« Rapport d'un soldat ».

²¹⁷ Sauf à considérer cette absence même comme l'indicateur d'une position sociale dominée ce qui serait à mon avis une extrapolation un peu abusive.

²¹⁸ Identifiés à l'aide de L'Annuaire Officiel de l'armée française, op. cit. p.1 210 et 1 215.

3.1.2 « Il y a là un scandale qui ne peut durer »

Leurs courriers, dont bon nombre sont annotés²¹⁹, dressent le tableau d'un « service médical qui d'un avis unanime est absolument défectueux²²⁰ », dans lequel « il se passe des choses fantastiques²²¹ » et ou « il y aurait beaucoup de réformes à faire²²² ». Sans entrer dans le détail des différents récits qui amènerait inévitablement des redites, on peut dire que tous les thèmes de la campagne menée dans la presse sont évoqués. La critique des évacuations et des trains sanitaires y figure en bonne place, notamment sous la plume des infirmiers, blessés et médecins qui disent en avoir fait l'expérience²²³. La dénonciation des carences des hôpitaux, particulièrement des « hôpitaux temporaires », sous-équipés et débordés, alterne avec la présentation de structures « privées » bien équipées et dotées d'un personnel compétent mais sans blessé ni malade. Administrateur d'un hôpital auxiliaire de la Croix-Rouge et par conséquent « militarisé et tenu au silence » Duboc écrit :

« Tous les jours je réclame des blessés à la croix rouge envoyant un rapport qui donne les places disponibles, mais la croix rouge n'y peut rien. Nombreux dans Paris et les environs sont les hôpitaux auxiliaires admirablement aménagés par elle ; mais elle se heurte, il faut le dire à l'obstination du Service de Santé de la guerre ! C'est là que gît tout le mal!²²⁴»

Celles-ci présentent pourtant des défauts et apparaissent comme le lieu d'une concurrence entre les dévouements et logiques philanthropiques et médicales. Le docteur Dornoy décrit un imbroglio sans nom avec la société des Dames Françaises au terme duquel la société l'évince de l' « ambulance » qu'il a créée. Il note à la main en bas de page :

« M. Le Professeur Rémy, chirurgien honoraire de Nanterre, m'apprend que tout comme moi il a été éliminé de l'ambulance de 150 lits qu'il a créée à la Banque Suisse et française. Ici il s'agit des femmes de France et non des Dames françaises mais le principe est le même : ôte toi de là que je m'y mette²²⁵».

²¹⁹ Les annotations consistent le plus souvent en un mot clé permettant d'identifier rapidement l'objet du courrier : « infirmier », « demande de sérum antitétanique », « blessés » « offre de service » etc. Parfois il s'agit d'une remarque ou d'une question (sur la suite qu'il convient de donner) ce qui indique que c'est le secrétaire particulier de Barrès qui fait ce travail préparatoire.

²²⁰ Louis Chesnay – aumônier d'ambulance – Verdun – 22 sept 1914.

²²¹ Pièce 237 - Montchanin - 24 sept 1914.

²²² Pièce 148 - Hineux – 3^e section d'infirmiers militaire de l'hôpital d'évacuation n°34 -train sanitaire n°2a.

²²³ Infirmiers : P.148 Hineux, Pièce non numérotée Louis Chesnay, P.237 Montchain, P.141 Forestier. Blessés : P.223 Derriey. Médecin : Etienne Vidal. Bénévoles : Pro8 Albert Houtin, P259 Duvernoy.

²²⁴ P.159 – Duboc – 20 sept 1914.

²²⁵ Pièce non numérotée—« Histoire d'une ambulance » – Signée du Dr Dornoy, non datée

Quant aux hôpitaux militaires eux-mêmes et aux dépôts de convalescents, ils sont présentés comme des lieux d'enfermement à l'hygiène déplorable et dans lesquels les droits des blessés sont bafoués par des majors ou des commandants brutaux.

Bien sûr, leurs récits sont plus feutrés (pas toujours) et moins univoques que le résumé qui en est fait ici et les correspondants et correspondantes n'écrivent pas forcément au « même » Barrès. Certain-e-s sollicitent « *Mr. le député* » ou leur « *cher maître* » pour son capital politique et/ou son entregent et lui soumettent des demandes d'aide, de renseignement, d'intercession (avoir une autre affectation pour « être utile »). De la même manière, les dysfonctionnements supposés du dispositif de soins sont loin d'épuiser la liste des griefs. Ils se combinent avec la dénonciation des embusqués, du service des postes, des mœurs des officiers ou des infirmières bénévoles²²⁶ etc. Mais la majorité des femmes et des hommes s'adresse au leader d'opinion qui défend « *une cause si juste* » et lui écrit « *malgré le silence imposé* » pour « *les blessés glorieux avant tout* ». Toutes et tous cherchent à l'édifier et à lui fournir des exemples, des cas pouvant alimenter une campagne que certains jugent « peut-être bien dangereuse » mais qui se justifie parce qu'« il y a là un scandale qui ne peut durer²²⁷ ». Ce n'est pas vraiment une surprise mais le fait vaut d'être souligné : Barrès utilise les « témoignages » qu'il reçoit et ses prises de positions ouvrent en retour un espace pour prendre la parole. Son travail produit la cause tout autant qu'il en résulte et la dynamique s'auto-entretient, la production de l'indignation s'opère de manière circulaire.

Le coup de sonde auquel j'ai procédé permet toutefois de confirmer ce que les articles de presse laissaient deviner : les attaques à l'endroit du SSM relèvent bien « *d'une entreprise de dénonciation publique étendue [...]* » et elles sont « *le fruit d'un travail social qui engage la mobilisation d'acteurs divers [...]*²²⁸ », des civils bénévoles, des médecins et chirurgiens civils mobilisés, des infirmiers et infirmières mais aussi des blessés eux-mêmes et des hommes et femmes ordinaires qui rapportent ce qu'ils disent avoir vu ou savoir. C'est en ce sens qu'on peut parler de mise en scandale, parce qu'on est présence d'une mécanique de la dénonciation alimentée par des « *mobilisations multisectorielles entraînant une désapprobation visible de la part d'un public* », si minime soit-il²²⁹. Tous les scandales, quelle que soit leur labellisation (financiers, politiques, sexuels, médicaux etc.), relèvent de ce processus, ils sont le produit de « *mobilisations transversales à plusieurs secteurs sociaux*

²²⁶ P.88 Talairache-Bolinx, non datée.

²²⁷ P.91 – Hilaire Vivarez -20 sept 1914.

²²⁸ Antonin Cohen, Bernard Lacroix, Philippe Riutort, *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, coll. «Grands Repères», 2009, p. 321.

²²⁹ Voir sur ce point: «qui doit décider s'il y a un scandale», dans *Politix*, «À l'épreuve du scandale», vol. 18, n° 71, 2005, p. 15.

*qui ont pour effet de brouiller les frontières et les logiques sectorielles*²³⁰ ». La dynamique du scandale traduit en ce sens une forme de « *variation des relations entre des acteurs*²³¹ », dont les effets sociaux affleurent dans la petite quarantaine de courriers analysée ici.

L'ensemble laisse en effet entrevoir quelque chose comme un socle épistémique de l'inacceptable. Quel que soit ce qu'ils dénoncent ou stigmatisent, tous et toutes partagent un constat : bien des souffrances et des décès auraient pu être évité-e-s si le SSM ne contrariait pas sans cesse les initiatives et les dévouements. En filigrane, parce que ce n'est jamais exprimé en ces termes, les entrepreneurs de scandale donnent à lire une critique de l'étatisation et de la militarisation ou, plus exactement, de la bureaucratie militaire qui contrôle trop ou pas assez sans rien maîtriser vraiment. Les verdicts énoncés sont construits sur des oppositions structurales qui mêlent condamnation morale et critique technique : « négligences », « dilettantisme malsain », « injustice trop flagrantes », s'opposent au courage à l'abnégation et aux « dévouements » nombreux ; l'« impréparation », l'« improvisation », le « système caduc [et la] méthode surannée », l'« incurie administrative », s'opposent aux « organisations remarquables », aux « bonnes pratiques », à l'ordre et aux compétences qu'un fonctionnement « insensé », « stupide », « révoltant » « inouï mais bien réel » annihile, provoquant une « déchéance de l'organisation médicale », une « insuffisance lamentable de soins ». Et ce qui frappe dans les sentences ainsi assénées, c'est qu'elles s'accompagnent presque systématiquement d'un « récit de soi » plus ou moins étoffé. Dans la grande majorité des lettres en effet, les auteur.es évoquent directement leur situation, parlent de leur vécu au sein même ou en périphérie d'un service de santé qu'ils et elles voient fonctionner ou pratiquent au quotidien. Au fil des lignes, on mesure combien la dénonciation du sort des blessés et malades est liée (presque systématiquement) à l'expression d'un sentiment de désœuvrement, d'inutilité sociale, de désajustement.

3.2 Le désajustement des rôles sociaux au principe de la critique

C'est tout particulièrement vrai des infirmiers.ières militaires, notamment des hommes dont on comprend à les lire qu'ils sont affectés dans les réserves. L'aumônier Chesnay, qui rapporte les propos d'un « témoin » - un autre « prêtre infirmier », de sa connaissance-, évoque « 2 ou 3 sections d'infirmiers *inutiles* » et « une centaine de médecins *n'ayant rien à faire* » dont l'un d'entre eux se plaint à lui de n'avoir « *pas fait un pansement* » après trois semaines de service et de marche²³². Le curé normand Hineux,

²³⁰ *Ibid.*, p. 58.

²³¹ Hervé Rayner, *Dynamique du scandale, de l'affaire Dreyfus à Clearsteam*, Paris, Le cavalier bleu, coll. « Mobilisations », 2007, p. 9.

²³² Pièce non numérotée Louis Chesnais - 22 sept 1914.

devenu infirmier du train, dit sans détour qu'il : « *n'est pas glorieux à l'heure actuelle d'être infirmier militaire et il est encore plus triste de s'entendre insulter comme cela est arrivé parce que le service de santé ne veut pas ou ne peut pas nous utiliser* [...] »²³³.

3.2.1 Des attentes déçues

La tension provoquée par ce sentiment de vacuité en situation d'urgence est particulièrement prégnante chez la « *lectrice assidue* » de Barrès qui s'est « *mise à la disposition de la Croix-Rouge et du ministère de la guerre* » dès les premiers jours du conflit et qui s'entend répondre depuis « *si on a besoin de vous l'on vous appellera* »²³⁴. C'est d'ailleurs l'objet de la lettre écrite « *en [son] nom et au nom de bon nombre de [ses] collègues* » que d'y remédier en proposant à Barrès de lui fournir une « *bonne équipe d'infirmières* », « *prêtes à tous les sacrifices* » pour relever et soigner « *nos blessés [...] Français ou Sénégalais ou Belges [qui] ont droit à tous les soins* [...] »²³⁵. La question est tout aussi sensible chez Marie-Jeanne Bertrancy, infirmière de métier, en poste à l'Hôtel Dieu, contrainte à l'inactivité par une circulaire du directeur qui interdit de « *s'engager dans les ambulances* » sous peine de ne plus faire partie du personnel hospitalier :

« Je trouve injuste que nous infirmières hospitalières les seules dont la pratique soit très sûre, on ne veuille pas de nos services. On ne s'improvise pourtant pas infirmière en vingt leçons. J'avais 17 ans quand je suis rentré à l'école des infirmières de l'AP, j'y suis resté deux ans et depuis ma sortie je n'ai travaillé que dans des services de chirurgie très actifs. A l'hôpital le chef à confiance à [sic] l'infirmière les malades sont nombreux et c'est à elle qu'il confie les plus grands soins. [...] Beaucoup de chefs seraient heureux de retrouver leurspanseuses et elles aussi de se sentir utiles. Si l'on suppose que les hôpitaux de Paris ne peuvent recevoir de blessés, que l'Assistance Publique donne ses infirmières inoccupées ou qu'elle laisse partir celles à qui l'inactivité pèse trop sans les menacer de ne plus retrouver leur place et leur grade après la guerre. Qu'on les accueille dans les ambulances sans leur demander quoique ce soit, parce que leur bonne pratique est leur seul bien [...] »²³⁶.

Dans ces courriers très riches, on sent poindre une lutte de position entre les infirmières professionnelles et les « bénévoles » qui viennent les concurrencer sur le marché du soin et du dévouement. Les lignes de l'hospitalière posent aussi la question des relations (conflictuelles ?) entre l'APP et le SSM. Mais sous la plume de celle qui se peint sous les traits d'une professionnelle bien formée « *à qui l'inactivité pèse trop* »²³⁷, on peut lire également combien le décalage entre rôle social du temps de paix (professionnelle du soin) et position occupée durant ces premières semaines de guerre (infirmière sans blessé)

²³³ P.148 – Hineux.

²³⁴ P.62- Guitton – non datée.

²³⁵ *Ibid.*. Les passages soulignés sont de mon fait.

²³⁶ Pièce non numérotée, Lettre de Marie Jeanne Bertrancy –25 sept 1914. Les passages soulignés sont de mon fait.

²³⁷ *Ibidem*

alimente un discours de la vocation contrariée et du « gâchis des compétences » qui légitime la critique et la demande.

Et le cas d'espèce est loin d'être un cas isolé. La même logique est l'œuvre chez Jules Saffray, étudiant en pharmacie de 24 ans et mobilisé comme sergent à la 11^e section d'infirmier parce que l'examen de pharmacien aide-major de 1^{ère} classe qu'il a « *passé avec succès* » n'est « *pas encore valable* »²³⁸. Le jeune homme déplore d'être « *au dépôt comme garde magasin* » à « *compter mélancoliquement les clous que le cordonnier met aux semelles [...] cependant que malheureusement des blessés nombreux réclament des soins éclairés autant que possible, et des pansements faits de mains expertes* »²³⁹. Pourquoi conclue-t-il ne pas « *utiliser chacun selon le maximum [...] j'ai un diplôme en poche avec deux ans d'internat* »²⁴⁰. Mêmes interrogations encore et mêmes critiques chez l'infirmier civil Ribera pour qui les pharmaciens « [...] surtout, pourraient rendre de grands services, si on savait les utiliser. *C'est encore une force négligée étant donné leurs multiples connaissances professionnelles, leurs bonnes pratiques des plaies du pansement et du médicament* »²⁴¹. Et il s'interroge : « *Pourquoi puisqu'il a été créé un grade de pharmacien auxiliaire ne leur donne-t-on pas ce grade ? Puisqu'ils y ont droit, surtout les diplômés. Les mettre à proximité [des blessés] serait plus logique [...]* »²⁴² notamment dans les trains sanitaires. Bref, écrit-il dans une formule qui résume bien sa conception de ce qui devrait être : « *the right man in the right place comme disent savoureusement nos amis les anglais* ». Derrière le bon mot, on comprend que celles et ceux qui « ont des diplômes » (et par conséquent des droits), mais n'ont pas ou peu de grade, ont intériorisé une conception de la division sociale et fonctionnelle du travail fondée sur la compétence et la valeur professionnelle qui tranche singulièrement la manière dont ils-elles vivent leur (non) participation à la guerre et/ou leur expérience de militarisation.

Étudiant en médecine²⁴³, Louis Lachurie décrit par le menu les dysfonctionnements de l'hôpital temporaire n°14 de Poitiers au sein duquel il travaille dans « *deux salles* » : bâtiments « *vieux* » et installation « *faite parfois contrairement aux lois de l'hygiène* », engorgement qui impose de déplacer les blessés, « *épidémies à craindre* », « *absence complète de matériel* » et « *instruments très difficiles à se procurer à Poitiers actuellement en trop petite quantité et de très mauvaise qualité* ». Mais le comble, pour celui qui est sans

²³⁸ Pièce non numérotée, Jules Saffray Pharmacien de 1ère classe – Sergent à la 11^e section d'infirmiers – –25 sept 1914.

²³⁹ *Ibidem.*

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ Il le dit de manière indirecte en évoquant un de ses « camarades étudiant en médecine également ». Pièce 132 – Louis Lachurie – Hôpital temporaire de Poitiers – non datée

doute un interne mobilisé comme infirmier²⁴⁴, c'est qu'on lui propose « *en même temps qu'à un de [ses] camarades étudiants en médecine [...] d'aller sur les champs de bataille pour ensevelir les chevaux* » alors qu'il explique avec force détails comment il se substitue purement et simplement au médecin aide-major responsable des salles dans lesquels il officie, « *un laryngologue de Paris* » qui ne « *savait plus rien de ce qu'il avait appris en chirurgie* » et qui « *conscient de son insuffisance* » se reposait sur lui.

Chez ces agents mal employé.es (voire pas employé.es du tout), l'écart entre aspirations sociales à l'action et réalité d'une position (temporaire) « d'inutiles » produit une tension au principe de la critique. Et les correspondant.es occupant des positions subalternes ne sont pas les seul.es à faire l'expérience de ce sentiment de désajustement social qui alimente la mise en scandale. Un mécanisme assez similaire est à l'œuvre chez les médecins et apprentis médecins de notre petit échantillon.

3.2.2 « L'âme du médecin » et le « devoir du soldat », ou les dévouements contrariés

La correspondance comprend aussi cinq autoportraits de médecins contrariés dans leur dévouement qui décrivent un bouleversement des conditions, des règles, des pratiques et des hiérarchies qu'ils connaissent. Ils donnent à voir l'étendue des restrictions matérielles et morales de leurs possibilités habituelles d'exercice du « métier », disent, bien sûr, que les conditions de la guerre y ont leur part, mais que c'est surtout l'incapacité du SSM à y faire face qui est en cause et ce, à l'arrière comme à l'avant.

Praticien exerçant en libéral dans le 16^e arrondissement, Jules-René Rembert (1877-?)²⁴⁵ est mobilisé comme soldat de 2^e classe à la 2^e section d'infirmiers militaires à l'hôpital Villemin²⁴⁶. Il explique qu'« *après 2 jours à ne rien faire dans des conditions déplorables* » il est envoyé « *avec 4 hommes de l'active diriger le poste de Gonesse* » dans lequel « *il ne se passe rien*²⁴⁷ ». Médecin de « 37 ans » à la « *clientèle considérable* [et qui] *n'arrête jamais* », ce « *fil de militaire et de Lorrains*²⁴⁸ » se décrit comme « *bon marcheur, bon chasseur* » et pense avoir toutes les qualités requises pour être MAM. Aussi déplore-t-

²⁴⁴ C'est une supposition fondée sur son analyse d'ensemble de l'hôpital qui témoigne d'une bonne connaissance du milieu hospitalier.

²⁴⁵ L'auteur signe Rembert et l'adresse qu'il donne permet d'être certain qu'il s'agit bien de René-Jules Rembert, diplômé en 1907 et installé 2 rue Donizetti. Voir la *Liste des docteurs en médecine, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages femmes de Paris* publiée par la Direction de l'Hygiène et de la sécurité publique de Paris pour l'année 1913, p.148.

²⁴⁶ Il fait parti de ces médecins qui n'ont pas été nommés officier (MAM) avant la guerre et servent comme simples soldats.

²⁴⁷ P.103 Dr Rembert – Gonesse – 20 septembre 1914. Sauf indication contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce courrier.

²⁴⁸ Son acte de naissance indique que son père est lieutenant-colonel au 28^e régiment d'infanterie de ligne. Voir son dossier Légion d'Honneur : Archives Nationales, Dossier LH n° [19800035/1407/62704](#).

il l'inertie de l'armée qui malgré « *plus d'un mois de démarches [le laisse] toujours sans réponse* » et lui impose l'inactivité. Seule satisfaction, le personnel du poste a « *pu se rendre utile* » en aidant les médecins des unités de passage à Gonesse. Mais le médecin parisien précise : s'il a pu le faire, c'est uniquement parce qu'il « *s'est ingénié officieusement à se rendre utile* » et que pour ce faire, il a désobéit aux ordres du médecin divisionnaire.

Chirurgien (dans le 16^e également) en temps de paix et affecté comme médecin aide-major à Quimper où il est chargé « *du service chirurgical de la région depuis deux mois*²⁴⁹ », le Dr. C écrit à Barrès le 30 septembre 1914. Il décrit de manière très détaillée le dispositif local qu'il connaît bien : 2 hôpitaux de la Croix-Rouge et 5 hôpitaux temporaires [*i.e* bénévoles] où l'on fait « *beaucoup avec peu de choses* ». Les blessés y sont choyés et soignés grâce à l'ingéniosité de ses confrères - « *presque tous médecins de campagne* » - auxquels il voue une grande admiration ; leur dévouement « *n'a de limite que l'impossible* ». Tous écrit-il « *nous aimerions faire mieux encore* », mais là encore, la figure du professionnel contrarié, voir empêché, s'esquisse dans la description des établissements qu'il fréquente ou connaît dont certains « *n'ont même pas d'eau ni de gaz* » quand un « *hôpital prévu pour 250 lits* » en a « *320 et plus même sans que les ressources [...] aient augmentées* ». Figure du dévouement contrarié encore lorsque « *le stock d'approvisionnement en matière de pansement a été épuisé* » et que « *les demandes incessantes à la direction du service de santé du XI^e corps n'ont pas reçu encore de réponses* ». Et le chirurgien d'insister : « *Notez que ce que je vous écris de Quimper se passe ailleurs de la même façon, et vos justes réclamations sur ce que vous avez vu à Paris prendraient une forme bien plus vive si vous alliez visiter quelques hôpitaux de province* ». Mais il y a plus, « l'impossible » qui limite la capacité et les dispositions à l'action thérapeutique des médecins a un nom. Sous sa plume, comme dans les lettres des infirmiers.ières, on retrouve un discours dans lequel les dispositions à servir des praticiens sont enrayées par la machine bureaucratique :

« J'ai l'air, monsieur, de faire ici un véritable réquisitoire et je me laisse entrainer un peu en effet. [...] Que de circulaires que de paperasses, qui ont bridées toutes les initiatives et découragé les bonnes volontés ! Et quelles réponses à nos demandes : ce n'est pas dans la nomenclature ! Autour de nous fort heureusement que de dévouement et d'abnégation, et aussi quels arrêts brusques dans leurs manifestations". Un exemple entre autres : beaucoup de familles prendraient ici des soldats convalescents qui ne peuvent être envoyés dans leurs foyers qui se trouvent dans la zone des armées. Les règlements, les circulaires s'y opposent. Je les discute pas elles ont probablement leur raison d'être mais quand même, par ces belles journées de soleil de l'automne radieux que nous avons ici, je vois des maisons, ou l'on attend 4, 6, 10 malades, rester vides, quand nos blessés ne peuvent profiter du salut et de la mer [...] ».

²⁴⁹ Pièce numérotée 190, Dr. C, Quimper, 30 septembre. Je n'ai pas réussi à déchiffrer la signature. Sauf indication contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce courrier.

En une phrase, il résume toute la tension que fait naître chez lui son rôle de sous-officier. Bien placé pour voir et prendre acte des dysfonctionnements, mais pas en position d'agir ou de faire agir pour les résoudre et contraint de faire avec, il écrit :

« je vous assure que mon âme de médecin s'accommode mal de mon devoir de soldat qui est de me taire et d'obéir ».

De manière assez attendue, les deux témoignages qui rapportent ce que leur auteurs ont vécu au front sont sensiblement différents. Ils insistent fort logiquement sur le rôle du combat et de la défaite pour expliquer les errements des services de santé mais les jugements qu'ils émettent sur l'organisation et le fonctionnement de celui rejoignent sur bien des points ceux des médecins de « l'arrière ».

Même le Dr Meulle²⁵⁰, pour qui la défaite est toujours synonyme d'inefficacité sanitaire et dont les prises de position à l'endroit du corps de santé sont parmi les plus légitimistes, s'insurge contre ses manquements. L'homme se présente comme médecin auxiliaire au 9^e groupe cycliste en convalescence après avoir été rapatrié pour blessure²⁵¹ 15 jours auparavant. Il fait donc partie de ceux qui à la tête des sections d'infirmiers et de brancardiers relèvent les blessés sur le champ de bataille. Lecteur quotidien de *L'Écho de Paris* « depuis qu'il est revenu du front », il se retrouve pleinement dans les articles du député, notamment ceux « d'hier samedi 3 et d'aujourd'hui dimanche 4 " qui lui font crier : ce que vous dites est vrai !" Oui monsieur, ajoute-il, « Il y a de gros progrès à faire pour le service sanitaire! », service qui à sa grande honte fonctionne beaucoup moins bien que le ravitaillement. Le constat posé, le médecin auxiliaire rappelle combien les conditions sont extrêmes et comment celles-ci les empêchent de dispenser les soins adéquats :

« [...] mais réfléchissez à quelles difficultés nous sommes astreints, nous médecins auxiliaires de première ligne. Pourquoi ces difficultés ? Parce que Mr, les Allemands tirent sur nous ! Vous comprendrez que obligés de faire couchés un pansement grave à un blessé couché, obligés de le déshabiller, de le panser, de faire un brancard avec des fusils et des courroies, dans cette position souverainement inconfortable nous ne pouvons guère faire un bon premier travail, et ce premier travail est précisément le plus important²⁵² ».

Meulle constate cependant que les blessés sont bien mieux pansés au moment où il écrit et l'explication est des plus simple pour celui qui a quitté le front le 8 septembre : désormais écrit-il « nous avançons, tandis que nous, nous reculions ». Et il poursuit : « autant le service médical est normal, facile, régulier, parce que automatique chez les troupes

²⁵⁰ P.183, Dr Meulle (orthographe incertaine) se présente comme « médecin auxiliaire du 9^e groupe cyclistes », « médecin de premières lignes ».

²⁵¹ Il avoir quitté le front le 8 septembre, sans que je n'ai pu en savoir davantage.

²⁵² P.183, Dr Meulle.

qui vont de l'avant, autant il devient difficile, périlleux (ceci n'est rien) mais surtout inefficace dans une troupe qui recule [...] Pouvons-nous faire mieux ? Non? C'est impossible. Ou plutôt si, nous faisons et ferons mieux quant nous avanceront ». S'il faut donc « avancer », c'est surtout dans « l'évacuation rapide qu'il faut chercher les remèdes pour "hâter le salut des blessés » ». Mais la promptitude de l'évacuation ne suffit pas, car contrairement à ce qu'affirmait la doctrine sanitaire du SSM, le tétanos fait rage chez les blessés. C'est là où le médecin auxiliaire voulait en venir :

« il faudrait d'office une injection de sérum antitétanique à tous les blessés par obus et à tous ceux qui ont du se trainer ans les champs! Oui Mr. (et dirigez votre croisade de ce côté) nous manquons de sérum antitétanique ! Vous parlez dans votre journal que 166 000 doses ont été envoyées, je n'en ai rien vu, mes confrères n'en ont rien vu. Il faut que ce sérum arrive ! C'est pour aboutir à ce ceci que j'ai pris la liberté [...] de vous écrire. [...] ²⁵³ ».

On retrouve un argumentaire assez proche, mais plus fouillé et beaucoup plus critique dans longue lettre, extrêmement poignante, d'Etienne Vidal²⁵⁴. Ex-chef de clinique, le chirurgien d'Angers est mobilisé comme médecin dans une ambulance du XI^e corps d'armée qui officie en « [...] Lorraine d'abord, en Belgique ensuite, dans l'ardennais, dans l'Argonne, en Champagne pour terminer [...] ». Hospitalisé à l'hôpital temporaire n°42 à après avoir été « *blessé en service* » (peu gravement précise-t-il)²⁵⁵, il raconte sur 20 pages, d'une écriture très difficile à déchiffrer, ce qu'il a « vu » et « trop vu », les « horreurs » dont il a été à la fois un témoin et un acteur, « l'abominable vérité » du manque de soin et des abandons de blessés pendant la bataille de Neufchâteau (21-25 août 1914) dans laquelle son unité est engagée et lors la retraite qui s'en suit.

Soucieux d'apparaître comme une source crédible et fiable Vidal (comme le Dr. C. affecté à Quimper) rappelle qu'écrire sur l'institution militaire, dire la guerre, c'est transgresser et il précise que le « *petit acte d'indiscipline que constituent ces lignes* » n'a rien à voir avec « *un souci de réclame personnelle* » ; il a « *16 ans de métier, 41 ans d'âge* » et possède « *un certain nombre de titres scientifiques qui passent pour sérieux ... et suffisent à mon bonheur*²⁵⁶ ». Le témoignage qu'il livre n'émane donc « *ni d'un « jeune » un peu facile*

²⁵³ *Ibidem.*

²⁵⁴ Pièce non numérotée -Etienne Vidal - Orléans, Hospice Temporaire n°42, 29 septembre 1914. L'auteur est, identifié par déduction en recoupant les informations qu'il livre (« *Chirurgien à Angers dans le civil. 16 ans de métier, 41 ans d'âge et possédant un certain nombre de titres scientifiques qui passent pour sérieux* ») avec la liste des membres de la Société Nationale de chirurgie.

²⁵⁵ Il est en effet évacué pour blessure le 6 septembre 1914. Voir sa fiche matricule (n°1622) AD de Haute Vienne, Registre matricule classe 1893, 1R509 ; matricule 1501 à 2000.

²⁵⁶ Il est entres autres lauréat de la Faculté de Médecine de Paris et reçoit une médaille de bronze pour sa thèse (1897) ; lauréat de la société de biologie (prix Ernest Godard) en 1899 et lauréat de l'Académie de Médecine (1900). Il reçoit un « encouragement » de 500 fr. sur le montant du prix Barbier (Maladies incurables, épilepsie etc.). Voir Vidal, Eugène-Etienne, « *Exposé des titres et travaux scientifiques* » Limoges, Impr. Perrette, 1903, le seul accessible en ligne (sur le site de la BU de santé) :

émouvoir, ni d'un ... novice en matière de chirurgie », précision d'autant plus utile que la plume est affûtée et le verdict sévère. Dans ce récit très circonstancié, le chirurgien angevin s'étend longuement sur l'impuissance des médecins de l'avant, confrontés aux aléas de la bataille (de la déroute) certes, mais aussi aux erreurs du commandement – « *l'ambulance a été envoyée par erreur en territoire ennemi, sans lui donner de contre-ordre [...]* » - et à la désorganisation du SSM dont il donne un foule d'exemples:

« La journée a été terrible pour le IX^e CA. Mes pauvres gonz d'Anjou – le 135^e surtout – ont été décimés à Oulliseul. Devant l'Église et la mairie de Sugny, à la seule lueur des chandelles, toujours, toujours encore arrivent des charrettes conduites par des paysans belges, et remplies de blessés, entassés pêle-mêle [...] . Une ambulance,(...) oui, dans une salle de la mairie. Le médecin chef du 135^e donne là des soins à 200 blessés, 250 au plus, à bout de place - à bout de forces. Et la marée monte toujours ! [...] Dans le noir, des chandelles fument, qu'approchent un peu partout les femmes (comment cette paille ne flambe t-elle pas ?), où dans le rouge atroce des braises qu'un coup de vent, là-bas, (ravive ?), des cris, des hurlements. J'y cours [...] Et je vois : deux, trois, quatre blessés saisis "à toute volée" par les 4 membres ; un pied ou une main pour chacun des gaillards [...] zélés qui, à défaut de brancardiers dont je ne puis trouver un seul échantillon, déchargent les voitures et (...) dans les granges. J'ai l'habitude des horreurs (...) et j'ai pleuré là tout mon saoul!. Vous vous doutez aussi, que, [...] j'essayai de mieux faire, de diriger un peu ce qui aurait dû l'être – et ce qui pouvait l'être ; un quart d'heure d'espérance [...]. 20, 30... 40 peut-être ont un peu moins souffert, de ce que le hasard d'une halte trop courte mit sur leur route quelqu'un « de la boîte » ! (...) .Qu'est cela, vis-à-vis du nombre(...) Des granges et des granges encore où tout fut entassé par le même procédé brutal (...) où (dans des circonstances trop longues à vous dire), ayant pu m'échapper, quelques heures plus tard, je retrouvais tout dans le même état, toujours sans l'ombre d'un personnel, (...) mais avec quelques morts de plus ! [...] et combien sont restés là-bas, dans les tranchées, dans les fossés, qui ne seront jamais ramassés, - de leur vivant au moins ! Et combien encore, au petit jour, ont payé de leur existence cette précipitation folle du départ, ce "ré-emballage" du "tas", pour évacuer. « Faits isolé ? » écrit-il encore : « non, hélas, cent fois non ! [...] un fait domine tout : partout où cela "chauffe", partout où les blessés sont nombreux en très peu de temps [...] même insuffisance lamentable, incroyable de secours réel, efficace, suffisant²⁵⁷ ».

Et Vidal passe en revue les effets de « *l'inimaginable désorganisation, -manque d'organisation plutôt* » des services de l'avant et des évacuations : l'ambulance pleine « de 5 à 600 blessés » au moins entassés les uns contre les autres et dans laquelle arrive « en moins de 3 heures plus de 2000 blessés », médecins qui « *emballent, [...] ne soignent pas, même les hémorragies, même l'indispensable* », blessés qui devant l'encombrement se réfugient où ils peuvent et dont certains « *complètement oubliés de nous* » sont achevés par les Allemands. Quand bien même passerait-on sur les soins donnés à l'ambulance « *le chapitre est inépuisable* ». Des trains d'évacuation sans personnel infirmier ni médecin qu'il a lui même emprunté (« d'A... en Champagne » jusqu'à Perpignan) aux hôpitaux

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/?cote=110133x048x18&do=pdf>. L'édition de 1911, elle, est accessible uniquement en version papier.

²⁵⁷ Pièce non numérotée -Etienne Vidal -, 29 septembre 1914. C'est l'auteur qui souligne.

temporaires « dirigés presque toujours par d'excellents collègues territoriaux, qui ont [...] 3 galons (ce que l'on a d'ailleurs quand on veut), - mais qui excellents médecins de petites localités, sont chirurgiens ... « comme la lune » - infectent par manque d'habitude [...] et voient dans l'amputation (l'horrible chirurgie négative) le dernier mot de la science et de l'art ! » ; tout est à revoir au prisme de la lutte contre l'infection²⁵⁸.

Le réquisitoire de Vidal se déplace alors sur le terrain scientifique et clinique et prend pour cible les dogmes de la médecine militaire : l'emballage des blessés et le caractère aseptique plaies de guerre une fois iodée :

« La [?] de « l'emballage sommaire iodé » est soutenable [?] pour des blessures légères, moyennes si vous voulez. Elle est un crime pour les blessures graves, fractures ouvertes des grands os, plaies du ventre, etc. [...] Chaque jour, j'ai sous les yeux les résultats éloignés de ces fameux emballages que j'ai vu faire et fait sur la ligne de feu – les [?] aussi de ces fameux transports. Nul ne les peut soupçonner, parmi nous, professionnels de la chirurgie, s'il ne les a pas vues. Le nombre des infections graves, mutilantes définitivement, et mortelles, est énorme²⁵⁹ ».

Bien sûr les conditions de transports et d'hospitalisation comptent au premier au rang des « motifs primordiaux, "générateurs" » mais l'organisation n'explique pas tout. *In fine*, ce sont bien les fondements cliniques de la tactique sanitaire qui sont en cause, en témoignage pour Vidal « l'incroyable [...] histoire du sérum antitétanique » :

« Vous savez qu'en temps de paix, le pouvoir préventif presque absolu de ce sérum est très largement – et très justement – utilisé dans le militaire. Toute plaie souillée de terre ou [?] provoque une infection préventive, et le tétanos est à peu près méconnu dans l'armée. Jamais un vétérinaire militaire n'opèrerait la moindre bourrique sans se prémunir aussi contre toute « histoire » possible.

Or, le type de la blessure de guerre, par schrapnell surtout, est bien, par excellence, celui de la blessure « à tétanos » ; plaie musculaire, profonde, irrégulière et souillée de terre ; rien n'y manque. Ce qui manque... c'est le sérum. Cris d'orfraie quand nous eûmes l'audace d'en demander. Du sérum ? Pourquoi faire ? Inutile. Absolument inutile. Aucun tétanos à craindre, avec la fameuse teinture d'iode. Et l'on alla jusqu'à élaborer une circulaire confidentielle nous prouvant, par a + b, l'inutilité du sérum antitétanique dans les blessures de guerre. « Kolossal », mais exact. Si vous pouviez vous procurer le [?] en question c'est un document humain qui, certes, en vaut la peine. Inutile de vous dire que nos malades meurent fort bien du tétanos : deux seulement, cette semaine, autour de moi, ici. Il est vrai que, depuis 5 jours, on s'est [brusquement ?] aperçu qu'il devait exister, quelque part, dans un endroit qu'une enquête sérieuse [peinait ? parvenait ?] pourtant à déterminer, du sérum antitétanique. D'où vient cette révélation subite ? D'une coupable indiscrétion de ... l'Institut Pasteur, qui à nos réclamations directes... et contraires à toute discipline, nous répondit... qu'il avait, depuis la mobilisation, délivré déjà 50 000 doses à la guerre..., et qu'en cherchant un

²⁵⁸ *Ibidem*.

²⁵⁹ *Ibidem*. L'auteur a souligné

peu..., On chercha, on trouva... et on nous envoya quelques [flacons ?]; pas beaucoup, mais enfin...²⁶⁰ ».

Pour lui, pas de doute il faut intervenir au plus près des lignes ce qui suppose de créer les conditions pour le faire et le SSM est loin du compte :

« Incidemment, sachez que si j'ai pu faire une laparotomie²⁶¹, dans [...] la mairie, sur une table improvisée [...] si j'ai pu, comme je le crois, sauver mon jeune officier, c'est seulement à 4 femmes d'ouvriers que je le dois, qui merveilleusement [...] allumèrent leurs fourneaux, pour faire bouillir eau, instruments et compresses. Sans elles je me serais trouvé dans l'impossibilité d'agir la plus absolue²⁶²." »

Chirurgien « empêché » (« *l'impossibilité d'agir la plus absolue* ») par des dysfonctionnements structurels, Vidal l'est assurément et pour beaucoup à ses yeux parce que le SSM n'a pas su utiliser les talents à bon escient :

« Pendant ce temps, deux agrégés, dont votre serviteur (et combien d'autres), circulaient, de la Lorraine à la Belgique, en passant par l'Argonne et le reste, faisant un métier allant de cocher de fiacre à l'infirmier de 18^e classe. Tous deux nous pourrions affirmer qu'à part l'unique opération réelle que j'ai pu faire à Launoy, jamais nous n'avons pu accomplir besogne dont ne se fut pas tiré aussi convenablement le plus... épais de nos infirmiers²⁶³ ».

Derrière la pointe de mépris social (la seule du reste) c'est bien la question du mésusage des compétences qui est au centre, et c'est elle qui alimente la discussion avec l'un de ses « *collègues de l'agrégation de chirurgie* », leurs « *réflexions sur notre inutilité complète, comme chirurgiens* ».

Si dans le « *monde à l'envers des tranchées* », l'isolement social est un marqueur fort de l'expérience des intellectuels dont la parole est doublement surreprésentée dans le corpus des témoins de la Grande Guerre²⁶⁴, l'expression d'un sentiment de désajustement et d'impuissance semble caractéristique de la prose des médecins qui dénoncent le fonctionnement, à l'avant comme l'arrière, du dispositif de soin. Le long courrier d'Etienne Vidal est de ce point de vue exemplaire, c'est un modèle d'autoportrait en « praticien inutile et désœuvré ». Bien sûr l'univers dantesque de la bataille et, plus encore, de la retraite, contribue à l'élaboration d'une perception sociale négative et critique de l'armée et du SSM. Mais au-delà des impondérables de la défaite c'est bien le rôle de médecin militaire lui-même et le fonctionnement du service de santé qui, pour les

²⁶⁰ *Ibid.* L'auteur a souligné.

²⁶¹ Incision chirurgicale permettant de pratiquer ensuite d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. Sa pratique est proscrite en chirurgie de guerre au début du conflit, c'est l'abstentionnisme chirurgical qui prévaut.

²⁶² *Ibid.* C'est moi qui souligne.

²⁶³ *Ibid.* L'auteur a souligné.

²⁶⁴ Nicolas Mariot, « Avec qui on écrit l'histoire », *Genèses*, n°95, juin 2014, p. 136-155.

correspondant.es de Barrès, expliquent l'impuissance thérapeutique du corps de santé et, *in fine*, la mort de blessés et malades qui auraient pu être soignés. Sous l'uniforme, les professions de santé ou celles et ceux qui remplissent ce rôle le temps de la guerre (curé et bénévoles par exemple) sont pris dans des injonctions contradictoires : il faut faire beaucoup avec peu et en suivant les règles d'un monde – la médecine militaire - auquel ces agents ne sont pas ou peu socialisés et dont les logiques pratiques, les priorités, les hiérarchies leur semblent souvent illégitimes. Dans ces courriers dont on pourrait multiplier les citations, on voit combien l'incapacité, voire le refus du service de santé d'utiliser à bon escient les «aptitudes» des civils mobilisés sont stigmatisés.

Peut-on monter en généralité à partir de ces quelques exemples et dire que les restrictions matérielles et morales des possibilités habituelles d'exercice du « métier » - et le sentiment de décalage entre le rôle social du temps de paix et celui du temps de guerre qu'elles produisent - constituent le moteur de la mise en scandale ? Le coup de sonde dans la correspondance de Barrès ne permet pas à lui seul de répondre par l'affirmative et on doit s'en tenir à des conclusions plus modestes de deux ordres.

L'étude de cas proposée ici montre d'abord que dans un moment où l'ajournement de la session parlementaire prive les députés (de leurs réseaux ordinaires) d'informations et les empêche de contrôler l'action du pouvoir civil et du commandement militaire par les moyens légaux ordinaires, l'incorporation d'agents appartenant aux champs politique, administratif et médical – favorise la (re ?) constitution de réseaux informels d'information des parlementaires et que ce sont eux qui alimentent la dynamique de déstabilisation du SSM. Les travaux ayant mobilisé les rares correspondances de guerre de parlementaires aujourd'hui disponibles, attestent par ailleurs de la poursuite des relations entre les députés et (une partie de) leur clientèle politique, et mettent lumière le rôle de la correspondance dans le processus de politisation des questions militaires en temps de guerre, ce que la correspondance Barrès confirme d'ailleurs²⁶⁵. Les députés non-mobilisés qui sont restés (ou sont retournés) dans leurs circonscriptions (ex) reçoivent quotidiennement sollicitations, griefs et dénonciations de la part de leurs administrés. Et c'est probablement le cas aussi des députés mobilisés qui, simples soldat ou officiers, le sont bien souvent dans la région même qui les a élus quelques mois plus tôt²⁶⁶. Le constat n'est pas surprenant dans la mesure où la relation épistolaire est une forme ordinaire de la relation politique sous la Troisième République, qu'il est « normal » d'écrire à son député

²⁶⁵ Fabienne Bock et Thierry Bonzon, « "Il faut que vous sachiez ce qui se passe chez nous..." : 246 lettres de militaires français au Parlement en 1917 », dans André Loez et Nicolas Mariot (dir.), *Obéir/désobéir. Les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La Découverte, 2008, p. 167-180. Charles Ridet, *Les embusqués*, *op. cit.*, p.23-145.

²⁶⁶ Fabienne Bock, *Un parlementarisme de guerre*, *op. cit.*, p. 60.

ou aux notabilités locales²⁶⁷. Sans doute la guerre a-t-elle rendu ces relations plus compliquées, notamment avec la mise en place du contrôle postal²⁶⁸, mais rien n'autorise à penser qu'elle en ait transformé, du jour au lendemain, la nature. Lors d'une intervention devant la Chambre en juin 1915, le jeune député socialiste Léon Accambray fait une déclaration qui corrobore cette lecture :

« nous nous sommes rendus compte, avec nombre de médecins qui étaient sur le front et qui nous écrivaient, combien cette organisation déplorable avait été cause de la mort d'un nombre incalculable de blessés, auxquels elle n'avait pas permis de donner les soins nécessaires [...]»²⁶⁹.

De ces correspondances évoquées par l'élu de la 2^e circonscription de Laon, je n'ai trouvé aucune trace. Ce silence est particulièrement dommageable, ces lettres nous auraient permis d'approfondir l'étude menée dans ce chapitre et, peut-être, de mieux saisir l'espace des relations au principe de la mise en scandale. Mais on ne sait ni qui est ce « nous » auquel renvoie Accambray – lui-même ? les députés ? Les socialistes ? Ceux qui travaillent à faire scandale ? Les trois à la fois ? – ni quelle est l'intensité du phénomène. Si on ne peut pas savoir non plus quels sont les ressorts de cette mobilisation de papier, les propos du député de l'Aisne ouvre néanmoins une piste sérieuse. Ils suggèrent qu'au-delà des mécanismes décrits plus haut, les professionnels de santé auraient joué les premiers rôles dans la dynamique de mise en scandale du SSM. Mobilisant leurs relais dans le champ du pouvoir ils se seraient imposés comme une des premières forces sociales à l'œuvre dans la chute de la 7^e direction du ministère de la guerre. Prendre au sérieux l'hypothèse nécessite toutefois de la reformuler et d'expliquer pourquoi, plus que la mobilisation elle-même, ce sont les conditions et modalités de « mise en guerre » du champ médical qui doivent être réexaminées. C'est l'objet du prochain chapitre.

²⁶⁷ Sur la question voir : Frédéric Monnier, La politique des plaintes. Clientélisme et demandes sociales dans la Vaucluse d'Edouard Daladier, Sèvres, La Boutique de l'histoire, 2007.

²⁶⁸ Pour les courriers postés de « l'Avant » vers l'intérieur.

²⁶⁹ Léon Accambray, Chambre des députés, séance du 24 juin 1915, JORF du 25 juin, p. 936.

CHAPITRE 5

RÉFORMER AU NOM DES COMPÉTENCES : LE RETOUR DES ÉLITES MÉDICALES ET PARLEMENTAIRES (AUTOMNE 1914 – ÉTÉ 1915).

En s'efforçant de comprendre comment la situation de guerre contribue à légitimer l'idée d'une nécessaire réforme de l'administration des blessés et malades militaires c'est maintenant du processus de (re)politisation des questions de santé lui-même dont ce chapitre voudrait rendre compte. Les développements qui vont suivre s'efforcent ainsi de restituer les conditions sociales de production des discours de la réforme qui émergent - à partir de l'automne 1914, et plus encore de l'hiver 1914-1915 - quand différents agents appartenant aux champs politique (les parlementaires) et médical « entre dans le jeu » et s'emparent du « problème des blessés ». En analysant les logiques de cette politisation, l'enquête entend éclairer sous un angle neuf (mais non exclusif), les dynamiques sociales au principe de l'institution du sous-secrétariat au service de santé militaire (juillet 1915) et partant, le processus qui conduit à la mise œuvre d'une politique de santé dont a dit, à la suite de Vincent Viet, qu'elle était largement inédite.

Je reviendrai dans un premier temps sur la manière dont la 7^e direction tente de faire face à la situation rencontrée pendant les premiers mois de guerre et d'endiguer l'entreprise de disqualification dont elle est objet. En enrôlant des « spécialistes » à la compétence reconnue la médecine militaire se ménage à la fois le secours d'une expertise qu'elle n'a pas ou pas complètement et travaille à se relégitimer. Ce faisant, la direction de la santé militaire et ses soutiens civils coproduisent un premier sens commun

réformateur en vertu duquel les conditions d'exercice de la guerre justifient une politique d'adaptation des services à la réalité du terrain (I. Amender sous la pression des circonstances) ; la guerre d'artillerie légitime le « triage » des blessés et la guerre de position l'intervention des pastoriens et des hygiénistes.

Dans un second temps (II. Le gouvernement sanitaire de la guerre comme enjeu le champ politique), j'analyserai la prise en charge de la question santé dans le champ politique qui se traduit d'abord, entre le 19 et 22 décembre, par le passage devant trois commissions parlementaires de Millerand et de Troussaint, l'envoi de membres de la commission de l'hygiène Publique de la Chambre en mission « d'inspection » aux armées et la création par le ministre d'une Commission Supérieure Consultative du Service de Santé Militaire (CSCSSM). À travers l'étude de cinq rapports produits entre mars et juillet 1915 par la CSCSSM et deux des grandes commissions de la Chambre (Hygiène) et du Sénat (Armée), la démarche donne alors à voir les effets de la mise en scandale dans l'arène parlementaire et montre comment, en investissant la cause des blessés, parlementaires et « spécialistes » achèvent de la constituer en problème public et la requalifie ; le problème des blessés devient en quelque sorte le problème des médecins ou, plus exactement, le problème des compétences. La réforme est alors un mot d'ordre largement partagé, mais le terme a changé de sens et renvoie à des conceptions sensiblement différentes qui résultent elles-mêmes d'une lutte pour le monopole du discours légitime en la matière entre deux fractions du champ médical.

En s'efforçant enfin de comprendre ce que réformer veut dire du point de vue des médecins (III. La réforme du point de vue médical) l'enquête montre qu'il s'agit d'abord et avant tout de remettre en ordre la médecine de guerre en l'alignant sur les logiques propres au champ pour gouverner (la santé) par les compétences. Mais l'espace d'opportunités qui s'ouvre alors est aussi une occasion d'accélérer les transformations internes au champ, de le réaménager voire de le bouleverser.

Au terme de la démonstration, l'éviction de la 7^e direction du ministère et son remplacement par une direction politique apparaissent alors comme le produit d'une reconfiguration - au sens que Norbert Elias donne à ce terme - de la santé en guerre.

I Amender sous la pression des circonstances : la réforme du point de vue de la médecine militaire

Depuis 1912, la préparation de la guerre s'est caractérisée par la (re)prise en main de l'institution militaire par le haut commandement (voir chap. 1) et la prise de contrôle du SSM par les tacticiens sanitaires (chap. IV). Cette politique a été contestée et par deux

fois au moins - à l'occasion de l'expédition du Maroc (1912) et du vote de la loi de 3 ans – et le service de santé a fait l'objet de mises en causes sévères dans le champ politique. Mais la dimension strictement thérapeutique de la prise en charge, autrement dit la question des pratiques de soins elles-mêmes, n'ont jamais été abordées en dehors de l'espace restreint et bien délimité de l'entre-soi professionnel. Même lorsque le service de santé est attaqué à l'hiver 1914, ses prescriptions en matière de thérapeutique ne sont pas critiquées, stigmatisées ou dénoncées. Ce sont au contraire les conditions d'exercice de la médecine aux armées qui le sont: visites médicales d'incorporation trop rapides pour effectuer un véritable tri scientifique des recrues, infirmeries surchargées et personnel infirmier peu compétent, capacités d'hospitalisation insuffisantes, prégnances des logiques militaires ou gestionnaires en contradiction avec la raison médicale, manque de médecins militaires etc. La liste des griefs exprimés publiquement avant la guerre est longue, mais les pratiques médico-chirurgicales en vigueur dans le corps de santé n'en font pas partie.

De ce point de vue, la mise en scandale analysée au chapitre précédent est inédite et elle a pour effet de mettre en jeu le soutien dont les institutions les plus centrales du champ (Académie, Faculté, Société de chirurgie) ont fait preuve à l'endroit du SSM jusqu'alors ; d'abord parce que la mobilisation est un vaste processus de captation par l'armée des ressources du champ médical, ensuite parce qu'elle fait disparaître les rares instances dans lesquelles médecins civils et militaires pouvaient collaborer (la commission d'épidémiologie par exemple) et que les élites de la médecine civiles n'ont, de ce fait, plus de prise sur la politique de santé militaire qui s'élabore dans l'entre-soi de la relation commandement (GQG) ministère, sans que ce dernier ne puisse (ne veuille même, c'est la doctrine Millerand) contrôler ce qui se fait (ou non) en zones des armées.

La 7^e direction recourt alors à l'expertise de sommités civiles. Le président de la Société Nationale de Chirurgie (SNC) Théodore Tuffier (1857-1929) se voit confier une mission d'inspection dès la fin août. Le rapport qu'il rend le 13 octobre préconise quelques ajustements mais blanchit le SSM de toute accusation. En novembre ce sont cette fois des hommes de l'Institut Pasteur et de la Faculté de médecine de Paris qui sont mis à contribution pour une mission d'évaluation de la menace typhoïdique en zone des armées. Quoique feutré sur la forme, leur rapport insiste sur la nécessité de mettre en place une véritable politique de lutte contre le péril épidémique et dit, en creux, les graves insuffisances de ce qui se fait à l'avant. Dans les deux cas cependant, les services de santé ne sont pas mis en défaut ; c'est la guerre (les conditions de son déroulement) qui explique les défaillances et justifie les ajustements ou réformes envisagées.

1.1 La chirurgie de guerre face à l'évènement : ajuster la pratique aux circonstances

En août 1914, les plus éminents chirurgiens de la Société de chirurgie défendent « l'abstentionnisme chirurgical » prôné par le SSM dont le règlement de 1910 - couronné par l'Académie des Sciences - a été rédigé, on l'a dit, en tenant compte des retours d'expérience des conflits les plus récents, notamment de ceux de la guerre de Mandchourie, où le service de santé du Japon avait appliqué ce principe. L'abstention s'imposait particulièrement en cas d'atteinte abdominale avec lésion de l'intestin : les laparotomies¹ immédiates étaient à proscrire comme l'indiquait Delorme dans ses « conseils aux chirurgiens » présenté devant l'Académie des reprises par une circulaire en octobre 1914.

Au même moment et après de longues discussions, la même Société Nationale de Chirurgie (SNC) considérait en revanche que dans la pratique civile et en temps de paix, la laparotomie s'imposait en cas de blessure par balle. Les membres de la société avaient donc validé se faisant l'approche de leur ancien vice-président (Delorme en 1912) pour lequel il existe deux chirurgies distinctes : la chirurgie générale (« journalière ») et la chirurgie de guerre dont les spécificités justifient de reporter l'intervention chirurgicale loin des lignes voire de s'abstenir complètement². Au-delà d'un accord sur le protocole ou les indications opératoires, reconnaître la spécificité de la chirurgie de guerre, c'était aussi reconnaître un domaine de juridiction propre aux chirurgiens militaires et leur laisser le monopole du discours légitime et de la prescription en matière de thérapeutique chirurgicale. Si on la pense en relation avec le processus d'autonomisation qui caractérise l'histoire du corps de santé depuis un demi-siècle (*cf.* chap.1), la prise de position de la SNC et les relais des académies de médecine et des sciences peuvent alors se lire comme la marque d'un soutien aux élites de la médecine militaire, aux tenants de l'école française de chirurgie militaire. Faire de la médecine et de la chirurgie militaires le domaine de juridiction de spécialistes c'est donner des ressources à des agents dominés dans l'institution militaire et travailler (indirectement) à renforcer le processus de médicalisation de la prise en charge des blessés et malades.

Quinze jours après le début de la guerre, le ministère obtient l'accord de Joffre - dont l'hostilité à la présence de civils aux armées est bien connue - pour l'envoi d'un

¹ Incision chirurgicale permettant de pratiquer ensuite d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens.

² Delorme n'est pas le seul à entretenir l'idée d'une spécificité de la chirurgie de guerre mais il est un ardent promoteur de la distinction, le premier sans doute, vu la position qu'il occupe. Ce principe d'opposition structure de bout en bout les 150 pages de ses « titres et travaux scientifiques » publié chez H.Charles-Lavauzelle en 1912.

« chirurgien consultant des armées d'opération ». Le choix se porte sur Théodore-Marin Tuffier, agrégé de chirurgie de la faculté de Paris et chirurgien des hôpitaux. Praticien à la renommée internationale, Tuffier s'est distingué en chirurgie gynécologique, thoracique, gastro-intestinale, mais il est avant tout un spécialiste de chirurgie cardiaque et pulmonaire pour laquelle il a créé à la Sorbonne, dans le laboratoire d'Albert Dastre (1844-1917)³, un cours de chirurgie expérimentale. Le choix de Tuffier, c'est celui de la compétence mais aussi du titre et de la légitimité qu'il véhicule. Il n'est pas professeur et ne sera jamais en chaire certes, mais en 1914, il collabore avec la « star » française de la génération, Alexis Carrel (1873-1944)⁴ et il est président en exercice de la SNC⁵. L'envoyer en mission « d'inspection » dans les différentes formations sanitaires de l'armée, c'est bénéficier d'une expertise reconnue certes, mais c'est aussi une manière pour l'école de chirurgie de guerre française (incarnée par Delorme) d'entretenir - par la voix de son président - le soutien de l'institution dominante dans la profession. Le rapport qu'il rend le 13 octobre

Tuffier est officiellement missionné le 27 août, mais dès le 24 (et jusqu'au 29) il observe les blessés des batailles de Belgique qui transitent par la gare d'Archères⁶. Il en voit 6 000 dit-il, dont les deux tiers sont des « *blessés assis, peu gravement atteints* » et il est « *frappé de la perfection de leur pansements* ». Sa mission se poursuit sur les « *lignes de feu des Vosges* » au sein d'un groupe de brancardiers divisionnaires de la 1^{ère} armée où il arrive le 1^{er} septembre. Il y découvre la grande précarité des installations « *à quelques centaines de mètres de la ligne de feu* » et loue « l'habileté », la « conscience », « l'endurance » et « le courage » des « collègues du service de l'Avant ». C'est l'occasion pour lui de constater que les appareils allemands destinés à l'immobilisation des fractures - similaires à ceux adoptés dans les hôpitaux anglais - sont plus efficaces que « *les gouttières en fils de fer* » des services français. À l'exception de cette question ouverte à la discussion, Tuffier est en

³ Docteur en médecine et en sciences naturelles, Dastre fut le préparateur de Claude Bernard au Collège de France et au Muséum. Agrégé des Sciences physiques en 1867, il est Professeur à la Sorbonne, titulaire de la chaire de physiologie en 1886. Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine (1908).

⁴ Parti tôt aux États-Unis, Carrel est prix Nobel de « physiologie ou médecine » en 1912. Tuffier et Carrel publient ensemble « Patching and Section of the Pulmonary Orifice of the Heart », *The Journal of Experimental Medicine*, 1914, vol. XX, n°1, p. 3-8 et leurs collaborations se poursuivent pendant la guerre, voir par exemple Archives et manuscrits de la Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine, Papiers d'Académiciens et de savants, Fonds Carrel (1873-1944) 12. Correspondance Dossier n° 978, Télégramme du Dr. Tuffier à Alexis Carrel, Paris, 1^{er} décembre 1915, annonçant une opération d'un anévrysme de l'aorte prévue à l'hôpital Beaujon.

⁵ Pour les éléments biographiques sur Tuffier voir les sources mentionnées sur la base biographique de BIU de santé [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?cle=8159>]. Voir aussi Archives Nationales, Dossier Légion d'Honneur : LH/2637/59.

⁶ Théodore Tuffier, « Contribution à l'étude de la chirurgie de guerre », dans Georges-Maurice Debove, Raphaël Blanchard, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 78^e année, 3^e série, tome LXXII, p.150-156. Sauf mention contraire, tous les passages cités dans les développements sur la mission de Tuffier sont extraits de cette communication.

plein accord avec les directives du SSM et avec ce qu'il voit : à ce niveau du front, il faut intervenir le moins possible : « *une simple extraction d'éclats d'obus superficiel et un nettoyage de la plaie, aussi complet que faire se peut* ». C'est à l'hôpital d'évacuation « *premier crible retenant tous les évacuables* » et « *station capitale* » qu'il faudrait reporter la thérapeutique chirurgicale, mais ses expériences à Bruyères, Mornynville et Ribauvilliers (où il travaille avec Paul Chavasse) le laissent perplexe quant à la faisabilité. Faire de la chirurgie dans ces hôpitaux de l'Avant suppose en effet « *un personnel de choix, entraîné à la chirurgie et capable de saisir rapidement et d'exécuter toutes les indications opératoires* ». Parvenir à « [...] *l'adaptation si délicate des compétences et la répartition judicieuse des aptitudes* [...] lui semble tout simplement irréalisable. Si le « *desideratum ne peut guère être rempli* », c'est justement parce que les hôpitaux d'évacuation sont « *à proximité de la ligne de front* » et que l'infrastructure est « *toujours entre l'abandon et la prise, suivant que cette ligne s'éloigne et le rend inutile, ou se rapproche et le rend intenable* [...] ».

Le constat, au final, est sans équivoque : la guerre (de mouvement) crée des « *conditions vraiment peu favorables à une grande organisation chirurgicales* », surtout pour plaies de l'abdomen qu'il considère comme « *un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie* ». Il espérait, écrit-il, pouvoir y trouver une solution, mais sur les 6 laparotomisés qu'il avait fait évacuer sur l'hôpital de Saint-Maurice, un seul a survécu. Tuffier réaffirme donc - de manière sous-jacente - la nécessité du report à l'arrière des interventions chirurgicales. S'il s'indigne des conditions faites aux blessés dans les trains dont il a « *approuvé toutes les critiques* » et « *chercher les responsabilités* », il ne dit rien des modalités de triage des blessés qui distingue les hommes « assis » des « allongés ». En revanche, il souligne la « *complexité du problème* » (face au simplisme des critiques ?) et précise que le SSM n'est pas « *responsable de la constitution des trains* »⁷, seulement de leur destination. Surtout, il argumente longuement pour montrer que la contamination tétanique n'intervient pas, ou de manière très marginale, dans les wagons, mais sur le champ de bataille, autre manière de répondre aux accusations qui font du service le responsable de milliers de morts. Pour y remédier il faut employer le sérum antitétanique fourni par l'Institut Pasteur, non pas dans les hôpitaux, « *48 heures après la blessure* » (« *sérothérapie trop tardive* »), mais dans les formations sanitaires de l'Avant, ainsi que le préconisent Delorme et Émile Roux (1853-1933), le directeur de l'Institut Pasteur. Au terme du rapport présenté le 13 octobre devant l'Académie de médecine, il ne reste rien ou presque, des critiques parues dans la presse. Tuffier donne un blanc-seing au SSM et il l'assume :

⁷ C'est en effet la prérogative du 4^e bureau de l'état-major de l'armée dirigé par le colonel Gassouin.

«[...] si j'ai cru devoir vous parler des formations sanitaires et de leur fonctionnement, c'est pour donner la quiétude à ceux, si nombreux, qui souffrent dans la blessure d'un des leurs, et qui pourraient accuser les services ou les hommes, alors qu'il y a surtout à inculper les nécessités créées par la guerre ».

Le message est clair, ce sont les conditions et la situation militaires qui expliquent la mortalité des blessés et le SSM n'est pas en cause. Rien ne justifie de rompre avec les préceptes de l'entrée en guerre, la chirurgie doit être reportée là où les conditions opératoires sont meilleures. Paul Chavasse, qui a bien compris le potentiel de délégitimation que véhicule la critique et l'intérêt du recours à Tuffier (qu'il connaît) obtient de Troussaint (deux semaines après sa propre nomination) la pérennisation de sa « mission » par la création d'un poste de chirurgien consultant des armées d'opération⁸ qui fait de Tuffier (et de la SNC ?) l'assistant technique de la direction des services de santé en zone des Armées.

Confrontés à des plaies par éclats d'obus et balles de shrapnels dont les agents du SSM constatent chaque jour l'écrasante supériorité numérique (75% contre 25%), il devient impossible d'ignorer la fréquence des accidents infectieux (gangrène gazeuse, tétanos, septicémie) dont Delorme dans ses conseils n'avait soufflé mot. Le médecin inspecteur général entame alors son aggiornamento et publie d'abord un « Précis de chirurgie de guerre » dans lequel, loin de se dédire, il légitime sans difficulté son « revirement » par la raison thérapeutique :

« il fallait une unité de doctrines [...] pour éviter les excès opératoires de guerres récentes il était urgent d'affirmer la direction presque uniformément conservatrice de notre Chirurgie⁹ »

Le 13 octobre, explique devant ses pairs de l'Académie que la fin de la guerre de mouvement change la donne et suppose que les praticiens de l'Avant s'adaptent. À rebours des conseils qu'il avait donné six semaines plus tôt, mais en accord avec ses analyses de 1913, Delorme juge désormais que la suppuration des plaies justifie que la thérapeutique change « d'aspects, de moyens et d'action ». L'asepsie ne pouvant rien sur des plaies infectées, la priorité doit désormais aller au « triage » des blessés qu'il faut répartir en deux catégories : « 1° ceux atteints par des balles de fusils tirés de plein fouet ; 2° ceux frappés par des projectiles d'artillerie ou des balles de fusils déviées. » Seuls les premiers, dont Delorme continue de penser que leurs plaies sont aseptiques, peuvent être

⁸ Le 21 octobre 1914.

⁹ Edmond Delorme, *Précis de chirurgie de guerre*, Paris, Masson et Cie éditeurs, 1914. L'ouvrage « tracé d'un jet », dès le « début des hostilités » (la préface indique « août-septembre 1914 ») prolonge les conseils du 10 août. Delorme y reconnaît le caractère septique de blessures provoquées par les projectiles d'artillerie sans toutefois évoquer l'idée d'un triage des blessés, le « déblayage » du champ de bataille demeure le point nodal de la stratégie sanitaire.

évacués. Les autres – qui sont de très loin majoritaires - doivent être préservés de l'infection ce qui commande d'intervenir rapidement, au plus proche des lignes et non « *sur des blessés transporté au loin* ». La chirurgie de première ligne doit donc changer, « *ne plus se contenter des actes préparatoires* » mais « *faire elle-même tout le nécessaire [et] se concentrer intensivement ses secours sur cette catégorie de blessés déjà infectés ou qui vont l'être* ». Delorme décrète la fin de l'abstention systématique et précise que c'est « *la règle inverse qu'il faut suivre* » avec désinfection de la plaie avant et après l'intervention. Il insiste particulièrement, la nécessité (« impérieuse ») d'extraire au plus vite les corps étrangers qui souillent les plaies. L'hôpital d'évacuation, « *crible à mailles serrées* », « *riche de personnel* », deviendrait alors « *un organe complémentaire* » de la « *première ligne chirurgicale* », un « *gros centre de pansement* ». Et Delorme, qui sait trop bien l'inertie que la réorganisation proposée va susciter, mobilise l'art de la rhétorique : « *qui oserait s'y opposer ?* ». Qui oserait nier l'épidémiologie des blessures des guerres dont on (re ?) découvre en quelques semaines qu'elles sont le siège de deux types de complications sceptiques dont la « *fréquence relative et [la] gravité* » surprend : la gangrène gazeuse et le tétanos. Pour la première qui est « *foudroyante* » il faut procéder à deux séries injections d'eau oxygénée en prenant soin de faire de larges incisions dans la loge des muscles (« *pour débrider leurs aponévroses* » et éviter « *la compression des vaisseaux* ») et amputer en dernier recours. Quant aux cas trop fréquents de tétanos qu'il a pu observer lors de ses « *visites* » dans les formations sanitaires et dont « *les chirurgiens ne sont pas responsables* », ils s'expliquent là encore par la prégnance nouvelle des combats d'artillerie et les différents fragments, les « *gâteaux souillés infectant* » que les agents vulnérants introduisent dans les plaies. Même cause, même conséquence, il faut procéder au nettoyage des larges anfractuosités des blessures à l'eau oxygénée « *agent toxique du bacille tétanique* » et en cas de formes aiguës et suraiguës « *ne pas désespérer et employer [...] le bromure de potassium et le chloral à haute dose* ». Au terme de cette révision complète du protocole et des indications thérapeutiques « *le transport des blessés [...] sur des centres très rapprochés d'hospitalisation à fonctionnement intensif, la recherche et l'extraction très rapide des balles de shrapnels et éclats d'obus* » s'imposent comme des nécessités qui « *sautent aux yeux* ». Qui dans ces conditions s'opposerait à ce que la « *chirurgie active* » soit « *en partie et résolument concentrée vers l'avant* » ?

Dans l'intervalle, la théorie de la balle humanitaire fait elle aussi l'objet de démentis formels à l'image de celui publié par le médecin et « *journaliste* », Henry de Varigny (1855-1934) dans le *Journal des débats politiques et littéraires* ou il tient une rubrique intitulée « *Notes de l'hôpital* ». Abstentionniste convaincu, sa description des « *principes de la chirurgie de guerre* » cadre avec les orientations du SSM (il soutient ouvertement Delorme), mais il montre en revanche qu'à de rares exceptions près les blessures par

balles sont loin d'être aseptiques¹⁰. De Vichy où il est en poste, le naturaliste, traducteur de Spencer (1820-1903), décrit des plaies par balles très largement infectées. Rien d'étonnant selon lui : « ce qui étonne c'est d'en voir évoluer aseptiquement¹¹ », écrit-il.

Si Delorme va finalement plus loin que Tuffier dans la réorganisation sanitaire qu'il préconise, la logique à l'œuvre dans les deux argumentaires est la même : ce ne sont pas les défaillances du SSM mais la nature du combat et des agents vulnérants qui justifient la nouvelle division du travail thérapeutique entre l'Avant et l'Intérieur et imposent le triage des blessés et le « nettoyage chirurgical » des plaies au plus près des lignes.

1.2 Les pastoriens et l'enquête sur la typhoïde ou comment la guerre de position légitime la lutte prophylactique à l'Avant

C'est dans ce contexte que le ministère, sur les conseils de son ancien Président, le médecin-inspecteur général Louis Vaillard (1850-1935), remet sur pied le 8 novembre 1914 la commission permanente de prophylaxie des épidémies instituée à la suite de l'épidémie de typhoïde de 1909 et dissoute à (par) la mobilisation¹². Cinq jours plus tard, Chavasse organise une Mission de Prophylaxie aux armées composée d'Émile Roux (1853-1933)¹³, du médecin inspecteur général Louis Vaillard (1850-1935)¹⁴, d'Albert Robin (1847-1928)¹⁵, d'Émile Chauffard (1855-1932), de Louis Landouzy (1845-1917)¹⁶, Fernand Widal (1862-1929)¹⁷ et Alphonse Laveran (1845-1922)¹⁸ ex-médecin militaire de carrière devenu

¹⁰ Henry de Varigny, « Notes de l'hôpital : Le principe de la chirurgie de guerre », *Journal des débats politiques et littéraire*, 24 septembre 1914, p.1. et du même « Notes de l'hôpital : les balles sont-elles stérile », *Journal des débats politiques et littéraire*, 29 octobre 1914, p.1.

¹¹ Henry de Varigny, « Notes de l'hôpital : Comment s'infectent les plaies », *Journal des débats politiques et littéraire*, 14 novembre 1914, p.1.

¹² Alfred Mignon, *Le Service de santé pendant la guerre de 1914-1918*, op. cit., p141-172.

¹³ Médecin et bactériologiste, directeur de l'Institut Pasteur. J'y reviens plus en détail au chapitre suivant.

¹⁴ Ex-titulaire de la chaire « épidémies des armées » du Val-de-Grâce », membre fondateur de la Société d'Hygiène et de Médecine Publique et directeur de l'École d'application du Val-de-Grâce, Vaillard est un pastorien et « contagionniste » convaincu. Il précise le Conseil de Santé de l'armée en 1914 avant que celui-ci ne soit dissous par la mobilisation.

¹⁵ Professeur à la Faculté de médecine de Paris, il titulaire de la chaire (théorique) de thérapeutique médicale créée en 1905 et installée à Beaujon et membre de l'Académie de médecine de Paris. Voir l'entrée « Albert Charles Robin » dans Françoise Huguet *Les Professeurs de la Facultés de médecine de Paris*, op. cit., voir aussi les p.669 & 704.

¹⁶ Professeur de médecine et « neurologue », Landouzy est doyen de la Faculté de médecine de Paris de 1907 à 1917. Membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences depuis 1913. Voir *Ibid.*.

¹⁷ Médecin et bactériologiste spécialiste de la typhoïde contre laquelle il avait mis au point, avec André Chantemesse, un vaccin (chauffé) concurrent de celui de Hyacinthe Vincent (1862-1950) qui s'est finalement imposé. Il est titulaire de la 2^e chaire de pathologie médicale de 1910 à 1917 à laquelle il succède à Brissaud. Voir *Ibid.*.

¹⁸ Fils de Louis Laveran (voir chap.1) il succède à son père à la tête de la chaire des maladies et épidémies des armées du Val-de-Grâce (1874). Il est considéré comme le découvreur l'hématozoaire du paludisme (Hôpital militaire de Constantine, 1880). Dans les années 1880, il suit le tout nouveau cours de microbiologie d'Émile Roux à Pasteur. Il obtient sa retraite en 1896 et travaille alors à Pasteur. En 1907, il est le premier prix Nobel français en physiologie et de médecine et l'année suivante, il fonde, avec Émile

pasteurien et rappelé à l'activité pour prendre la tête du Service de santé de la Place de Paris ; une commission où sont donc associés le SSM, Pasteur, la Fac de médecine de Paris et l'Institut, des fundamentalistes et hospitalo-universitaires, tous spécialistes des questions épidémiques et d'hygiène.

Le directeur de Pasteur (Émile Roux) mène alors avec Vaillard (Président du Conseil de santé, lui aussi, dissous par la mobilisation), et Laveran, au sein des III^e et IV^e armées, une enquête sur les maladies épidémiques¹⁹. Leur rapport daté du 26 novembre 1914 souligne « la prédominance actuelles des malades sur les blessés », la rareté de la dysenterie (plus présente en début de conflit) et l'expansion très nette de la fièvre typhoïde. Ils estiment à 16 000 le nombre de typhoïdiques hospitalisés dans la zone des armées, chiffre qui ne tient pas compte, précisent-ils, des malades évacués sur l'Intérieur pour blessure ou autres causes. On voit dès les premières lignes la stratégie (classique) adoptée par ces trois personnalités de l'hygiène civile et militaire : anticiper le pire et faire saisir au commandement que la lutte contre l'épidémie relève d'un intérêt mutuel bien compris :

« la fièvre typhoïde n'est pas seulement grave par sa mortalité toujours grande [...], par la détérioration organique subie par ceux qui guérissent, elle devient une cause d'invalidité prolongée [...] De là, une fonte des effectifs ».

Si la III^e armée est la plus atteinte avec quelques 6 421 hospitalisations enregistrées au 21 novembre, « la situation signalée mérite [...] la plus sérieuse attention, autant pour enrayer la continuité de la fièvre typhoïde dans les armées les plus atteintes que pour prévenir l'extension dans celles qui sont encore faiblement intéressés ». Pour Roux, Vaillard et Laveran, outre le climat, ce sont les modalités militaires de la guerre elles-mêmes qui expliquent l'essor de la typhoïde. La stabilisation du Front après la bataille de l'Yser (octobre) entraîne une concentration humaine sur les mêmes terrains dans des « cantonnements resserrés » ce qui « *entretient et aggrave la contamination* ». La prévention se doit d'être d'autant plus efficace selon eux que la forme « *ambulatoire* » de la maladie se rencontre à une « *fréquence inusitée* » ce qui complique très sérieusement le dépistage et favorise la contamination des troupes. Avec cet argumentaire qui fait du « *sentiment du devoir* » le principal obstacle à la consultation chez les soldats atteint « *d'une banale dysenterie* », on sent bien que le texte s'adresse aux officiers. Que les

Marchoux (1862-1943), la Société de Pathologie Exotique. En 1914, il est rappelé à l'activité et nommé médecin-chef du Service de santé de la Place de Paris. Voir la notice qui lui est consacrée dans la base de données biographique (très riche) accessible sur le site des archives de l'Institut Pasteur : [<https://webext.pasteur.fr/archives/f-bio.html>].

¹⁹ SHD-GR-6 N 22, Rapports de missions des médecins chargés d'enquêter aux armées ou dans la zone de l'Intérieur « Rapport de Mission » Roux, Laveran, Vaillard, 26 novembre 1914, 7 p. Sauf mention contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce rapport.

médecins croient ou non la motivation patriotique qu'ils évoquent, ils savent d'expérience que dans la société française de 1914, la médicalisation est loin d'être uniforme. Beaucoup d'hommes, notamment parmi les classes populaires, ont une attitude d'indifférence voire de défiance à l'endroit de la médecine. C'est une tendance sociologique lourde – encore très largement valable aujourd'hui par ailleurs – que celle de l'inégale distribution des capacités à s'envisager comme patient²⁰. Et l'éthos militaire, qui valorise la masculinité virile, incite d'autant moins ces hommes à « s'écouter » que nombre d'officiers ne voient pas d'un très bon œil les malades, quand ils ne refusent pas d'en avoir, niant ainsi la légitimité d'un passage devant le médecin-major. L'active, on l'a dit, est loin du souci préventif qui caractérise les mobilisations hygiénistes d'avant-guerre et les prescriptions réglementaires. Et c'est bien l'enjeu de ce rapport que de rappeler, une fois de plus, le caractère indispensable - y compris au plan purement militaire - des mesures prophylactiques : contrôle strict des usages de l'eau, réalisation de « feuillés » et le contrôle de leur bon usage et de leur entretien par les soldats dont les déjections souillent le sol (donc les eaux) des cantonnements, visite individuelle des hommes présentant des symptômes (fièvres et diarrhée fébrile) de la forme ambulatoire lors du retour des tranchées, recherche des cas latents dans les dépôts d'écloués (qui dépendent des corps de troupe) vers lesquels sont évacués les « petits malades ». Le rapport réaffirme également la nécessité de la vaccination à laquelle les hommes de la territoriale et de la réserve n'ont pas été soumis. On doit « [...] poursuivre et étendre, sur toutes les troupes du front, les vaccinations déjà commencés », mesure d'autant plus urgente qu'en dépit des ordres « plusieurs fois réitérés » par le ministère « des contingents sont envoyés à l'Intérieur sans avoir été vaccinés ». Les hôpitaux de contagieux font aussi l'objet de longs développements. Les auteurs soulignent que les centres fonctionnent plutôt bien mais rencontrent des difficultés pour la désinfection des linges et le traitement des déjections qui sont enfouies ou épandues sans que toutes les mesures de désinfection aient pu être appliquées. La quatrième section consacrée à l'hygiène générale souligne combien les conditions de la vie militaire elles-mêmes constituent un ensemble de facteurs prédisposants ou directement pathogènes. Soulignant « l'affectueuse sollicitude du commandement pour la troupe », l'exposé invite à préserver au maximum les hommes des aléas climatiques et plaide pour la généralisation des relèves tous les trois jours si les nécessités militaires ne s'y opposent pas. Pour les enquêteurs, il importe avant tout d'éviter au maximum les séjours prolongés aux tranchées qui provoquent des troubles circulatoires importants, cause de « gonflements œdémateux des pieds et des jambes avec phlyctènes ou éruption épidermiques [et de] gelures et de congélation dont les faits

²⁰ Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau*, Paris, Métaillé, 1992, notamment « la lutte contre le cancer et la civilisation des mœurs » p. 300-312.

commencent à se multiplier et préparent de nombreux éclopés qu'il faudra éloigner momentanément des rangs ». Surtout, ils insistent pour que les temps de repos soient consacrés aux « soins de propreté corporelle » en multipliant les « bains douche » improvisés grâce à l'ingéniosité des officiers. Les recommandations se poursuivent ensuite dans le domaine de l'alimentation (augmentation des quantités de graisse et de sucre), du chauffage (généralisé l'usage de l'alcool solide), et du vêtement (distribution de peaux de moutons imperméabilisées et de corps gras - ou de bandes souples dont on s'entoure les pieds -, pour éviter les gelures qui commencent à se multiplier).

Produites dans le cadre d'une mission officielle par des agents qui appartiennent à l'institution militaire (Vaillard et Laveran) ou la connaissent de longue date (Roux) ces lignes sont très éloignées des charges virulentes qu'on peut trouver la presse. Pour autant, comme tous les écrits à vocation prescriptive, elles soulignent, en creux, les carences et les déficits d'une organisation prophylactique jugée défailante et on y reconnaît la marque de fabrique des hygiénistes et réformateurs qui depuis tant d'années travaillent faire émerger dans l'armée une véritable politique de population fondée en raison scientifique (chapitre 1). Après la prise en charge des blessés, c'est donc sur le terrain de l'hygiène et de la prévention des risques épidémiques que l'armée est sommée d'agir mais là encore c'est la guerre, parce qu'elle est devenue une guerre de position – qui justifie les demandes pressantes de réorganisation.

1.3 « Mettre tout le monde à sa place » et réformer le dispositif hospitalier à l'intérieur

Dans l'ouvrage rageur qu'il publie en 1919²¹, Troussaint explique que sa direction n'était pas en capacité de réaliser aussi vite qu'elle le désirait, « *en matière chirurgicale surtout* », les affectations nécessaires, faute de renseignements précis mais qu'elle a rapidement fait le nécessaire pour « *mettre tout le monde à sa place* » en débusquant les compétences et en réorganisant le dispositif hospitalier à l'arrière²².

²¹ Ange Troussaint, Une page de l'histoire du service de santé militaire, sa préparation à la guerre et l'œuvre de la 7^e direction pendant la première année de guerre, Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1919. Présenté comme une « simple relation de faits » c'est en réalité une charge virulente contre le SSESSM et l'équipe de Godart, un « livre règlement de compte » de la part d'un homme qui se présente comme la victime « d'agissements et d'intrigues dans lesquels des ambitions ou des intérêts peu respectables s'édifiaient sur les souffrances du pays en s'abritant sous les dehors de l'intérêt général ». Pourtant il se défend de se justifier puisqu' « on n'a point en effet à se justifier d'avoir fait tout son devoir » mais - « devenu libre de parler » - il entend donner sa version des faits qui tient en une phrase : « j'estime n'avoir rien à modifier aujourd'hui dans mon attitude antérieure », p.9-10.

²² *Ibidem*.

Il rappelle qu'entre 1882 et 1912, moins de 50% des étudiants reçus docteurs (27 965) furent nommés MAM (13 389)²³. Quoique légèrement supérieurs, les chiffres qu'ils donnent par Troussaint sont comparables à ceux publiés par la Statistique Générale de France (26 950)²⁴. Mais l'ex-directeur du SSM les manipule sans grand scrupule. Il omet de déduire les étudiantes et les étrangers dont les effectifs croissent bien plus vite que celui des étudiants français et qui comptent pour 1/3 environ des inscrits en 1912²⁵ et il fait comme si tous les étudiants reçus étaient aptes au service.

Cet usage pour le moins relâché des données statistiques n'est ni un hasard, ni une négligence, il sert un argumentaire parfaitement cohérent – largement repris depuis²⁶ – qui met en cause « *la jeune élite médico-hospitalière* » du pays dont le directeur du SSM dénonce l'incivisme :

« On ne doit pas laisser ignorer qu'à ce moment là [*i.e* en 1914] la plus grande partie de l'élite médico-chirurgicale du pays, encore soumise par son âge aux obligations militaires, ne figurait pas sur les contrôles des officiers du corps de santé, mais était comprise sur les listes du recrutement en qualité d'homme de troupe [...] Bien convaincus que l'éventualité d'une guerre restait dans le domaine des hypothèses improbables, et désireux de se soustraire aux convocations et aux périodes d'instruction imposées aux officiers de complément, ils avaient préféré rester homme de troupe afin de ne pas être dérangés dans la préparation des concours ou la poursuite de leur situation personnelle et de leurs ambitions de carrière²⁷ ».

Et Troussaint d'affirmer que depuis sa prise de fonction au ministère le 27 février 1912, la 7^e direction n'avait eu de cesse de préparer le personnel (du cadre actif et du cadre auxiliaire) à son « rôle de guerre ». Menant un « *programme important de modifications et de réformes au service de santé de l'intérieur* » et préparant la loi de 3 ans et son exécution « au milieu des attaques de toute sorte, de certaines hostilités sourdes ou avouées mobilisées par la passion *politique au service d'intérêts personnels* », la direction du SSM se serait tout de suite efforcée de remédier aux déficiences du dispositif organisé pour la préparation des officiers du cadre actif et du cadre complément en 1909. En témoignant les dispositions nouvelles qu'elle prend pour préparer ces derniers « *à leur fonction en cas de mobilisation* ». L'instruction ministérielle du 5 décembre 1912 créait des écoles

²³ *Ibid.*, p.70-71.

²⁴ Sources : Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale - SGF, *Annuaire Statistiques*, « Diplômes et certificats conférés par les Facultés et Écoles pendant l'année scolaire, volumes correspondants aux années 1883 à 1914.

²⁵ Ce qui ne veut pas dire que les étudiantes (françaises et étrangères) et les étudiants étrangers constituent un tiers des reçus, surtout que les sociétés et associations professionnelles du supérieur cherchent à se « protéger » de la « féminisation » de la médecine et de la « concurrence » des étrangers et étrangères. Cf sur ce point Natalie Pigeard-Micault, « Nature féminine » et doctresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé*, 3 | 2013, 83-100.

²⁶ On retrouve cet argumentaire dans toute les histoires du service de santé, des plus anciennes () aux plus récentes (Viet, 2015, p.)

²⁷ Ange Troussaint, Une page de l'histoire du Service de santé, *op. cit.*, p.70-71.

d'instruction dans chaque corps d'armée, échelonnait les périodes d'instruction dans le cours de l'année, diminuait leur durée et permettait aux médecins et pharmaciens d'en choisir l'époque. C'était là, pour Troussaint, « [...] *un progrès et des facilités considérables données aux officiers de complément* »²⁸. Dans le même sens, l'Union Fédérative des Médecins de la Réserve et de l'armée Territoriale (UFMRT) dont les chiffres d'adhésion étaient en constante augmentation depuis sa création en 1904 et dont « l'enseignement libre » contribuait à l'instruction médico-militaire de ses membres (civils et militaires) fut érigée, à Paris comme dans ses filiales de province, « *en école d'instruction* ». Pour la 7^e direction, cet ensemble de mesures « *augmentait encore les facilités données aux médecins de complément de se préparer à leur rôle de guerre* » et en résumé, elle considère avoir mis sur pied « *une organisation complète embrassant tout le territoire et destinée à concilier les intérêts de la défense nationale avec ceux des médecins de complément désormais assurés d'avoir à leur portée les éléments d'instruction sans compromettre leurs intérêts matériels* »²⁹.

Contre tous ceux qui depuis septembre 1914 ont dénoncé l'allocation irrationnelle des hommes et le mésusage des compétences (chapitre 4), Troussaint affirme (en 1919) que sa direction s'est rapidement préoccupée (dès 1913) des « *affectations de mobilisation* » des médecins civils et qu'elle s'est efforcé de les mettre « *en rapport avec leurs aptitudes techniques du temps de paix* ». Il concède qu'il n'a pas été possible de « *tenir étroitement compte, en raison des besoins à satisfaire, des multiples spécialités de la profession médicale* » mais précise que « *les directeurs des services de santé des corps d'armée devaient, tout au moins, faire le départ entre les grandes spécialisations* ». Et si ces dernières ont en partie échoué à réaliser ce dessein c'est que :

« [...] leur tâche n'était pas toujours facile, car beaucoup de médecins n'habitaient pas le territoire du corps d'armée où ils étaient affectés à la mobilisation. Inconnus, dès lors, de leur directeur normal et de celui du territoire sur lequel s'exerçaient leurs aptitudes, ils étaient ignorés de l'un et de l'autre, à mois de périodes d'instruction génératrices d'échanges de notes, ce qui était l'exception. Il y a là une des multiples conséquences fâcheuses de la suppression des inspections générales du service de santé »³⁰.

L'argument vise directement celui qui fut par deux fois son ministre de tutelle, Alexandre Millerand (en 1912 et en 1914-15) dont a dit au chapitre premier qu'il avait procédé à cette suppression. Le message est on ne peut plus limpide : la 7^e direction a fait tout ce qu'elle avait à faire et les dysfonctionnements (reconnus à demi-mot) des procédures de mobilisation et d'affectations incombent aux élites hospitalières et

²⁸ Voir le titre II « La préparation à la guerre » p. 37-41. L'instruction du 10 février 1909 avait créé des centres d'instruction médico-militaire que l'équipe de Troussaint jugeait peu efficaces ; trop hétérogènes ils délivraient au prix d'un lourd investissement une formation trop inégale aux yeux du ministère. *Ibid.*, p.39.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

universitaires qui ont contourné leurs obligations militaires et au politique. C'est dans le désintérêt des médecins civils pour le SSM (voit leur mépris) et la « stratégie d'esquive » mise en place par eux qu'il faut chercher la cause de cet état de fait : la moitié des futurs docteurs auraient choisi de ne pas se déclarer comme étudiants ou médecins ce qui aurait provoqué un déficit en personnel dans le cadre de complément (alors que la médecine militaire en manquait) et, surtout, une distribution des grades et des emplois ne correspondant pas à aux aptitudes professionnelles et aux compétences des conscrits sur lesquels Troussaint renvoie la responsabilité :

« il a été dit [...] comment l'abstention regrettable de la jeune élite médico-chirurgicale de ce pays avait laissé le service de santé dépourvu d'action sur elle et quelles conséquences fâcheuses en étaient résultées dès le début, pendant les premiers mois de la guerre, pour l'utilisation rationnelle et opportune des compétences éclairée ³¹ ».

Mais ce que ne dit pas le médecin inspecteur général c'est que quelque soit le degré d'instruction médico-militaire et la spécialisation des médecins de complément, la logique et le règlement militaire prime toujours sur la « valeur », les aptitudes professionnelles et les titres. Dans l'armée, c'est le grade qui fait la fonction et les médecins et chirurgiens civils sont presque mécaniquement relégués à des postes subalternes. Quelle que soit la stratégie adoptée au moment de leur passage devant conseil de révision et la carrière à laquelle ils se destinent, qu'ils soient médecins de campagne ou agrégés passés par l'internat, les carabins ou les jeunes docteurs incorporés sous le régime des lois de 1889, 1905 et 1913 (ceux qui sont nés après 1869) ont en effet fort peu de chance de dépasser le grade d'aide-major (1^{re} classe) avant de passer dans la territoriale (disons pour simplifier autour de 35-40 ans) quand un santard³² sort du Val-de-Grâce avec ce même grade à 25 ou 26 ans³³.

Pour l'essentiel, cette relative fermeture de l'accès aux grades supérieurs pour les médecins civils, notamment les plus jeunes, prend racine dans des textes qui régissent l'organisation du cadre de complément l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans ce cadre et qui définissent leur rôle en cas de mobilisation³⁴. L'équipe de Troussaint, il est vrai, n'a pas grand-chose à voir dans cet état de fait dont elle hérite en 1912. Confrontée à « un excès de médecins et de pharmaciens de réserve » à partir de 1888, la 7^e direction met en place un système plus sélectif. Si les médecins et chirurgiens des

³¹ *Ibid.*, p.104.

³² Les médecins militaires de carrière passés par l'école du service de santé de Lyon.

³³ Alain Mounier Khun, *Les médecins militaires français au XIX^e. Étude sociologique, formation professionnelle, carrières : de 1830 à 1910*, Paris, éd. Glyphes, 2014.

³⁴ Décret relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, 10 janvier 1884, JORF, Lois et décrets, 13 janvier 1884, p.188. Décret relatif à l'emploi des médecins auxiliaires [i.e de complément] en cas de mobilisation, JORF, Lois et décrets, 10 janvier 1888, p.1517.

hôpitaux des villes de facultés sont placés sur le même plan que les enseignants des facultés et école de médecine et sont en théorie nommés major de 1^{ère} et 2^e classe (décret de 1884), les chefs de clinique, les anciens internes des hôpitaux, les prosecteurs d'anatomie, eux, sont ramenés au grade de MAM 1^{ère} classe³⁵. Au moment où le corps de santé s'autonomise complètement par rapport à l'intendance, sa direction fait le choix d'un cadre de complément plus restreint et mieux formé mais la mesure se révèle contre-productive dans le sens où elle soumet les futures élites du champ à des conditions de service plus drastiques. L'obtention du titre de médecin de réserve suppose d'accomplir 3 périodes d'instruction supplémentaires (après le service). Un MAM de réserve est alors astreint à 5 périodes d'instruction, soit une tous les deux ans, quand ceux qui n'ont pas été nommés officiers n'en font qu'une tous les cinq ans (2 au total). Pour autant, leur avancement, qui se fait au choix après les grandes manœuvres, reste très lent. Enfin, et c'est essentiel, à grade égal, les médecins de complément sont toujours soumis à l'autorité d'un médecin de l'active, même retraité depuis 15 ou 20 ans³⁶.

Soucieux de montrer que ses services mettaient au premier rang de leurs préoccupations l'emploi rationnel de toutes les compétences médicales et chirurgicales et qu'ils ont, dès le début de la guerre, fait le maximum pour palier aux insuffisances du cadre de complément, l'ancien patron de la santé militaire rappelle en outre que dès le 28 octobre 1914- (soit un mois après le début de la campagne de presse et deux semaines après la création du poste de directeur de Chavasse en zone des armées) la 7^e direction demande aux directions régionales de fournir « *par places* » le « *nombre de chirurgiens de carrière appartenant à l'armée d'active, la réserve, la territoriale, gradés ou non, ou dégagés de toute obligation militaire, donnant des soins aux militaires hospitalisés dans votre région*³⁷ ». Elle précise que « *ce document doit indiquer les titres professionnels, universitaires, hospitaliers ou autre que pourrait posséder ces chirurgiens, et le périmètre d'action de ceux que vous désignez, quand il y a lieu, comme chirurgiens consultants*³⁸ ». Dans le même temps écrit Troussaint, la direction du SSM établie une liste de chirurgiens de carrière, destinée à renseigner les armées sur les compétences dont elles peuvent disposer. Elle sollicite d'abord les doyens des facultés auxquels elle demande des renseignements relatifs aux chirurgiens et aux spécialistes de leurs universités (demandes envoyées au 1^{er} octobre), elle compulse les annuaires médicaux (Rosewald, Roubaud), les annuaires des facultés « *qui donnent des renseignements sur les professeurs agrégés et chefs de clinique* » ou encore

³⁵ Rapport et décret sur l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, 18 décembre 1889, JORF, 24 décembre 1889, p. 6395 et suiv.

³⁶ A. Mounier-Khun, Les médecins militaires français au XIX^e siècle, *op. cit.* p. 566.

³⁷ Circulaire n°12 666 C/7. Toutes les circulaires mentionnées ici sont reproduites par Troussaint dans son livre aux pages 104-109. Une partie d'entre elle se trouve aussi au SHD en 6N14.

³⁸ Ange Troussaint, Une page de l'histoire du Service de santé, *op. cit.*, p.104-109.

l'annuaire de l'internat datant de 1912 et celui des sociétés nationales et internationales de chirurgie. Elle dépouille également les annuaires des personnel des hôpitaux de Paris et demandent des renseignements aux préfets sur le personnel chirurgical de leur départements :

« Dans le but d'utiliser le mieux possible les ressources chirurgicales du territoire nationale, j'ai l'honneur de [...] m'adresser, le plus rapidement possible, la liste des chirurgiens de carrière exerçant en temps de paix la chirurgie dans votre département et actuellement mobilisés, mobilisables ou dégagés etc.³⁹ ».

Enfin, elle s'appuie sur les informations fournies par différents « *professeurs et notabilités médico-chirurgicales* ». Troussaint ne mentionne aucun nom mais précise que « *quelques-uns d'entre eux voulurent contrôler la liste dès qu'elle fut constituée* » et l'on sait qu'Henri Hartmann (1860-1952) et Pierre Delbet (1865-1967) - tous deux patrons de chaires de clinique chirurgicale parisienne (voir infra) se chargèrent de sa révision. Établie par ordre alphabétique la liste compte 1 335 « chirurgiens » dont elle mentionne les noms, titres universitaires mais également l'adresse en temps de paix⁴⁰. Elle comprend « *tous les chirurgiens officiels et non officiels* » spécialisés ou non (ils ne le savent pas) « *ayant une notoriété ou des aptitudes chirurgicales reconnues*⁴¹ ». Simultanément la 7^e direction établit une liste des internes en exercice dans les principales facultés, à savoir Paris et Lyon, mais « *alors que l'administration de l'assistance publique de Paris envoyait tous les renseignements demandés, la faculté de Lyon ne répondit pas aux deux demandes successives de renseignement sur ce point* ». Lorsque ces deux listes furent établies écrit encore Troussaint, la 7^e direction les adressa aux armées le 8 novembre accompagnée d'une circulaire indiquant que « *l'expérience a montré qu'il serait nécessaire que, dans la zone des opérations, chaque ambulance dispose autant que possible d'un chirurgien, chaque hôpital d'évacuation d'un ou deux, suivant qu'il est sectionné ou non* ». Pour elle, ces principes justifient de procéder « *dès maintenant à une révision des affectations*⁴² » et les médecins chefs de corps d'armée doivent « *rechercher soigneusement les médecins sous leurs ordres figurant sur ces listes* » et « *examiner si dans les corps de troupe, il n'y aurait pas ... des médecins auxiliaires ou des hommes de troupes portés sur ces listes* ». Enfin, ils sont tenus de « *compléter les listes avec les noms de ceux qui ont témoigné depuis le début d'aptitude chirurgicale suffisantes* » et, lorsque ce sera fait, de : « *procéder aux révisions d'affectation en conséquence* ». Le reliquat de chirurgiens non utilisés sera alors mis à disposition (de la 7^e dir). La direction du

³⁹ Demande datée du 1er nov 1914 et adressée sous le n°13259 C/7.

⁴⁰ Je n'ai pas retrouvé cette liste et la description qui en est faite ici vient également de ce qu'en dit Troussaint aux mêmes pages.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Circulaire n°13989C/7.

service de santé précise que la liste des internes parisiens - sur laquelle « *les noms soulignés indiquent les plus particulièrement aptes à faire de la chirurgie* »-, sera complétée par celle de Lyon qui arrivera plus tard et elle stipule que ces étudiants peuvent être employés comme assistants chirurgiens. Dans l'intervalle, les corps d'armée doivent faire parvenir au plus vite un état des mutations. Fin novembre (le 26) les services de Troussaint adressent une « *2^e liste plus exacte et plus complète*⁴³ » qu'elle ajuste encore en février en adressant aux armées une liste de 34 noms supplémentaires le 10 février 1915⁴⁴. Les services de santé des différentes armées reçoivent-ils ces circulaires et, le cas échéant sont-ils en capacité de les mettre en application ? On peut en douter quand on sait les nouvelles prescriptions chirurgicales édictées par Delorme en octobre ne parviennent à la VI^e armée qu'en ... décembre⁴⁵. Par ailleurs, la mise en place d'un tel plan de révision des affectations nécessite de faire agir ensemble les médecins chefs de corps d'armée et l'administration de l'armée (donc d'impliquer le GQG) ce qui dépasse les pouvoirs de Chavasse, le maître-d'œuvre de la réorganisation sur le terrain.

En Zone de l'Intérieur – dont elle a la pleine maîtrise, l'administration centrale du SSM prépare la « *révision complète des affectations du personnel chirurgical des régions* » qu'elle engagera à la fin de janvier 1915⁴⁶. Mieux la dépêche-circulaire du 26 janvier adressée à chacune des régions prescrit et organise la révision de l'ensemble du dispositif chirurgical de l'arrière.

" En me basant sur les renseignements que vous m'avez transmis par de votre rapport [...] concernant la répartition du personnel chirurgical dans la région n° [...], je constate que les différentes formations sont inégalement desservies. [...]"

Cette inégale répartition du personnel chirurgical (ratio nombre de chirurgiens /total des lits) découle pour Troussaint de ce que les directeurs des services des différentes régions ont « considéré comme chirurgiens de carrière tous les médecins ayant quelques notions de chirurgie » ce qui justifie une rationalisation des modalités d'affectation et de l'organisation des services chirurgicaux : « *il y a lieu de faire une sélection entre les uns et les autres,* » écrit le directeur. La dépêche qui vise à « *assurer une organisation aussi parfaite que possible des services chirurgicaux* » des régions comporte donc un projet dont les directeurs régionaux doivent « s'inspirer pour mettre en place une juste répartition⁴⁷ ». Les localités disposant de moins de 1 000 lits ne doivent pas constituer de centre chirurgical et les directeurs doivent y diriger les seuls « petit blessés et malades ». Dans ce cas de figure, un

⁴³ Circulaire 16031C/7 du 26 novembre 1914.

⁴⁴ Dépêche n°4876 C/7 du 10 février 1915.

⁴⁵ Vincent Viet, *La santé en guerre, op. cit.*

⁴⁶ Voir la reproduction de la circulaire dans A. Troussaint, *Une page de l'histoire du service de santé, op. cit.*, p 108-111.

⁴⁷ *Ibid.*, p.109.

seul chirurgien suffira. Des centres chirurgicaux secondaires doivent être installés dans des localités comptant entre 1 000 et 2 000 lits et dotés « d'un bon chirurgien » et d'un aide pour 500 lits. Quant aux localités de plus de 2 000 lits, elles doivent comprendre « une organisation chirurgicale de tout premier ordre » et les meilleurs chirurgiens doivent y être affectés toujours à raison d'un pour 500 lits avec un aide.

On voit bien quels sont les logiques qui sous-tendent cette rationalisation : pour la 7^e direction qui doit gérer des flux très importants d'évacués et des « stocks » de blessés, « *big is beautiful* ». Quant à savoir ce qu'est un « bon chirurgien » pour la 7^e direction, la dépêche en donne un aperçu lorsque précise « les principes directeurs de la répartition ». Ce qui prime se sont « les titres universitaires ou hospitaliers des chirurgiens » et les DRSSM doivent placer « en 1^{ère} ligne » ceux qui « par leurs titres de la Faculté de médecine ou des hôpitaux de Paris, ou par leur notoriété » sont « mieux que quiconque susceptibles d'assurer convenablement un grand service hospitalier ». En « 2^e ligne » seront affectés les chirurgiens de grandes villes qui jouissent d'une bonne réputation, réservant comme assistant ou aides ceux dont les titres sont de moindre valeur. Cette nouvelle répartition doit aussi permettre au ministère d'optimiser les ressources dont il dispose :

« Les ressources de votre région ne nécessitent pas d'affecter de nouveaux chirurgiens, il même probable qu'à la fin de cette répartition vous pourrez mettre à ma disposition un certain nombre d'entre eux⁴⁸ ».

La direction du SSM prend également acte de la force des dynamiques de spécialisation qui travaillent le champ. Elle les avait largement ignorées avant la guerre mais elle ne peut les endiguer plus longtemps : « *Il y aura lieu d'autre part de tenir compte dans cette répartition des services spéciaux (neurologie, oto-rhino-laryngologie, etc.) [...] dont le personnel ne saurait être distrait de son affectation* ». Et les chirurgiens désignés ne devront être envoyés aux armées que si le service peut être assuré dans des conditions convenables ou si l'armée peut mettre à votre disposition un chirurgien pour les remplacer. Comme d'autres corps le SSM est donc très vite saisi par la logique de la technicisation de la guerre et doit, sous la pression, s'y ajuster.

En charge des grandes opérations, les chirurgiens de premier plan ne peuvent pas cependant « faire toute la chirurgie » ce qui suppose de désigner des adjoints (un ou plusieurs) parmi les chirurgiens de carrière de la place. Les logiques au principe des affectations changent donc radicalement, sur le papier au moins : les titres, les positions, « la réputation » doivent désormais fonder les décisions d'affectation. Pour mettre en

⁴⁸ *Ibid.*, p. 109-110.

œuvre ces nouvelles directives les services régionaux doivent diviser leur « région en un certain nombre de ressorts » - c'est la création des secteurs chirurgicaux, 3 à 5 par régions – et mettre à leur tête desquels on place les chirurgiens les plus qualifiés. L'équipe de Troussaint instaure ainsi un rouage nouveau qui permet d'étendre les attributions des chirurgiens jugés les plus qualifiés, ceux auxquels les DRSSM auront « confié la place prépondérante dans deux ou trois centres de premier ordre. Ils seront chargés (en dehors de leur service) de visites dans la zone voisine du centre, visites de deux ordres. Ils assureront des consultations délocalisées, sur demande, dans les petits centres et devront contrôler l'état des blessés, des pansements, repérer ceux qui doivent changer de service pour être opéré et organiser les transferts. Enfin, une autre dépêche (n° /7) précise que « les médecins seuls autorisés à pratiquer la chirurgie » et que « seuls pourront pratiquer les chirurgiens de profession désigner par DRSSM après avis des chirurgiens chef de secteurs. Ces derniers se voient dès lors assigner une double mission de chirurgiens opérateurs - ils dirigent un service dans le lieu de leur résidence, ils opèrent dans tout le secteur si nécessaire après concertation avec médecin du service en question – et de chirurgiens consultants : ils visitent le secteur une fois par quinzaine mais leur rôle est uniquement thérapeutique, ils ne doivent pas s'immiscer dans la direction administrative et le commandement de la formation.

Finalement on peut faire plusieurs lectures, tantôt contradictoires tantôt complémentaires, du récit de Troussaint : d'abord il est évident qu'il existe bien un « problème » avec les « compétences », avec les affectations et les grades des hospitaliers et des universitaires. Le médecin-inspecteur général ne le nie à aucun moment, il en renvoie simplement la responsabilité sur ceux qui font l'expérience de la subordination. À l'évidence aussi le SSM s'ajuste, s'adapte aux « nécessités de la guerre », mais en en faisant la démonstration, Troussaint montre que sa direction réalise en quelques semaines, dans l'urgence et sous la pression de la campagne de presse d'octobre-novembre 1914, ce qu'elle n'a pas su/pu faire en 1912 et 1913. En ce sens, son entreprise d'auto-réhabilitation, (dans laquelle tout le monde – les politiques, le commandement, les universités, les élites médico-chirurgicales civiles - apparaît fautif sauf la 7^e direction), vient confirmer, a posteriori, la critique.

Lorsqu'on adopte le point de vue de la direction de la santé militaire, les cinq premiers mois de la guerre peuvent être vus comme un moment où deux fractions du champ – les chirurgiens et les fondamentalistes (pasteuriens) - se trouvent associés aux ajustements auxquels procèdent les autorités militaires et coproduisent avec un cadre d'interprétations des événements. Dans tous les cas, il s'agit de s'adapter aux conditions de la guerre (de mouvements ou de position) et non de mettre en cause l'organisation du SSM et son aptitude à conduire la guerre sur le front des soins et de la lutte

antiépidémique. Autrement dit, le sens commun réformateur (la nécessaire adaptation) qui s'élabore dans l'interaction entre le SSM et les spécialistes qu'il convoque pour l'aider à s'ajuster d'une part et se relégitimer d'autre part, relève clairement d'une logique – assez classique au demeurant chez les « dominants » - de naturalisation des problèmes sociaux. Dire qu'il faut s'adapter, c'est dire que le SSM n'est pas en faute, au pire il est en retard sur l'évènement (mais il fait ce qu'il faut) et devant le caractère tout à fait extraordinaire et inédit de celui, personne ne saurait lui en tenir rigueur.

2 Le gouvernement sanitaire de la guerre comme enjeu dans le champ politique : la construction d'un programme réformateur

Ce registre de justification va peu à peu s'effondrer lorsqu'à partir de la fin de décembre, la question de la conduite sanitaire de la guerre devient un enjeu dans le champ politique. Sous la pression de parlementaires qui l'auditionnent avant même la reprise de la session parlementaire et obtiennent de lui de pouvoir se rendre dans formations sanitaires de l'intérieur et de la zone des armées, Millerand s'efforce de reprendre la main en créant une commission consultative, sorte de grand conseil technique qui, conçu comme un espace de neutralisation des conflits et comme un instrument de gouvernement, produit en définitive un véritable manifeste réformateur (2.1). Dans le même temps, la Commission d'Hygiène de la Chambre et, un peu plus tard, la Commission de l'Armée du Sénat, travaillent elles aussi à produire un discours et un programme de réformes en bonne partie en congruent avec celui de la CSCCM mais pas complètement. Dans ces instances, deux fractions du champ médical sont représentées et entre les agents appartenant à l'espace clinique et ceux appartenant à la médecine publique se joue, à distance, à une lutte de définition. Dans ce moment où l'on ne sait pas encore complètement de ce que réformer veut dire, on sait déjà cependant qu'il ne s'agit plus (ou plus seulement) de s'adapter aux conditions de la guerre ; élites parlementaires et celles du champ médical convergent en effet pour mettre un terme au monopole des militaires sur le gouvernement de la (santé en) guerre (2.2).

2.1 Feux et contre-feux : la mise en place de la Commission Supérieure Consultative du Service de Santé Militaire

Le 19 décembre, Millerand, accompagné de Troussaint, est auditionné par la Commission des Finances du Sénat⁴⁹. Deux jours plus tard (le 21), le directeur du SSM et son ministre sont à nouveau entendus mais par la Commission du Budget cette fois. Enfin, et surtout, Troussaint (seul) est auditionné par la Commission d'hygiène Publique de la Chambre (CHP) très active sur les questions de santé aux armées avant la guerre (cf. chap. 1). Si on ne connaît pas le contenu de l'audition, les explications que le directeur du SSM fournit ne suffisent pas à convaincre la commission. Était-ce l'enjeu ? On peut en douter. Dès le lendemain, le 22, le président de la CHP, Henri Doizy, demande à Millerand l'autorisation de « visiter les formations sanitaires du Front » et dès que le ministre obtient l'accord de Joffre, la commission envoie 12 de ses membres (dont un certain Justin Godart), répartis en 3 sous-commissions, inspecter les formations de zone des armées (ZA) et de l'Intérieur⁵⁰. Mais il y a plus. Le 22 décembre toujours, quatre députés socialistes (SFIO), Édouard Barthe (1882-1949)⁵¹, Camille Reboul (1869-1939)⁵², Paul Mistral (1872-1932)⁵³ et Sabinus Valière (1880-1964)⁵⁴ déposent une proposition loi « concernant la situation militaire des membres du corps médical actuellement sous les drapeaux » que j'ai découverte non dans le JORF mais dans les archives de la Faculté de médecine de Montpellier⁵⁵. L'exposé des motifs est très instructif en ce qu'il donne à voir comment l'opposition entre logique militaire et logique médicale est (re)formulée dans le champ politique :

« Dans l'armée combattante, dans les corps des officiers d'intendance et d'administration, les cadres ont besoin d'une éducation militaire très poussée acquise et maintenue par de nombreuses périodes militaires en temps de paix. L'officier, qui est rompu à toutes les difficultés et entraîné, peut et doit, à priori rendre de plus grands services que le gradé qui n'est pas passé par la filière des grades. Il n'en est pas de même pour le corps médical. Là au contraire, c'est celui qui a le plus développé ses

⁴⁹ Archives du Sénat – Commission des Finances – Carton 14 S 43 : PV de l'audition de M. Alexandre Millerand (ministre de la guerre) et Toussaint (sic) (directeur du service de santé) sur le matériel militaire et sur l'organisation du service de santé. L'audition dure 3h30 mais le PV est laconique quant au contenu des discussions. Il relate les thèmes abordés (le couchage des blessés notamment) de manière vague mais ne retranscrit ni les questions ni les réponses.

⁵⁰ Archives du Centre documentaire du Val de Grâce, carton 574 : MM. Doizy, Guiraud, Legros, Merlin, Navarre, Pottevin, *Rapport général fait au nom de la commission d'hygiène*, mai 1915.

⁵¹ Interne des hôpitaux de Montpellier en 1904, diplômé pharmacien en 1906 et député SFIO de l'Hérault depuis 1910.

⁵² Député SFIO de l'Hérault depuis 1910.

⁵³ Député socialiste de l'Isère depuis 1910, formé par Guesde, Jaurès et Vaillant, il sert comme sergent dans la territoriale (105^e RI) en 1914.

⁵⁴ « Journaliste » et député de la Haute-Vienne de 1914 à 1928.

⁵⁵ Archives de la Faculté de médecine de Montpellier - 1 MED 128 - dossier A3-37/10 : Guerre 1914-1918 Personnel – mobilisation du personnel enseignant (1914-1919) – JORF – Documents Parlementaires – Chambres des députés, Annexe 464, 1914.

connaissances scientifiques, le plus poussé ses études médicales ou chirurgicales en présentant des examens, en supportant les épreuves du concours pour obtenir un poste des les Facultés ou les hôpitaux qui, à priori, est le plus compétent pour donner des soins ».

À « l'éducation militaire poussée » s'oppose le développement des « connaissances scientifiques » et au « grade » la valeur des examens et concours qui seuls fondent la compétence thérapeutique. Assez classique au regard de ce qu'on a déjà pu lire dans la presse, cette conception toute « civile » du rôle du médecin militaire, dans laquelle l'officier disparaît derrière le médecin, se double d'une critique plus inattendue qui fait des inégalités sociales entre praticiens le principal élément d'explication de la relégation des civils à des grades subalternes :

« Le professeur de faculté, le praticien ayant une nombreuse clientèle n'a pas cherché, en temps de paix, l'honneur de voir augmenter le nombre de ses galons. Il ne pouvait, à cause de son travail absorbant accomplir des périodes militaires qui n'aurait nullement ses qualités professionnelles. Le plus souvent, c'était le médecin riche, ayant conquis son grade pour obtenir un titre, mais ne cherchant pas la clientèle, la repoussant même, qui se rendait aux périodes militaires⁵⁶ ».

La préparation militaire aurait donc été un luxe que seuls les mieux dotés financièrement, libérés du souci de vivre d'une clientèle, auraient eu les moyens de s'offrir. La « situation » qui en résulte est alors jugée « *des plus anormales* » en ce qu'elle bouleverse la hiérarchie interne à la profession et contrevient aux logiques ordinaires de la division sociale du travail dans le champ :

« On peut voir des docteurs en médecine qui ont abandonné la profession occuper des grades élevés, être médecin-chef d'une formation ou d'un hôpital ; des professeurs de facultés médecin-majors de 2^e classe [lieutenant] et qui sont relégués pour les soins des blessés à des tâches inutiles⁵⁷ ».

Autrement dit, la militarisation a pour effet de subvertir de l'ordre social et, conséquence logique de cette manière de faire « problème », l'article unique du projet de loi proposé s'attache à remettre le monde social des médecins à l'endroit :

« Les professeurs de facultés de médecine, actuellement sous les drapeaux, titulaires de leur chaire, sont nommés médecins-majors de 1^{er} classe. Les professeurs agrégés de facultés de médecine, les médecins des hôpitaux d'une ville possédant une faculté ou une école de médecine sont nommés médecins-majors de 2^e classe. Les chefs des travaux d'une faculté de médecine, les chefs de clinique d'une faculté de médecine, les internes des hôpitaux d'une ville possédant une faculté de médecine et nommés au concours sont nommés médecins-auxiliaires 1^{ère} classe⁵⁸ ».

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ibid.*

Renvoyée à la commission de l'armée, cette proposition ne connaîtra pas de suite. Mais elle intéressante en elle-même, en ce qu'elle montre que l'idée d'une nécessaire remise en ordre du monde médical par le retour à la hiérarchie statutaire du temps de paix (qui place au sommet les professeurs titulaires, les hospitaliers, puis les agrégés chefs de travaux, de clinique etc.) est déjà politiquement construite fin décembre 1914.

Dans l'affrontement entre le ministère de la Guerre, sa 7^e direction, le commandement et les entrepreneurs en scandale⁵⁹ à l'hiver 14-15, chaque prise de position est un coup dans le jeu et après les auditions des 19, 21 et 22, le dépôt de la proposition de loi portée par les députés socialistes et avant que les députés de la commission d'hygiène n'aillent inspecter les formations sanitaires, Millerand réagit. Le 7 janvier 1915, le ministre de la Guerre met en place une Commission Supérieure Consultative du Service de Santé Militaire (CSCSSM) composée de 21 membres et officiellement chargée de « *rechercher les moyens de réaliser les améliorations et les perfectionnements à introduire dans le service de santé militaire [...] notamment en ce qui concerne les blessés et les malades contagieux* ». Le décret d'institution précise que le mandat de la commission s'étend à l'ensemble du « [...] *territoire national et aux armées*⁶⁰ ».

Pour Fabienne Bock et Vincent Viet, dont les analyses sur ce point se complètent, la CSCSSM vise à protéger Millerand, à préserver les éléments essentiels de « sa doctrine » – un gouvernement souverain en zone de l'intérieur et un haut commandement aux pleins pouvoirs dans la zone des armées⁶¹ - en empêchant les parlementaires d'exercer un pouvoir de contrôle qu'ils revendiquent sans base juridique solide⁶². Reprenant en partie à leur compte la lecture de Clemenceau (partisan résolu du contrôle), les deux auteur-e-s montrent que la composition de la CSCSSM ou « *siègent des parlementaires de poids* » entretient une « [...] *une confusion entre l'exécutif et le contrôle parlementaire représenté par la commission d'hygiène publique de la Chambre*⁶³ ». Stratégie éprouvée du diviser pour mieux régner ? Millerand a en effet placé face aux députés de la Commission d'Hygiène d'autres parlementaires qui ont selon le mot de Clemenceau ont « *poussé le sentiment de l'abnégation jusqu'à accepter une délégation de la part de celui-là même qu'ils ont la charge de contrôler*⁶⁴ ». Peu de sources permettent d'investiguer en profondeur sur la

⁵⁹ Sont ainsi désignés les acteurs qui se mobilisent pour faire advenir sur la scène publique, sur le mode de l'intolérable, du scandaleux, ce qu'ils considèrent comme un « problème ».

⁶⁰ Millerand, *Rapport au Président la République Française*, Paris, le 7 janvier 1915, JORF du 9 janvier, 1914, p. 150-151.

⁶¹ Sur ce point, voir V. Viet, *Médecins et médecine de guerre*, *op.cit.*, p. 214-215.

⁶² Sur ce point voir F. Bock, *Un parlementarisme de guerre*, *op.cit.*, p. 129-131.

⁶³ V. Viet, *La santé en guerre*, *op.cit.*, p.54.

⁶⁴ *Ibid.* mais comme l'auteur le précise, la citation est extraite de F. Bock, *Un parlementarisme de guerre*, p.130.

Commission. À l'exception du rapport lui-même (daté du 2 mars)⁶⁵ et d'un bilan d'étape publié en septembre 1915 par Reinach et vendu « *au profit des sociétés de la Croix Rouge Française* », son action (pour l'année 1915) n'est connue qu'à travers ce qu'en disent quelques rares commentateurs et l'historiographie. Mais la simple lecture internaliste des documents, si elle n'invalide pas l'idée d'une « commission parapluie », conduit aussi à envisager une stratégie politique plus élaborée et dont les effets, on va le voir, échappent, en partie au moins, à son initiateur.

2.1.1 Un instrument de gouvernement aux mains du ministère ?

La composition de la commission (telle que la donne le rapport ou le décret du 7 janvier 1915) montre sans ambiguïté possible que la CSCSSM est bien tenue par trois des parlementaires parmi les plus dotés en capital politique. Charles de Freycinet, membre de l'Académie Française et de l'Académie des sciences, quatre fois Président du Conseil et ministre de la guerre à deux reprises (1888-1893 et 1898-1899) en est le Président. Dernier représentant de la génération politique à l'œuvre sous l'Ordre Moral, ce proche de Gambetta fut le premier civil en poste à la Guerre. Polytechnicien de formation, son nom reste attaché à la modernisation de l'équipement militaire (il fait adopter le fusil Lebel et le Canon de 75 mm modèle 1897) et aux réformes qu'il a menées dans l'organisation de l'armée. Cet antidreyfusard ardent met notamment en place l'état-major général et on se souvient qu'on lui doit aussi la création de la direction de Justice et du Contentieux, réforme effectuée précisément pour désamorcer les critiques dont la Justice militaire était alors la cible (chapitre 2). Disposant d'une légitimité certaine dans l'armée il est, en 1915, le Président en exercice de la commission de l'armée du Sénat⁶⁶.

Deux autres anciens Présidents du Conseil occupent les postes de vice-président. L'ex-président de la Chambre et Sénateur Léon Bourgeois et le député (Jean-)Louis Barthou (1862-1934). Le premier occupe, on l'a dit au chapitre précédent, une place centrale au sein de la « nébuleuse réformatrice ». Il est particulièrement actif dans la lutte contre la tuberculose, combat qu'il mène au sein de l'Alliance d'Hygiène Sociale qu'il préside de 1907 à 1925⁶⁷. Piliers du parti républicain, radical et radical socialiste il est

⁶⁵ Joseph Reinach, *Rapport présenté au nom de la Commission supérieure consultative du service de santé*, Paris: Impr. des Journaux officiels, mars 1915, 67.p. Un ouvrage tiré du rapport est publié en septembre 1915 : Joseph Reinach, *Le service de santé pendant la guerre*, éd. Bloud & Gay, Paris, 1915, 126 p.

⁶⁶ Voir aussi les éléments biographiques donnés au chap.1.

⁶⁷ L'AHS est une fédération de « sociétés sanitaires » qui voit le jour en 1903-1904 à la croisée des mouvements mutualistes, coopérateurs, natalistes, hygiénistes et eugénistes. Entreprise philanthropique spécialisée dans les « croisades morales » contre les fléaux sociaux (alcoolisme, tuberculose, syphilis, dénatalité) elle participe de l'autonomisation, au sein du monde réformateur, d'un espace social qui rassemble - au-delà des différents « labels »- natalistes, familialistes, hygiénistes ou eugénistes autour de la promotion de « politiques de la vie ». Sur l'AHS voir L. Murard, P. Zylbermann, *L'hygiène dans la république*, *op. cit.*, chap XV, p. 443-474.

ministre du travail de Briand (en 1912) quand le second, l'ancien avocat Louis Barthou, Garde des Sceaux pendant quatre ans (1909-1913), devient Président du Conseil à son tour. Avec le soutien de Poincaré qui durcit le ton face à l'Allemagne, le gouvernement Barthou reprend le projet son prédécesseur, visant à augmenter la durée du service militaire et ce malgré l'opposition de la SFIO et d'une partie des radicaux (chapitre 1). En d'autres termes, la commission est tenue par la « majorité gouvernementale » et ses alliés. La trajectoire de son rapporteur accrédite cette lecture. Ancien directeur de cabinet de Gambetta, le publiciste Joseph Reinach est député des Basses-Alpes de 1889 à 1898 puis de 1906 à 1914. Républicain modéré affilié à la « gauche démocratique » c'est un dreyfusard de la première heure. Le rôle qu'il joue dans l'Affaire lui vaut d'ailleurs d'être déféré en conseil d'enquête et révoqué de son poste de capitaine d'état-major de la territoriale⁶⁸. La même année (1898) ce bon connaisseur de la question militaire (il est membre de la commission de l'armée) perd son mandat de député. Réélu en 1906, il prend la vice-présidence de la commission de l'armée de la Chambre. Lui aussi a soutenu la loi de trois ans (1913) et les opposants socialistes et radicaux à la réforme n'ont pas manqué de le mettre en cause au moment des débats sur les effets sanitaires de son application (chapitre 1).

Loin d'être exhaustive, la liste des titres et des postes occupés par ces quatre grands notables de la III^e République, et leurs positions respectives en 1915, ne laissent guère de doute quant à stratégie de verrouillage du ministre qui place à la tête de la commission des républicains « modérés », des hommes « du juste milieu » (voir chapitre 2) qui connaissent bien l'armée et dont il a des raisons de penser qu'ils feront consensus. Président, vice-présidents et rapporteur de la commission ont tous soutenu la politique militaire menée en 1913 et 1914. Si parmi eux seul Léon Bourgeois, chantre du solidarisme, est clairement identifié comme réformateur, les autres parlementaires, en revanche, ont presque tous en commun d'appartenir au monde de la réforme sociale et/ou au mouvement hygiéniste. Surtout, le succès de l'entreprise repose pour Millerand sur sa capacité à paraître crédible et à faire de la commission une instance de neutralisation des conflits à l'autorité incontestable, ce qui suppose d'enrôler aux côtés des politiques, des spécialistes des questions de santé aux armées et de mobiliser la compétence technique d'agents appartenant « aux grands corps scientifiques ».

Le sénateur républicain de l'Orne (1892-1916), Léon Labbé (1832-1916) cumule, lui, les deux types de capitaux. Membre de l'Institut et commandeur de la Légion d'Honneur, Labbé est agrégé de la faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris

⁶⁸ Pierre Birnbaum, *Les Fous de la République*, Paris, éditions Fayard, 1992. (1^{er} chapitre).

et membre de l'Académie de Médecine⁶⁹. Spécialiste des questions de médecine et d'hygiène à la Chambre Haute et membre de la commission de l'armée il est un promoteur fervent des études d'hygiène militaire. L'intérêt pour l'armée de celui qui fut le chirurgien du général Boulanger est bien connu puisqu'il est président du Conseil Supérieur des Eaux destinée à l'alimentation de l'armée⁷⁰ et qu'une loi imposant la vaccination des militaires contre la typhoïde (votée en 1914), porte son nom. À ses côtés on retrouve un autre familier des questions de santé aux armées, aux positions plus clivantes, l'ex-président de la CHP, Édouard Lachaud. Membre du « parti républicain et radical-socialiste », le député et médecin avait publié, on s'en souvient (cf. chap.1), un sévère réquisitoire contre la politique sanitaire de l'armée (1909) qu'il accusait de « menacer la race » et, prenant une part active aux débats sur la loi de 3 ans, il avait voté contre. Le dernier parlementaire de la commission est un autre grand nom de la réforme sociale dont on a déjà croisé la route au chapitre précédent en évoquant sa lutte pour la reconnaissance des maladies professionnelles (loi votée en 1913 appliquée en 1919). Directeur de la *Revue Philanthropique*, Paul Strauss est l'un des fondateurs – avec l'hygiéniste Théophile Roussel (1816-1903) et Pierre Budin (1846-1907)⁷¹ - de la Ligue contre la mortalité infantile (1902-1918)⁷². Rapporteur au Sénat de la loi (dite « Strauss ») sur le repos des femmes en couches (pour favoriser l'allaitement) adoptée en 1913, ce promoteur « des politiques de la vie »⁷³ est aussi membre (libre) de l'Académie de Médecine. Quatre des cinq membres (sur 16 avec voix délibérative) choisis dans les « grands corps scientifiques » appartiennent d'ailleurs à l'institution de la rue Bonaparte et parmi eux trois représentent la Faculté de médecine de Paris : Louis Landouzy, Pierre Delbet (1861-1957) et Henri Hartmann (1860-1952).

Agrégé de médecine (1880) professeur de thérapeutique médicale (1893-1896) puis titulaire de la chaire de thérapeutique (1896-1901), Landouzy appartient - avec Charles Bouchard (1837-1915) et Georges Dieulafoye (1839-1911) - à la génération des « pionniers » qui s'approprie les techniques de la bactériologie allemande (R. Koch) et engage une

⁶⁹ Voir AN, Dossier Légion d'honneur LH/1414/44 et voir (en ligne) [http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/labbe_leono918r3.html#1889-1940].

⁷⁰ Le CSE née des mobilisations hygiénistes décrites au chapitre premier. Institué par circulaire ministérielle le 16 décembre 1907 l'organisme a pour mission l'étude des travaux relatifs au captage, à l'adduction et à l'épuration des eaux destinées aux établissements militaires et il se compose de médecins, d'ingénieurs (des hygiénistes) civils et militaires.

⁷¹ Agrégé de chirurgie et accouchement et second titulaire la chaire de clinique des accouchements (1898-1907) créée en 1889 à la clinique Tarnier rue d'Assas, Budin est acteur central de la médicalisation de la petite enfance (initiateur des consultations pour nourrissons, promoteur du lait pasteurisé et du biberon stérile) et l'un des pionniers de la bactériologie pour laquelle il a fait installer un laboratoire rue d'Assas. Voir Alain Contrepois, *L'invention des maladies infectieuses*, *op. cit.*, p.140.

⁷² Elle devient ensuite le Comité national de l'Enfance et Strauss en fut le premier président. Le CNE existe toujours aujourd'hui.

⁷³ Il est aussi l'un des 7 vice-présidents de l'Alliance d'Hygiène Sociale.

transformation des pratiques cliniques et de la classification des maladies au principe de « l'invention des maladies infectieuses »⁷⁴. Souvent présenté comme « phtisiologue » ou « phtisiologiste » et associé à la médecine publique pour son rôle clé dans la « croisade antituberculeuse »⁷⁵, le médecin en chef du Lycée Janson-de-Sailly est aussi (d'abord ?) un « neurologue » reconnu qui, à la suite de Jean-Martin Charcot (1825-1893) et Pierre Marie (1853-1940), contribue à l'isolement et au classement des différentes formes de myopathies⁷⁶. Il a notamment décrit avec son ami Jules Déjerine (1849- 1917) une dystrophie musculaire alors appelé la « myopathie atrophique progressive »⁷⁷. Lorsqu'il est nommé à la commission en 1915, Landouzy en a terminé depuis longtemps avec ses obligations militaires (il a 70 ans). Il est à la tête de la quatrième chaire de clinique médicale (Laennec) depuis quinze ans (1901) et, surtout, il est Doyen de la Faculté de médecine de Paris (depuis 1907).

De quinze ans son cadet, Henri Hartmann fait partie de la première génération de chirurgiens formés d'emblée aux techniques modernes de l'antisepsie. Passé par le service de Félix Terrier (1837-1908) à Bichat⁷⁸ il est agrégé de chirurgie en 1895 et chirurgien des hôpitaux en 1900. Surtout, il succède à Édouard Quénu (1852-1933) – ex-assistant de Terrier – comme professeur de médecine opératoire et appareils (1909), chaire « théorique » qu'il quitte pour la 4e chaire de clinique chirurgicale à Laennec (1912)⁷⁹. À 53 ans, il n'est pas mobilisable en 1914 et il officie dans une « ambulance place Vendôme ». Tandis que son service à Laennec doit fermer faute de personnel (1915), ce « jeune » grand patron de la médecine parisienne, titulaire d'une des chaires les plus prestigieuses du pays, exerce donc, comme bien d'autres, dans un des nombreux hôpitaux « complémentaires » de la capitale, structures privées qui ne reçoivent des blessés que lorsque le SSM le décide.

La situation de son collègue et « concurrent le plus direct », Pierre Delbet, est à peu près similaire. Lui n'est pas passé par Bichat et le service de Terrier mais par le service d'Emmanuel Duplay (1835-1924) à l'Hôtel Dieu dont il est le chef de clinique chirurgicale (1891). Agrégé dans la section chirurgie et accouchement (1892) et chirurgien des

⁷⁴ Il décrit pour la première fois en 1884 la nature infectieuse de l'herpès. Sur son rôle dans l'émergence de « l'infectiologie » Voir Alain Contrepois, L'invention des maladies infectieuses, *op.cit.*, p.101 et suiv.

⁷⁵ Président de l'Association centrale contre la tuberculose Landouzy est, entre autres, le conseiller de Léon Bourgeois en la matière et son Vice-président au sein du comité directeur de l'Alliance d'Hygiène Sociale.

⁷⁶ Voir F. Hugué, *Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, op.cit.*, p. 264-266. Voir aussi Dossier Légion d'Honneur LH/1466/38.

⁷⁷ Renommée dystrophie facio-scapulo-humérale (FSH) en 1954.

⁷⁸ Félix Terrier, chef de service à Bichat a suivi le cours de microbiologie d'Emile Roux à Pasteur. Il est le premier à installer un stérilisateur (l'autoclave mis au point par les pasteuriers) dans son service et Bichat devient le centre d'une « école de chirurgie nouvelle ». Patrice. Pinell, Naissance d'un Fléau, *op.cit.*, p. 45-47.

⁷⁹ Service fermée en 1915

hospitaux l'année suivante, Delbet est chef de service à Laennec (1905-1909) où il assure un cours de clinique annexe⁸⁰. Il le quitte à 47 ans, lorsqu'il succède à Paul Berger (1845-1908) à la tête la 2^e chaire de clinique chirurgicale à Necker (1909-1919). Passé par le laboratoire de physiologie de Dastre à la Sorbonne, Delbet conserve tout au long de sa carrière un intérêt pour la médecine expérimentale. Spécialiste des fractures et lésions osseuses, il est l'un des premiers, depuis la découverte (1895) des rayons de Roentgen (1845-1923), à utiliser la radiologie pour établir ses diagnostics. Membre fondateur de la très élitiste Association française d'études du cancer (AFEC) que l'équipe de Necker (dont il est le patron) domine largement, il est le premier et le seul chirurgien (jusqu'à la guerre), à prendre au sérieux le radium et ses possibilités d'applications (radiothérapie) thérapeutiques pour le traitement du cancer⁸¹.

Outre ces trois représentants du pôle clinique de la médecine hospitalo-universitaire, des agents plus en marge du champ médical entrent à la commission, sans doute pour leur bonne connaissance de l'armée. Représentant des « sciences expérimentales » ou « auxiliaires » de la médecine, Émile Roux est un savant fondamentaliste, co-découvreur avec Yersin de l'agent pathogène responsable de la diphtérie (1888-1890). Titulaire du premier cours de microbiologie de l'Institut Pasteur où il est chef de service, il forme nombre de médecins militaires⁸². La même année (1904), Roux est nommé directeur de l'Institut Pasteur et président de la nouvelle Commission supérieure consultative d'épidémiologie militaire (CSCSEM) où siègent aussi Labbé et Landouzy. Il est également vice-président de l'AHS. Quant survient la guerre, Roux est libéré de toute obligation militaire (il a 61 ans) mais travaille à la mise en place de laboratoires d'armée et à l'essor, indispensable à ses yeux, de la bactériologie militaire. À ses côtés siège un homme qu'il connaît bien, Louis Vaillard, agrégé (1883) et collaborateur de Kelsh au Val-de-Grâce dont il prend la succession à la tête de la chaire d'épidémiologie de l'École. Pastorien convaincu (il a suivi les cours de Roux) Vaillard a renversé la doctrine étiologique de son maître et s'est affirmé comme un partisan résolu de la contagion des maladies infectieuses. Directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon (ESSML), puis du Val de Grâce (1908), Vaillard est l'un des sept représentants militaires à la Commission Supérieure Consultative Épidémiologie Militaire (CSCSEM). Nommé MIG en 1909, il devient Président du Comité consultatif de santé en 1912. Par sa formation à la médecine expérimentale, à la recherche fondamentale, et par sa trajectoire dans l'institution,

⁸⁰ Voir F. Huguet, *Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, op.cit.*, p. 140-142.

⁸¹ Sur Delbet comme sur les « équipes » en concurrence ou la composition et les relations de pouvoir au sein de l'AFEC voir Patrice Pinell, *Naissance d'un Fléau, op. cit.*, p. 88-90 et, plus largement, tout le chapitre « académisme et marginalité » p.77-114.

⁸² Pierre Henri Roussel, *Les pastoriens du service de santé des armées*, thèse de doctorat de médecine, Université Claude Bernard-Lyon 1, 1997.

Vaillard est loin des tacticiens sanitaires qui dirigent le SSM et s'il est difficile (sans archive) de savoir ce qu'il défend au sein de la CSCSSM, on peut douter qu'il soit un fervent défenseur de la 7^e direction.

L'armée, outre Vaillard, est représentée dans la commission par les deux principaux agents ciblés par la campagne de presse : Troussaint qu'on ne présente plus et le lieutenant-colonel Gassouin (1867-1924)⁸³. Chef du 4^e bureau à l'état-major des armées, Joseph Gassouin est le directeur des chemins de fer et, par conséquent, le responsable des évacuations par train sanitaires, qui ont largement polarisé les critiques. « Face » à lui, Millerand a fait, là encore, le choix de l'expertise technique et de la « compétence » en nommant deux représentants des grands corps techniques de l'État (aux profils très différents) : Albert Sartiaux (1845-1921)⁸⁴ et Henry Le Chatelier (1850-1936)⁸⁵. Ingénieur des Ponts et Chaussées, le premier fait une brillante carrière dans l'industrie ferroviaire. Il est ingénieur en chef et commissaire technique de l'exploitation des chemins de fer du Nord (CCFN) dont il a organisé l'électrification des réseaux. Par ailleurs, il connaît bien l'armée et la problématique « chemins de fer militaires »⁸⁶ et le monde de la réforme sociale ne lui est pas étranger⁸⁷. Quant au second, dont la biographie est mieux connue, il fait partie de ces « organisateurs »⁸⁸ qui veulent mettre la science au service de l'industrie (« l'enrégimenter ») et contribuent à faire émerger ce modèle spécifiquement français de rationalisation dont Aimée Moutet a écrit l'histoire⁸⁹. Fils aîné d'une famille catholique d'ascension sociale récente, le polytechnicien (X-1869) Le Chatelier⁹⁰ connaît une trajectoire atypique en cette fin de XIX^e, celle d'un ingénieur du corps des mines qui fait le choix, difficile, de la carrière scientifique quand les portes du monde industriel et de la haute administration lui sont grandes ouvertes. L'expérience de déclassement relatif de ce

⁸³ Voir Archives Nationales, Dossier Légion d'honneur : LH/1084/3.

⁸⁴ Voir Archives Nationales, Dossier Légion d'honneur : LH/2461/77.

⁸⁵ Voir Michel Letté, *Henry Le Chatelier (1850-1936)*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004, 259p. Voir aussi Odile Henry, « Henry Le Chatelier et le taylorisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 133, no 1, 2000, p.79-88.

⁸⁶ Mis à disposition de la Défense nationale (sur sa demande) au service des chemins de fer militaires en 1870, il est directeur technique d'une section d'ouvrier de chemin de fer de Campagne (1877) avant d'être nommé Lieutenant-colonel du Génie (1884), ingénieur en chef-adjoint au Directeur technique des chemins de fer de campagne (1885) puis Directeur Technique (1886). La même année il intègre la Commission Militaire Supérieure des Chemins de fer (1886) et, enfin, il est Délégué Général de la CCFN auprès du Ministre de la Guerre en 1889 (un certain de Freycinet).

⁸⁷ On ne peut pas savoir quel est son degré d'implication dans ces réseaux mais il est membre de la Société Nationale des Conférences Populaires et du Conseil International des habitations à bon marché.

⁸⁸ Sur les « organisateurs » voir Bernard Girard, *Histoire des théories du management en France. Du début de la Révolution industrielle au lendemain de la Première Guerre mondiale*, Paris, L'Harmattan, 2015, p.128-147.

⁸⁹ Voir Aimée Moutet, « La rencontre des traditions militaires et civiles de rationalisation à l'occasion de la Première Guerre mondiale et ses conséquences », dans Pestre Dominique (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'Armement en France. De Gribeauval à la force de frappe*, CNRS éd., Paris, 2005, p. 241-259. Voir aussi pour la période postérieure à la guerre : Aimée Moutet, *Les logiques de l'entreprise: la rationalisation dans l'industrie française de l'entre-deux-guerres*, Paris, éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1997.

⁹⁰ Voir Michel Letté, *Henry Le Chatelier (1850-1936)*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.

scientiste convaincu, dont la vie académique est long combat pour faire reconnaître et imposer les sciences appliquées face aux sciences fondamentales, en fait le prototype de « l'ingénieur-savant » qui se pense et se construit sur le mode de l'élitisme technicien contre les intellectuels « *verbeux* » et les politiques qu'il qualifie de « *plaies de toutes de toutes les démocraties modernes* »⁹¹. Traducteur de F.W. Taylor (1856-1915) qu'il a rencontré (1906) et qu'il publie par trois fois avant la guerre, Le Chatelier voit dans la doctrine de l'ingénieur américain davantage qu'une théorie nouvelle de l'organisation du travail. Il élabore à partir de sa lecture de Taylor une théorie de la mobilité sociale et une vision du bon gouvernement des hommes et des choses qui appelle la formation d'un état technocratique dans lequel les experts sont voués à remplacer les parlementaires.

Cinq secrétaires avec « voix consultative » portent le total des membres à 21. Parmi eux, seul le capitaine d'infanterie territoriale Pierre Delorme (1875-1959)⁹², est militaire de carrière. Attaché à l'État-major de l'armée (après son retour de captivité) il est secrétaire de la commission de l'armée du Sénat (CAS) en ce début 1915. Les quatre autres sont des civils, mobilisés comme officiers dont certains à des postes clés. Le lieutenant d'artillerie François Carnot (1872-1960) est un centralien, ingénieur des arts et manufactures il a été conseiller général de Nolay (Côte-d'Or) de 1901 à 1910 et a fait trois mandats de députés entre 1902 et 1914, dont le dernier dans les rangs de la gauche démocratique⁹³. Il est en poste à l'état-major du gouvernement militaire de Paris. Outre l'officier d'administration du cadre auxiliaire Rossy, dont on a déjà croisé le chemin au chapitre précédent⁹⁴, on trouve encore deux médecins civils mobilisés. Maurice Heitz-Boyer (1876-1950) est un ancien interne des hôpitaux de Paris où il a eu pour « maîtres » (entre autres) Antonin Gosset, Pierre Duval, Édouard Quénu et un certain... Pierre Delbet⁹⁵. Deux pôles d'intérêts marquent la carrière de ce chirurgien des hôpitaux (1912) formé aux sciences expérimentales (physique) et partisan résolu de l'asepsie : les lésions osseuses et les pathologies urinaires dont il devient un spécialiste reconnu, sans jamais toutefois accéder

⁹¹ Successeur de Paul Schützenberger (1829-1897) à la chaire de chimie minérale au Collège de France (1897) mais candidat malheureux à la chaire de chimie de polytechnique, Le Chatelier obtient de justesse celle de la Sorbonne en 1907, année de son entrée (après 4 tentatives) à l'Académie des sciences. Odile Henry qualifie d'« improbable » cette trajectoire qui « le mène d'une position dominante occupée au sein du pôle dominant du champ du pouvoir à une position relativement dominée au sein de ce champ » Voir Odile Henry, « Henry Le Chatelier et le taylorisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 133, no 1, 2000, p.79-88.

⁹² À ne pas confondre avec Edmond Delorme. Voir *Annuaire officiel de l'armée française pour l'année 1912*, *op. cit.*, p.1089 et Archives Nationales, dossier Légion d'Honneur, côte 19800035/292/39265

⁹³ [[http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/1451](http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/1451)] et Archives Nationales, dossier Légion d'Honneur, côte 19800035/0317/42700.

⁹⁴ Il s'agit de Gaston-Eugène Rossy, haut fonctionnaire et membre de la commission interministérielle instituée en 1907 pour examiner les projets Mirman et Ghesquière. Voir *Annuaire officiel de l'armée française pour l'année 1912*, *op. cit.*, p.1340.

⁹⁵ On reviendra plus longuement sur les trajectoires de Gosset, Duval, et Quénu dans la suite du chapitre.

à la chaire de clinique des maladies des voies urinaires⁹⁶. Quant au dernier membre, le médecin-major de 2^e classe (de la territoriale) René Mignot (1864-1921), c'est un « fondamentaliste » qui occupe de ce fait une position un peu moins centrale dans le centre parisien du champ médical : il est chef du laboratoire de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Pitié⁹⁷. Membre de la commission de la tuberculose il a manifestement de bons réseaux parisiens, sans doute du côté de l'AHS, qui lui valent d'être attaché à l'état-major particulier du ministre.

De ces rapides portraits, il ressort que la CSCSSM a tout du « grand conseil technique » y compris la dénomination qui rappelle les commissions mixtes (membres civils et militaires) de l'avant guerre comme la CSCEM. Le rapport de présentation (au président de la République) du décret instaurant la Commission le dit bien :

« Les conditions actuelles de la lutte ont fait apparaître des nécessités nouvelles auxquelles il importe de pourvoir [...] l'expérience de ces derniers mois a [...] montré l'opportunité [...] de modifier les prévisions originelles et de perfectionner l'organisation qu'elles avaient conduit à adopter. [...] pour réaliser dans les meilleurs conditions une solution satisfaisante de tous les problèmes qui se posent ainsi à mon département [La Guerre] je crois utile d'en confier l'étude à une commission spéciale et peu nombreuse composée de membres qualifiés par leur situation, leur expérience ou leurs travaux antérieurs pour apporter à mes services les avis autorisés qui les aideront [...] »⁹⁸.

Confronté au retour de la conflictualité politique, l'exécutif met en œuvre une stratégie qui dépasse la simple opposition entre parlementaires et qui vise autre chose (davantage ?) que leur neutralisation. Millerand mobilise en réalité deux principes de légitimité distincts et en partie concurrents : la compétence technique et de la légitimité politique. Hospitaliers, universitaires et savants fondamentalistes de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris comptent à eux seuls pour le tiers des membres. Mais le ministre cherche moins à activer le clivage « personnalités qualifiées »/« politiciens » (toujours suspects d'être avant tout soucieux de leur réélection) qu'à trouver, dans la production d'une politique rationalisée par le recours à la science, matière à relégitimer son action. Pour Christophe Charle ce « *compromis entre compétences et légitimité politique* » est une « *idéologie commune nouvelle* » qui procède de la relation entre gouvernants et hauts fonctionnaires après la Grande Guerre mais qui se dessine dès les années 1900 : le pouvoir des hauts fonctionnaires, renforcé par l'autonomie que leur laisse le politique, transforme en retour les modes de légitimation de celui-ci⁹⁹. Francine

⁹⁶ Voir l'article très documenté de P. Vayer et P. Jourdain « Maurice Heitz-Boyer (1876-1950) Mystérieux touche à tout entre l'art, la science et les techniques. Fantomatique Président de l'Académie de Chirurgie », e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2006/5, n°2, p.30-41.

⁹⁷ Archives Nationales, dossier Légion d'Honneur, LH/1874/50.

⁹⁸ JORF, *Lois et décrets*, 10 mars 1915, p.1260-1268.

⁹⁹ Christophe Charle, *Les élites de la République 1880-1900*, Paris, éd. Fayard, coll. Les espaces du politique, 1987, p 438-440. V. Dubois, D. Dulong, *La question technocratique, op. cit.*, p. 5-18 et p.35-53.

Soubiran-Paillet a bien montré comment la carrière d'Arthur Fontaine (1860-1931) pouvait incarner ce nouveau compromis entre élites et, plus largement, comment la « réconciliation » de ces deux principes de légitimité concurrents s'opérait dans le monde des grands commis de l'État liés aux directions ministérielles de l'Assistance, de l'Assurance et du Travail¹⁰⁰. Millerand ancien ministre du Commerce, de l'Industrie et des P & T (dont dépend, jusqu'en 1906, l'Office du Travail) connaît bien ce monde et le président de l'Alliance Française pour la Protection Légale des Travailleurs (en 1914) mobilise largement les réseaux réformateurs lié au ministère du Travail qui sont les siens. Face à l'entreprise de disqualification dont ses services font l'objet, il introduit au cœur du « gouvernement de guerre » une conception et une pratique de l'action politique dont il a une longue expérience. Certes il ne s'agit pas ici de hauts fonctionnaires (seul Rossy l'est) mais des élites du champ médical et académique, mais la logique de l'association est relativement proche et on la retrouve dans les entreprises philanthropiques et réformatrices d'avant guerre spécialisées dans la lutte contre les fléaux sociaux. Elle est au fondement, par exemple, du travail de légitimation de l'Alliance d'Hygiène Sociale qui est particulièrement bien représentée dans la commission et dont le ministre est membre du « conseil adjoint au comité de direction »¹⁰¹. Conçue comme un lieu de neutralisation des clivages politiques, la CSCSSM est aussi et d'emblée un atelier, un lieu de production de la réforme qui s'organise en sous-commissions, tient des séances régulières, suit étroitement la réalisation (ou non) des mesures qu'elle préconise et rend compte des avancées et blocages qu'elle constate abandonnant dès le départ son rôle consultatif pour une « double fonction de proposition et de contrôle »¹⁰².

Troussaint dénoncera cette évolution rapide de la commission qu'il rend en partie responsable de sa chute. Pour lui la commission est « l'analogie de la Commission consultative d'hygiène et d'épidémiologie créée en 1904 pour donner son avis » et comme « son aînée » elle doit fournir « avis, aide, collaboration précieuse aux services de l'administration centrale ». Mais pour le directeur du SSM la répartition des rôles est limpide : "« La nécessité s'imposait d'autre part, de laisser à ces services directeurs [i.e à lui] la responsabilité intégrale, vis-à-vis du ministre, de l'exécution, des mesures qu'il croyait devoir prendre sur les propositions transmises par la commission »¹⁰³. Le message est clair : la commission propose,

¹⁰⁰ Francine Soubiran-Paillet, « Parlement, administrateurs et experts (1900-1914) », le discours de la compétence, *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 2007/1, n°93, p. 151-163.

¹⁰¹ Dont on trouve la composition in Alliance d'hygiène sociale, *Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale* de Lyon - 15,16,17 juin 1914, Paris, Imprimerie Moderne, p. 5-6.

¹⁰² C'est très net à la lecture du 2nd rapport (de septembre), le « Compte-rendu des travaux de la commission » qui récapitule toutes les recommandations qu'elle a formulées et les réponses faites par la 7^e direction, comme si, par ailleurs, celle-ci n'y était pas représentée par son directeur. Voir Joseph Reinach, *Le service de santé pendant la guerre*, op. cit., p. 94-126.

¹⁰³ Troussaint, Une page d'histoire du service de santé, op. cit., p. 358-360.

la direction dispose. Mais Troussaint n'a pas tout de suite perçu que les choses seraient sans doute un peu plus compliquées. Si pour lui de Freycinet, Reinach et Laveran sont clairement des soutiens et si la commission ne lui paraît pas franchement hostile au départ, il va vite s'apercevoir que le rapport de force y est très défavorable à l'armée, à la direction des chemins de fer et, surtout, à la direction du SSM :

« Sous la haute présidence de M. de Freycinet, la commission saisie par le ministre d'une série de question qui passionnait alors l'opinion publique, se contenta dans son rôle consultatif ; elle émit des jugements condensés dans un premier rapport rédigé par M. J. Reinach, le 2 mars 1915 [...] Ultérieurement elle sortit de son rôle consultatif en prenant l'initiative de certaines études, et en manifestant, au cours des séances, par la voix de certains de ses membres, sa surprise et son mécontentement de ne pas voir homologuer, purement et simplement, ses décisions par le ministre. Elle tendait peu à peu à se substituer à l'organe de décision centrale [la 7^e direction] que dans sa connaissance incomplète et de l'organisation et du fonctionnement du service de santé, tant aux armées qu'à l'intérieur, elle rendait volontiers responsable des lenteurs et difficultés rencontrés dans la réalisation de ces recommandations ou de ses avis [...] ¹⁰⁴ ».

Le 2 mars 1915, avant même la fin de ses travaux, la CSCSSM présente au Ministre son premier rapport¹⁰⁵. Comme il sied à ce type de production, la prose est feutrée et souligne la grande valeur des médecins, leur courage et la difficulté de la tâche du SSM etc. Affirmant s'en tenir à des questions d'organisation (*i.e* ne pas trancher sur les questions de thérapeutiques) le rapporteur reconnaît « *les efforts déjà faits* » pour réaliser « *d'appréciables progrès* ». Les circonvolutions d'usage disparaissent vite cependant et le rapport Reinach prend alors la forme d'un véritable manifeste réformateur dont les implications vont bien au-delà des questions organisationnelles.

2.1.2 Un manifeste réformateur

Sur un peu moins de 70 pages, il reprend et décortique tous les éléments critiques publicisés à l'occasion de la campagne de presse de l'automne. L'analyse, construite autour de 12 sections thématiques – autant de points qui, pour les hommes de la CSCSSM, font problème - ¹⁰⁶ débouche sur la formulation de vingt « mesures » (sous la forme d'autant d'avis dument numérotés) des « plus urgentes » et qui composent, *in fine*,

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ « Rapport présenté au nom de la Commission consultative du service de santé par Mr. Joseph Reinach », Paris, 2 mars 1915, JORF, 10 mars 1915, p 1260-1268. Le rapport est d'abord envoyé à Millerand et Poincaré le 2 mars.

¹⁰⁶ Joseph Reinach, *Le service de santé pendant la guerre, op. cit.*, : Automobile (p.19-23)– Formations sanitaires chirurgicales de l'avant (p.23-28) – Trains sanitaires (p. 28-39) – [gares] Régulatrices militaires (p. 40-44)– Utilisation des compétences (p.44-56) – Liaison permanente entre le SSA et l'administration centrale du ministère de la Guerre (p.56-63) – Application de la loi du 28 mars 1914 (Labbé) tendant à rendre obligatoire la vaccination antityphoïdique (p.63-69) – Matériel des formations sanitaires (p.69-72) Simplification des écritures (p. 69-73) Établissements hospitaliers (p74-76) Livret individuel des société de la croix rouge (p.78-81) les dépôts d'éclopés (p.81-84). Sauf mention contraire, toutes les citations infra sont extraites de ce rapport.

un programme de réformes incisif ordonné autour de six grands chantiers dont certains sont déjà à l'étude ou en voie de réalisation. Il s'agit d'optimiser le dispositif d'évacuation, d'assurer une liaison techniques et fonctionnelle efficient entre l'Avant (le GQG de Joffre, Chavasse, les Services de santé des différentes armées) et l'arrière (Le ministre et sa 7^e direction), de mettre en œuvre une véritable politique de lutte contre les épidémies, de réorganiser les structures hospitalières et de les mieux contrôler, de créer les conditions permettant l'intervention chirurgicale à l'Avant et, enfin, de réviser en profondeur les logiques d'affectation.

Pour la Commission, la première des priorités, l'optimisation du dispositif d'évacuation, passe par l'augmentation du nombre des automobiles aménagées pour le transport des blessés et « *exclusivement affectées* » à cette fin, à concurrence de 60 par corps d'armée. En période « *d'activité intensive* », les trains de ramassage quotidien doivent céder la place à des trains sanitaires poussés au maximum « *en avant* » et à des trains de ravitaillement quotidien, trains d'appoint (« *de fortune* »), qui doivent toujours être « *accompagnés d'un personnel médical, infirmier, hospitalier* ». À partir de la voie régulatrice (avant la sortie de la ZA), des trains sanitaires à intercirculation totale ou partielle doivent prendre le relais. Laissant la priorité aux trains militaires qui acheminent hommes et matériels en ZA, les trains sanitaires mettent souvent 6 à 8 jours pour revenir à leur gare régulatrice indique le rapport. Pour y remédier, les hommes de la CSCSSM demandent « *un double jeu de train de sanitaires* » et l'augmentation des capacités globales (60 000 places) d'évacuation. Le ministère avait à cet effet mis en réserve 50 trains « improvisés » de 380 places chacun, soit 19 000 places au total. La 7^e direction et le 4^e bureau proposent d'en porter la capacité à 640 places, soit 13 000 places supplémentaires qui porteraient total à 90 000 places, solution que la commission adopte. Mais l'augmentation du nombre de convoi suppose aussi de réorganiser cette « *étape capitale dans l'évacuation des blessés* » que sont les gares régulatrices. Composées de deux parties – l'une militaire, l'autre sanitaire – la commission recommande de mieux les dissocier et de rapprocher « *du front la [seule] partie sanitaire* » pour diminuer le temps passé par les blessés en amont de la gare. Le 4^e bureau doit donc reprendre ce qui a été fait « spontanément » ou « officieusement » précise le rapport et « *généraliser la pratique, déjà expérimenté avec succès, des régulatrices sanitaires* ». Le message est clair, la solution est connue et l'inertie doit cesser.

Pour se faire, il faut lever ce qui est sans doute le principal point d'achoppement de la politique de santé et qui le restera jusqu'en 1917, bien qu'il ait été identifié et présenté comme tel dès mars 1915. Ce second chantier, c'est la mise en œuvre d'une coordination effective entre services de santé de l'avant (Chavasse), le GQG (Joffre) et le ministère (Troussaint) dont le « *souverain maître qu'est le fait* » a démontré l'insuffisance. Et la

réalisation de cette « *liaison étroite* » doit s'opérer à un double niveau : entre et le ministère et le commandement qui fera parvenir des rapports et comptes-rendus périodiques sur la situations des services de santé des armées à la 7^e direction, et entre les représentants du corps de santé (*i.e* les médecins inspecteurs à la tête des services sanitaires des différentes armées) et les états-majors respectifs de ces armées qui doivent respecter cette « *obligation, d'ailleurs réglementaire, d'une coopération étroite* ». L'effectivité de cette synergie est alors présentée comme une condition de félicité de la réorganisation du SSM parce qu'elle engage la réalisation des autres séries de mesures, notamment de la seconde.

Le déficit, voir l'absence, d'informations et de coopération entre les zones de l'intérieur et des armées pose d'autant plus problème pour la commission que la contiguïté des populations militaires et civiles impose la mise en œuvre d'une véritable politique de prophylaxie contre les maladies contagieuses qui jusque là fait défaut¹⁰⁷. L'application de la loi du 28 mars 1914 rendant obligatoire dans l'armée la vaccination antityphoïdique (Loi Labbé) est jugée « *défectueuse à de nombreux égards* ». Bien réalisée au début du conflit pour la classe 14, la multiplication des ordres donnés aux commandants des régions militaires (9 dépêches ministérielles entre août et février) suffit pour la commission à révéler qu'elle n'est pas ou mal appliquée (p.64-65) pour la classe 15. Pour Landouzy qui a rapporté sur la question et emporté l'avis de la commission, c'est ce qui explique « *l'épidémie et la mortalité typhoïque qui ont éprouvé l'armée depuis des mois* », épidémie qui « si restreinte qu'on la veuille faire, demeure trop large¹⁰⁸ ». Outre le rappel à l'instruction du 2 juin 1914, la commission demande (dans son avis n°12) la constitution d'équipes régionales mobiles de vaccinations et la généralisation de l'isolement des malades et contagieux dont les lieux d'hospitalisation – « *formations spéciales* » – doivent être strictement séparés de ceux qui reçoivent les blessés (avis 16 et 17).

Le renforcement du contrôle des structures sanitaires, de leur approvisionnement et des personnels qui y officient constitue le quatrième axe de réforme. Deux avis (n°13 et 14) soulignent la nécessité de mettre un terme aux retards et carences dans les approvisionnements en matériel et en médicaments. La 7^e direction doit s'assurer que toute négligence soit suivie de sanctions « *à tous les échelons de la hiérarchie* ». Dans le

¹⁰⁷ Rapport Reinach, *op. cit.*, p. 57

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.66. Le rapport précise qu'au regard des conflits antérieurs jamais les troupes n'ont été si peu éprouvées. Sur la question et les enjeux quelle soulève voir Anne Rasmussen « À corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre », *Corps*, 2008/2, n° 5, p. 41-48. Voir aussi son HDR *Sciences, guerre et médecine. Une histoire sociale de pratiques savantes, 1840-1940 qui comporte un mémoire (que je n'ai pas pu consulter) intitulé : La Grande Guerre prophylactique. Armée, santé et citoyenneté en France, 1914-1918*, que je n'ai pas pu consulter.

viseur des commissaires, les Directions Régionales (DRSSM) - qui en ont la charge de l'offre - et les médecins chefs (la demande), ces derniers devant être « *tenus pour personnellement responsables de leurs approvisionnements* ».

Les établissements hospitaliers « *tant publics que privés* » doivent faire l'objet d'une classification « *plus rigoureuse* » qui empêchera de « *regrettables erreurs* ». Comment ? En adoptant un principe de classement fondé sur la gravité des blessures qui permettent de diriger les grands blessés sur les hôpitaux « *les plus récents* » et les « *ambulances* » pourvues de tous les « *équipements scientifiques modernes* » (notamment d'installation radiographique précise le rapport) et où œuvrent les « *maîtres de la science chirurgicale* ». La formule (maître de la science) - qui nous dit beaucoup de la manière dont les Hartmann, Delbet et leurs collègues se considèrent et considèrent leur activité (comme une science, ce qui n'est ni évident ni anodin) – souligne l'importance que revêt à leur yeux le contrôle des structures et des personnels. Les deux doivent être inspectés de manière régulière tant du point de vue des installations que de l'hygiène et des techniques thérapeutiques employées par des médecins et chirurgiens dont parfois (souvent ?) le « *dévouement est supérieur à la science* ». C'est tout particulièrement le cas des personnels de la Croix Rouge pour lesquels les commissaires demandent l'adoption d'un livret individuel (commun aux 3 sociétés, mais élaboré sur le modèle de celui que la SSBM utilise déjà) et la mise en place de fiches individuelle, documents sur lesquelles les administrateurs pourraient s'appuyer pour prononcer « *des radiations* » dont les conditions restent à déterminer. Les infirmières constituent la cible principale de ces mesures articulant logique de contrôle social (il s'agit d'interdire l'accès aux hôpitaux complémentaires aux « *personnes suspectes* » et de pouvoir sanctionner le cas échéant) et soucieux de « *professionnalisation* » du personnel technique¹⁰⁹. La commission insiste notamment pour que soit déposé au ministère un modèle d'uniforme légalement reconnu dont le port leur serait imposé et elle insiste sur l'intérêt des sociétés à accepter de se soumettre à des inspections fréquentes¹¹⁰.

Cinquième chantier et point nodal de la réorganisation proposée, la transformation des conditions opératoires à l'avant doit permettre le « traitement d'urgence des blessés graves ». Complètement naturalisée aujourd'hui, la notion d'urgence (médicale et chirurgicale) n'a rien d'une évidence à une époque où aucun établissement hospitalier ne

¹⁰⁹ On reconnaît là, sans doute, la main d'Hartmann qui a fait paraître dans La Presse Médicale, entre le 26 août et le 30 septembre, une série de 4 articles intitulée « Notions Indispensables aux infirmières ». Le premier consacré aux « conditions générales pour être une bonne infirmière » est le résumé d'une conférence faite aux « dames de la Croix Rouge » à l'Hôtel Dieu. Le second, paru le 2 septembre, est une présentation des enjeux et méthodes de l'asepsie et de l'antisepsie. Les deux derniers, eux, sont consacrés à la « petite chirurgie » (16 et 30 septembre).

¹¹⁰ Voir p. 56-58 et l'avis n°19, p.66.

dispose d'un service de ce type. Ce point fait d'ailleurs l'objet d'une controverse dans le champ académique, sur laquelle on reviendra, entre « interventionniste » et « abstentionniste ». La commission insiste sur la nécessité de rompre avec le système des « ambulances actives » et « ambulances de réserve », organisation « souple », « remarquable » et « très ingénieuse », mais qui ne présente pas les garanties nécessaires ni au plan « opératoire », ni du point de vue « post-opératoire » pour traiter les grands blessés. Leur prise en charge « exige » la création de formations chirurgicales spécialisées - une par corps d'armée - « destinées exclusivement à opérer » et placées juste en arrière des lignes, à une distance comprise en 15 et 30 km des combats, selon que la guerre soit de position ou de mouvement. Et la commission détaille le fonctionnement et la composition de ces formations sanitaires chirurgicales qu'elle imagine mobiles, sur modèle de celle, en cours d'expérimentation à la 1ère armée, dirigée par Antonin Gosset, titulaire d'une des 4 chaires de chirurgie parisienne et mobilisé comme médecin-major. Adjointes au groupe des ambulances d'armée, elles seront équipées d'une salle d'opération mobile (qu'on appellera « *autochir* ») de type Marcille (la première du genre, dont l'expérimentation suscite de vives oppositions¹¹¹), d'une section d'hospitalisation de cent lits (5 tentes transportables par automobiles). Quant au personnel, il devra être choisi parmi « les chirurgiens de carrière les plus qualifiés » auxquels on confiera la surveillance chirurgicale des ambulances du corps d'armée ou de la division. Celui-ci devra être épaulé par un « *chirurgien en second* » choisi parmi les « *prosecteurs ou chefs de clinique* » et trois aides sélectionnés parmi les « *internes en exercice ou les anciens internes* » compléteront ces équipes chirurgicales d'urgence.

Avec les ambulances chirurgicales mobiles dont elle demande la généralisation, la CSCSSM plaide pour le retour, sous une forme modernisée, plus souple, des hôpitaux de campagne, supprimés par le règlement de 1910. Car il s'agit bien d'opérer et d'hospitaliser à l'Avant les intransportables et d'y créer, en arrière des lignes, une « *grande zone d'hospitalisation* », un « filtre » entre l'avant et l'intérieur. La mesure met donc directement en cause la doctrine de l'évacuation à outrance, contestée depuis octobre-novembre mais toujours effective. Bien qu'elle s'en défende, la commission se positionne donc sur des questions d'ordre thérapeutique et, contre les « *abstentionnistes* », elle prend fait et cause pour les « interventionnistes » (dont sont Hartmann et Delbet). À l'inaction thérapeutique légitimée par les conditions du terrain, elle oppose la possibilité d'une transformation même de ces conditions. Derrière ce qui est présenté comme une simple transformation organisationnelle frappée du sceau de la raison et du bon sens - il faut s'adapter et « *apprendre de la guerre* » - la commission prend en réalité des positions fortes

111

et invite à subvertir les règles en vigueur dans l'institution militaire. C'est plus net encore avec la question de l'affectation des personnels où il s'agit sans ambiguïté de faire primer la logique médicale sur la logique réglementaire, et pas uniquement pour les ambulances.

Ce dernier point constitue le sixième chantier et, à mon sens, le fil conducteur du programme. Six des vingt avis concernent les nominations, les affectations et « *l'utilisation des compétences* », véritable leitmotiv qui revient quel que soit le problème posé et les solutions proposées. Pour la CSCSSM il n'y a aucun doute, les affectations des médecins et chirurgiens du cadre complémentaire (civils mobilisés) souvent faites en dépit du bon sens au début de la guerre ont été la cause « *de douloureuses et coûteuses erreurs* ». Évoquant une « *enquête formellement concluante* » - dont je n'ai pas trouvé trace - le rapport rappelle que c'est justement pour y remédier qu'est intervenue la décision ministérielle du 12 décembre 1914 visant à faire affecter dans les formations sanitaires de l'armée des « *chirurgiens de métier* » dont les « *compétences reconnues* » seraient utilisées « *au mieux des intérêts des blessés* ». Et si depuis lors « *la page est tournée* » il faut cependant travailler sans relâche « *à l'œuvre rationnelle dont la nécessité est manifeste* », « *la réaliser d'urgence* » et « *remettre partout les hommes et les choses à leur place* » ! En quoi consiste-t-elle cette remise en ordre à laquelle appellent les membres de la commission Freycinet, cette « réforme » dont il faut « *hâter très activement le mouvement* » ?

D'abord il faut généraliser à tous les médecins et spécialistes - « *ophtalmologistes, laryngologistes, dentistes* » - le principe adopté pour les chirurgiens, et la CSCSSM s'appuie sur ce point sur le vœux émis en ce sens par la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, groupe de pression des plus prestigieux et des plus puissants qui porte les intérêts des agents appartenant au centre parisien du pouvoir dans le champ médical¹¹². Mais il ne suffit pas de dire qu'on va recourir aux médecins et chirurgiens de carrière que « *désignent plus particulièrement leur science et leur expérience* ». Pour les affecter « *aux postes ou il est*

¹¹² La SMHP est fondée en 1849 par les médecins des Hôpitaux de Paris et compte alors 67 membres. Sa création est concomitante et étroitement liée à celle de l'Administration générale de l'Assistance Publique de Paris. Le gouvernement de la II^e République avait, par la loi du 10 janvier 1849, réuni en une seule administration les trois institutions jusque-là indépendantes qui, depuis l'Ancien Régime, se partageaient à l'assistance aux malades, aux infirmes, aux vieillards et aux enfants abandonnés : l'Hôtel-Dieu, les hôpitaux réunis sous le nom d'Hôpital Général et le Grand Bureau des Pauvres (Bureau Central). L'article 6 de la loi stipulait que les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices seraient nommés au concours, procédé de sélection réservés jusqu'alors aux seuls médecins du Bureau Central. Le nouveau régime créait donc un corps des Médecins des Hôpitaux de Paris, homogène par son origine et par son statut. La SMHP prend alors le relais de l'Association des médecins du Bureau Central comme organe de représentation des intérêts des hospitaliers de l'AP. Née avec la seconde république elle soutient de la III^e et est reconnue d'utilité publique par décret le 12 décembre 1888. En 1915, elle tient une séance hebdomadaire (le vendredi) et compte 171 membres titulaires (dont Landouzy), 20 membres honoraires et 73 correspondants. Voir SMHP, *Bulletin et mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tome XXXVII, 3^e série, Paris, Masson & C^{ie} éditeurs, 1914, p. VIII-XII.

logique, rationnel qu'ils exercent leur art », il faut déjà déterminer les postes et les emplois où ces agents doivent être employés (*i.e* ce n'est toujours pas fait) - à tous les niveaux de la chaîne d'évacuation et du dispositif d'hospitalisation et réviser la liste des chirurgiens, truffée d'erreurs, que le ministère a fait établir, à la hâte, par les DRSSM¹¹³. Outre les réorganisations déjà exposées, la CSCSSM demande que la création de « grands centres de spécialités » soit poursuivie et accélérée pour qu'on puisse y répartir les médecins du cadre de complément en fonction leurs « compétences professionnelles » et de leur « valeur scientifique ». Mais il y a plus, faire appel aux « capacités civiles » n'a de sens que si on les dote « des attributions indispensables » à leur fonction. En d'autres termes, la compétence doit présider aux affectations mais aussi à l'attribution des grades. La commission juge :

« indispensable de conférer des grades plus élevés aux chirurgiens et aux médecins affectés aux postes où s'exercent le plus utilement leurs capacités et leur expérience pour le plus grand bien des blessés ».

Et la mesure ne concerne pas seulement les patrons et chefs de service de la médecine hospitalière. La commission demande également que les internes (en médecine et en chirurgie) « nommés au concours dans villes de facultés et ayant douze inscriptions » (3 ans) soient nommés aides-majors (lieutenant) ou assimilés pendant la durée de la guerre¹¹⁴. Sans doute faut-il voir là l'œuvre d'Hartmann qui préside l'Association corporative des internes en exercice.

Mieux, tout en indiquant qu'il ne lui appartient pas d'en décider, elle propose une « classification » et un « plan de répartition » des professeurs, agrégés et internes, qui concurrencent ceux établis par la 7^e direction. Aux chirurgiens et médecins les plus expérimentés reviendraient la direction des formations de l'avant, celle des services des gares régulatrices sanitaires et des « hôpitaux fixes » de la ZA destinés à l'hospitalisation des grands blessés et « malades graves » (*i.e* les contagieux). Les « autres chirurgiens et médecins » seraient eux affectés aux ambulances et aux hôpitaux d'évacuations quand les « internes des hôpitaux des villes de faculté » seraient utilisés dans les ambulances, comme assistant dans les formations de l'avant et les hôpitaux des régulatrices et au service régimentaire. Quant aux médecins civils n'ayant pas effectués leur période de préparation militaire mais demandant à bénéficier de l'instruction du 12 décembre 1914, ils doivent être incorporés dans les sections d'infirmiers et « immédiatement employés comme

¹¹³ Hartmann et Delbet se chargeront de la révision de la première liste de 1 335 noms en utilisant comme base l'annuaire de la Société Nationale de Chirurgie dont le titre de membre est considéré comme un indicateur fiable de « valeur professionnelle ».

¹¹⁴ Huit villes disposent alors d'une faculté de médecine ou d'une faculté mixte (médecine et pharmacie) : Paris, Lyon, Bordeaux, Montpellier, Strasbourg, Lille, Toulouse et Alger.

médecins » dans les formations sanitaires de la région. Ces principes de répartition sont également valables pour les pharmaciens afin de « *donner satisfaction aux besoins reconnus* ». Pour compléter ce dispositif chaque régiment devra en outre accueillir un chirurgien dentiste et un corps d'armée (à désigner) devra enfin procéder à l'essai d'une « automobile dentaire » ; les DRSSM, de leur côté, sont invitées à recourir massivement aux « *écoles dentaires* ».

Enfin, la CSCSSM demande la création de services (à l'avant) et de centres (à l'intérieur) de spécialités. La chose n'est pas nouvelle dans le sens où dès octobre le SSM du gouvernement militaire de Paris, à mis en place des centres d'ophtalmologie. Mais à l'Avant, la répartition des blessés se fait toujours selon le principe de classement binaire : blessés/malades auquel correspond une organisation duale en secteurs chirurgicaux / secteurs médicaux. Or dans le rapport Reinach, il s'agit de faire de la spécialisation un véritable principe de répartition des blessés et malades et des « *compétences* », les deux étant intrinsèquement liés dans l'argumentaire réformateur. Et la commission donne une liste de ces spécialités qu'elle entend voir prendre corps dans l'appareil de soin militaire. Se faisant, elle donne à voir ce que l'élite hospitalo-universitaire considère comme des domaines de juridiction bien définis, relativement stables et légitimes : « *neuropathologie, psychiatrie, bactériologie, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, urologie, stomatologie, électrothérapie, physiothérapie, radiologie* ». Pourtant, ces « spécialités » sont loin d'être toutes reconnues par l'APP et la Faculté qui tentent de résister à cette dynamique de différenciation interne au champ médical parce qu'elle menace l'unicité de la clinique et suppose de mettre à disposition des moyens en créant les services indispensables aux enseignements. En réalité ces domaines de pratique spécialisés que la commission présente de manière indifférenciée, sur un pied d'égalité en quelques sorte, connaissent des degrés d'institutionnalisation (et donc de légitimité) très différents. Signe d'une institutionnalisation réussie, la neuropathologie, l'ophtalmologie et la clinique des maladies urinaires disposent respectivement de chaire depuis 1882, 1890 et 1901 quand la psychiatrie est tout entière structurée hors de l'université dans le sous-champ, largement autonome, de la médecine asilaire. À l'inverse, la bactériologie et la radiologie, en pleine expansion en Grande-Bretagne en Allemagne, demeurent, en France, cantonnées au statut d'enseignements complémentaires. Les « experts » de la commission voient-ils dans la prise en charge des blessés et malades de guerre une opportunité pour accélérer l'institutionnalisation de certains domaines de pratique ? La question mérite d'être posée et on reviendra plus avant dans ce travail sur la relation dialectique qu'entretiennent processus de spécialisation et dynamique de réforme.

En définitive, l'analyse du rapport nous éclaire déjà sur ce que réformer veut dire pour la CSCSSM. La feuille de route qu'elle remet au ministre met alors doublement en

jeu l'institué : elle sape les fondements de la doctrine (Millerand) qui soumet la ZA au seul contrôle du commandement - dont le rapport met en cause la responsabilité de manière sous-jacente à plusieurs reprises -, et elle délégitime le fonctionnement réglementaire du SSM - qu'il faut simplifier, « *débureaucratiser* » - et son organisation. Mieux, avec le traitement chirurgical et l'hospitalisation des blessés à l'Avant, le primat de la compétences et des aptitudes professionnelles sur le grade et l'affirmation de la spécialisation comme principe de répartition des blessés, les « capacitaires », les « experts » de la commission produisent un récit réformateur qui affirme la nécessité d'un retour à la division fonctionnelle du travail, aux logiques, normes et hiérarchies qui, en temps de paix, régissent les rapports internes au champ médical car c'est bien lui qu'il s'agit de « remettre à l'endroit », et d'abord en restaurant l'autonomie clinique et thérapeutique des praticiens, des « compétences » qui ont investi la médecine de guerre. Et pour la commission, ce qu'elle présente comme « une rationalisation » est une condition de félicité de l'ensemble du programme.

2.2 Les commissions d'enquête de la Chambre et du Sénat : au-delà du contrôle parlementaire, une autre raison réformatrice

Si la CSCSSM a réussi à prendre de vitesse la commission d'hygiène, la manœuvre initiée par Millerand lui échappe en partie et échoue par ailleurs à stopper l'entreprise de disqualification qui se poursuit dans la presse politique¹¹⁵. Surtout, le programme de réforme incisif élaboré par la commission n'endigüe pas les velléités de contrôle parlementaire. Un mois après la présentation du rapport Reinach la CHP dépose à son tour un rapport.

2.2.1 La commission d'hygiène publique de la Chambre : légitimité politique contre légitimité experte ?

Rendu public au printemps 1915, il est portée par six députés : son président, Henri Doizy, qu'on ne présente plus, Jean Marie Guiraud (1857-1942), Georges Legros (1861-1940), Fernand Merlin (1868-1937) Henri Pottevin (1865 -1928) et Louis Navarre (1853-1921). L'ancrage politique de la commission est donc nettement « à gauche » : Navarre et Doizy sont socialistes, Guiraud, Merlin, Pottevin siègent dans les rangs des républicains et radicaux socialistes et Legros dans ceux de la « gauche radicale ». Tous sont médecins de formation et à l'exception de Legros – « médecin de campagne¹¹⁶ » - ils ont tous exercé

¹¹⁵ En mars, L'Humanité publie le «Carnet de guerre d'un infirmier militaire». Le témoignage d'Henri Roche paraît en feuilleton (14 épisodes du 7 au 23 mars) et, en dépit des nombreux caviardages de la censure, il jette une lumière crue sur les absurdités quotidiennes de la vie d'infirmier.

¹¹⁶ Sur Legros voir Anne Marie Slézec, *Médecin au Front*, Paris, Sutton éditions, 2018. L'ouvrage s'appuie sur les écrits de Legros : ses carnets et sa correspondance notamment, mais l'auteure n'indique jamais ce qui

des responsabilités dans des institutions locales ou nationales relevant de la médecine sociale, position à partir de laquelle ils sont entrés en politique comme maires et/ou conseiller généraux. Guiraud est chirurgien en chef de l'hospice-hôpital de la petite commune de Lavarat dans le Tarn (dont il devient maire), Merlin est médecin du bureau de bienfaisance (1894), puis de la prison de Saint-Etienne (1907) et membre de la commission d'hygiène de la Loire. Pottevin, lui, a le profil de l'expert. Médecin, chimiste et biologiste, cet ancien de Normale, passé par Polytechnique, entre en 1891 (comme agrégé préparateur) au laboratoire de Louis Pasteur à l'Institut (1891-1895). En 1900, il devient directeur du Bureau d'hygiène du Havre et, neuf ans plus tard, secrétaire général puis directeur-adjoint de l'Office international d'hygiène publique¹¹⁷. Quant à Navarre, c'est un ancien médecin inspecteur des écoles, membre du conseil de surveillance de l'Assistance Publique, qui totalise « 22 ans de pratique médicale ». En 1915, il est, par ailleurs, président du conseil municipal de la capitale.

Moins prestigieuses que celles d'un Hartmann ou d'un Delbet parce qu'elles s'inscrivent dans l'espace dominé du champ qu'est la médecine publique, les appartenances des membres de la CHPC montrent cependant qu'elle aussi, en complément de la légitimité politique d'élus rompus au travail « de terrain », mobilise la compétence technique et que la CSCSSM n'en a pas le monopole. Enfin, autre point de convergences de ce portrait de groupes et non des moindres, 4 des 6 députés-enquêteurs au moins connaissent « de l'intérieur » le SSM en ce début 1915¹¹⁸. Georges Legros (52 ans), Jean-Marie Guiraud (57 ans) et Henri Pottevin (49 ans), qui en ont terminé avec leurs obligations militaires respectives sont « engagés volontaires ». Le premier est médecin major 2e classe de l'active dans une ambulance chirurgicale, le second, lui aussi médecin-major de 2e classe, est chef de l'hôpital temporaire n°11 de la 12^e RM à Limoges¹¹⁹ et le troisième est médecin aide-major de 1^{ère} classe (territoriale) et rejoint (à une date inconnue) la direction des recherches scientifiques et industrielles et des inventions. Quant au militant de la LDH Henri Doizy, âgé de 45 ans, il aurait été envoyé dans une ambulance¹²⁰ et ferait ainsi parti des 253 parlementaires mobilisables (sur 291)

préside à la sélection de tel ou tel extrait, et ne présente pas le corpus. En d'autres termes, l'ouvrage est inexploitable en l'état ou presque mais il a le mérite de mettre en lumière ses archives « oubliées » réapparue avec le transfert du fonds Fabre à la Bibliothèque Centrale du Muséum, à Paris en 2003. Voir la présentation des « archives Jean-Henri Fabre » dont Georges Legros fut à la fois l'ami et le biographe : <http://www.calames.abes.fr/pub/ms/FileId-1861>.

¹¹⁷ Voir sa biographie sur le site de l'Institut Pasteur <https://webext.pasteur.fr/archives/poto.html>.

¹¹⁸ Je n'ai rien trouvé sur une éventuelle mobilisation de Fernand Merlin mais, sauf réforme, il aurait dû l'être puisqu'il était âgé de 46 ans en 1914.

¹¹⁹ Installée à l'École Normale d'Institutrices la structure compte 124 lits et fonctionne du 20 août 1914 au 31 août 1916 avant d'être transférée au Service de Santé américain.

¹²⁰ Sa notice biographique dans le dictionnaire des parlementaires français 1889-1940, tome IV, op-cit, p. 1459-1460 mentionne sa mobilisation et Gille Manceron précise l'affectation, mais je n'ai trouvé aucun élément permettant de compléter un minimum et on ne sait pas quel poste il occupe, ni le temps qu'il y

qui ont rejoint les armées au début de 1915¹²¹ parmi lesquels, 31 des 115 « médecins-législateurs »¹²² : 8 sénateurs (sur 9 mobilisables) et 22 députés¹²³. Le fait pourrait passer pour anecdotique s'il ne marquait pas, là encore, une forme de déssectorisation, de décloisonnement du monde militaire. La CHP n'est pas étrangère aux questions de santé militaire certes, on a vu qu'elle avait, ou tentait d'avoir, un rôle de premier plan avant la guerre. Ce qui change ici, c'est que ses membres ne se rendent plus (pas seulement) aux armées investis d'un rôle officiel dans le cadre d'inspections soigneusement planifiées par le commandement qui les autorise et les encadre. Parce que certains d'entre eux sont mobilisés dans le corps de santé, les médecins-législateurs de la commission ont une connaissance partielle mais directe de ce qui se passe.

Et ce n'est pas le seul mode de connaissance dont ils disposent. Outre cette expérience directe, cette connaissance intime de l'institution SSM, le chapitre précédent a montré comment leurs réseaux d'information ordinaires, déstructurés par la mise en guerre, pouvaient se reconstituer, notamment par la correspondance. Enfin, en dépit de l'antiparlementarisme des fractions conservatrices de l'armée pour lesquelles, comme l'écrivait en 1924 le député socialiste Léon Accambray (1868-1934) « [...] *c'est une tare et la pire des tares que d'être parlementaire, surtout appartenant aux fractions avancées du parti républicain* [...] »¹²⁴, les travaux de Fabienne Bock et Nicolas Rousselier rappellent l'étroitesse des relations entre les milieux parlementaire et militaire :

« De ces liens noués ou renoués entre généraux et parlementaires pendant les premiers mois de la guerre, liens personnels qui recourent parfois les clivages politiques et surtout religieux, il restera pendant toute la durée de la guerre un réseau, non pas véritablement de clientélisme, mais d'information parallèle. Les journalistes pamphlétaires et très anti parlementaires diront que chaque général a son défenseur au Parlement ou inversement que chaque parlementaire a son informateur aux armées. La plupart des parlementaires se serviront des informations qu'ils reçoivent à titre personnel - mais qui sont évidemment destinées à un usage public [...] »¹²⁵.

reste. Gilles Manceron, « La Ligue des droits de l'homme dans la Grande Guerre : entre pacifisme et défense nationale », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 2015/127, [<http://chrhc.revues.org/4269>] (consulté le 12 septembre 2016).

¹²¹ D'après les chiffres transmis par 1^{er} bureau au GQG en charge de la mobilisation. Voir SHD 16N42/4. Charles Ridet donne des chiffres différents : 148 députés auraient rejoint leur affectation sur 291 mobilisables in Charles Ridet, *Les embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 102.

¹²² En 1914 J.D Ellis compte 56 députés « médecins » (sur 170 candidats) et Isabelle Cavé (p.107) 64 (sur 613 sièges soit 10.44%). Mais Ellis et Cavé ne comptent pas tout à fait, la même chose. Le premier se limite aux médecins tandis que la seconde intègre les pharmaciens (Voir p. 21-22 pour ses modes de calculs et ses sources). Cavé identifie par ailleurs 51 médecins-sénateurs (en 1912). Dans ce cas le total serait (d'environ) 115 « médecins-législateurs » dont 31 mobilisés. Voir J.D Ellis *Physician legislator*, *op.cit.*p. 89 et Isabelle Cavé, *Les médecins législateurs et le mouvement hygiéniste sous la IIIe République*, p.108.

¹²³ Fabienne BOCK, *Un parlementarisme de guerre 1914-1918*, Belin, Paris, 2004, p. 112.

¹²⁴ Léon Accambray, *Qu'est-ce que la République*, 1924, p 324.

¹²⁵ F. Bock, *Un parlementarisme de guerre*, *op. cit.*, p.68.

Résultat des « enquêtes » menées par des députés qui sont « accompagnés » (contrôlés ?) par Chavasse et dont on peut penser qu'elles ont été dument annoncées, le rapport de la CHP est donc aussi le produit de ces modes de connaissance en partie liés au décloisonnement de l'institution militaire qu'on évoquait plus avant (parlementaire mobilisés et correspondance avec la clientèle politique mobilisée) et à des mécanismes insaisissables dans les archives du SHD ou du Val-de-Grâce mais que les historien.nes du fait parlementaire connaissent bien (la porosité de ces deux espaces du champ du pouvoir que sont l'armée et le Parlement).

Avant d'en présenter le contenu, il faut préciser qu'il existe plusieurs versions successives du rapport, deux au moins, peut-être trois. L'ouvrage de commande *Sciences et Dévouement* (tout un programme), qui retrace l'histoire de la santé en guerre du point de vue réformateur, évoque un rapport daté du 27 avril que je n'ai pas vu et dont il n'est fait mention nulle part ailleurs à ma connaissance¹²⁶. On trouve en revanche dans les archives du Val-de-Grâce (carton 574) une version datée de mai 1915 sur laquelle figure, en haut à gauche de la première page, la mention manuscrite :

« Édition expurgée des points ou critiques visant les autres directions étrangères au service de santé. Remise au ministre le 18 juin 1915 ».

S'il est impossible de savoir qui est l'auteur de cette note, la version expurgée existe bien¹²⁷ et manifestement elle a été remise au ministre avant le 18 juin¹²⁸. Sur la page de garde de cette dernière version - titrée « *Rapport Général [...] sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé* » - un *nota* indique que le ministre propose aux commissaires de faire paraître le rapport à l'Officiel le 16 juin mais, la précision à son importance, cette parution qui implique une réponse de la part du gouvernement n'a pas eu lieu. La comparaison entre ces deux versions permet de voir que quatre paragraphes concernant la direction des chemins de fers ont été supprimés et que l'introduction « à charge » de la première (ou seconde) version (celle de mai) est nettement euphémisée. Au final, il y a toutefois peu d'écart quant aux verdicts énoncés à l'endroit du service de santé¹²⁹.

Mais il y a plus. Au regard de la composition de la CSCSSM, on voit bien que c'est une autre fraction du champ médical qui s'exprime à travers la CHP et le processus

¹²⁶ Science et Dévouement, Le service de santé militaire et la Croix-Rouge pendant la Grande guerre, Paris ? Aristide Quillet, 1918, p.93-97.

¹²⁷ Voir des mêmes auteurs le rapport de la CHP conservé au SHD en 6N14.

¹²⁸ La mention manuscrite comporte sans doute une erreur, la version date probablement du 15 mai et non 15 juin.

¹²⁹ Par conséquent, j'ai utilisé, la version conservée au VdG (celle de mai) et non celle remise au ministre. Moins contrainte, elle offre un éclairage plus net sur les logiques à l'œuvre chez les partisans d'une réforme de la santé en guerre.

d'élaboration de la réforme fait l'objet de luttes internes au champ médical (pour le monopole du discours légitime sur la réforme) à mesure que celle-ci devient un objet consensuel, un mot d'ordre. Le « clivage » qui se dessine en l'espèce oppose les élites hospitalo-universitaires aux fractions plus dominées appartenant au sous espace de la médecine publique. Bien qu'on ne puisse pas y répondre ici (c'est une autre enquête) la question se pose d'ailleurs de savoir en quoi un médecin devenu député (ou Sénateur) est encore un médecin ? Certains exercent bien pendant la guerre à l'image de Legros, mais qu'en était-il en temps de paix ?

2.2.2 Un autre discours de la réforme ?

Bien que ses auteurs s'en défendent (« *nous n'allons pas nous livrer à des critiques rétrospectives* ») le rapport débute par un inventaire des défaillances du SSM au début de la guerre :

« Aucune organisation rationnelle des transports (responsabilité du 4^e bureau) - aucune préoccupation des besoins dans la répartition numérique des médecins - aucune conception nette des nécessités chirurgicales - aucune base scientifique ni pratique dans la répartition et les affectations des médecins et chirurgiens d'après leur aptitudes ; tel est le chaos, telle est l'incohérence au milieu desquels s'est débattu le Service de Santé les premiers mois des hostilités. [...] Défaillante dès les premières épreuves, l'organisation actuelles [...] datant de 1910, n'a pu faire face aux exigences de la situation ».

Pour les hommes de la CHP, la preuve des dysfonctionnements du SSM lors des premiers mois de guerre n'est plus à faire, - « tout le monde le sait » et les explications que lui fournit son Directeur, auditionné en lieu et place du ministre, sont jugées peu convaincantes et justifient les enquêtes et les prescriptions qui en résultent. Organisés en dix sections d'importance inégale, le rapport s'organise en réalité autour des trois enjeux qui polarisent les prises de positions entre septembre et décembre : la lutte contre les maladies épidémiques (prévention plus que traitement), l'évacuation des malades et blessés et ... « l'utilisation des compétences ».

Dans ses premières pages, le rapport insiste sur la nécessité de faire appliquer les règlements et mesures relatives à l'hygiène générale, sur la nécessité de se donner les moyens « *de réaliser une bonne hygiène* ». Sur ce point les cantonnements français sont encore loin des « *camps anglais* », érigés en modèle tant ils ont « *frappés* » les enquêteurs « *par leur décence et leur bonne tenue* » (p.2). Désinfection et « *soins méticuleux de propreté* » des locaux, bonne installation et entretien des feuillés, luttes contre les mouches et les moustiques ou épurations des sols par enterrements et/ou incinération des

cadavres¹³⁰, la liste des « *moyens généraux* » (simples et peu coûteux) de prophylaxie est précise et rejoint les conclusions du rapport Roux-Vaillard-Laveran : les recettes sont connues, les commandements des différentes armées doivent les appliquer. À l'hygiène des lieux de vie doit répondre le développement de l'hygiène corporelle qui passe par des « *toilettes journalières* » (notamment des mains), la fourniture d'une « *brosse à dent* » et l'amélioration des dotations en vêtements de manière à ce que les hommes puissent « *changer fréquemment de linges* ». Chantier des plus prioritaires alors que les hommes stationnent en grand nombre aux mêmes endroits : la stérilisation des eaux. La commission recommande la mise en œuvre du « système des barriques » -sur le modèle de celui utilisé au Lycée Buffon - qui fonctionne très simplement (par évaporation-condensation) et permet de fournir « *10 000 litres d'eau stérilisée* » par jour.

Les députés reconnaissent toutefois que des mesures ont bien été prises depuis l'entrée en guerre. L'instruction du QGQ du 4 novembre, rectifiée le 25 janvier (dans le sens des conclusions de la mission Roux ?) est « *parfaitement conçue* ». Reste que le gouvernement par la circulaire a ses limites et qu'il est nécessaire « *de tenir la main à l'exécution des prescriptions du service de santé* » (p.5). Dans certains cantonnements (non cités) l'instruction en question reste lettre morte, les commissions de salubrité (art 49 du règlement du SSM) ne fonctionnent pas et « *les sections d'hygiène et de prophylaxie sont trop éloignées* ». Il faut parfois jusqu'à trois semaines pour obtenir les résultats des analyses bactériologiques, les feuillés sont inexistantes, mal entretenus ou mal placés (à quatre mètres des cuisines dans un cas, précise le rapport). Quant aux douches, malgré les modèles « *très simples d'appareils [...] communiqués aux commandants d'unité* », elles restent rares.

Si les commissaires disent ne pas vouloir donner « *un programme général de mesures à prendre pour la prévention et le traitement des maladies infectieuses* » les six pages qu'ils consacrent à la prophylaxie des maladies contagieuses y ressemblent fort. Distinguant la situation « *des armées d'opération* » de celle des « *troupes de l'intérieur* », les hommes de la commission se concentrent sur la fièvre typhoïde et les infections para-typhoïdiques « *les seules [...] qui aient donné lieu à des poussées sérieuses* » en zone des armées. La typhoïde et les affections intestinales ont une double origine : la contamination hydrique d'une part puisque les hommes consomment des eaux non ou mal épurées, la contamination directe d'autre part, car la grande promiscuité dans les cantonnements et les tranchées facilite la dissémination de « *l'infection fécale* » (p.6). Si les laboratoires d'armées consacrent bien une partie de leur temps à l'analyse des eaux, leur travail « *vu le mouvement incessant des*

¹³⁰ Sur l'histoire de l'administration des cadavres pendant la guerre et ce qu'il appelle « l'utopie crématoire » voir V. Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p. 403-418.

troupes » est en partie vain quand il n'inspire pas une « *confiance trompeuse* ». La seule solution technique fiable et qui doit être partout employée, c'est l'épuration des eaux d'alimentation par javellisation ou ébullition. Une circulaire de Chavasse (15 décembre 1914) prévoit en ce sens la création « *d'équipe spéciales* » chargées de l'épuration des eaux et de l'hygiène des cantonnements. Les députés soutiennent la mesure à conditions que soient constituées des équipes spécifiques pour ces deux types de travaux qu'il convient de bien différencier. Le commandement en revanche – parce qu'il craint de « *distraindre un trop grand nombre d'hommes des formations de combat proprement dites* » - s'y oppose. Les hommes de la commission proposent alors de recruter parmi les hommes du service auxiliaire voire parmi les non-mobilisés (p. 7-8), solution de « *bon sens* » là encore, qui permettrait de circonscrire au mieux le risque épidémique sans contrevenir aux intérêts du commandement.

L'assainissement du milieu ne saurait toutefois suffire et en promoteurs fervents d'une médecine des grands nombres à laquelle ils ont consacré une partie de leur vie, les enquêteurs de la CHP plaident pour meilleure application de l'obligation vaccinale. Ils reconnaissent l'efficacité des services de santé des armées qui ont mené une campagne d'inoculation systématique (qu'impose du reste la loi Labbé du 28 mars 1914) mais précisent que la vaccination aux armées « *ne peut être qu'un pis aller* ». C'est en amont, dans les dépôts, « *avant le départ pour le front* » que les recrues doivent être vaccinées. (p.8). Très récent (entre 1910 et 1914) le tournant vaccinal de la politique de santé militaire est toutefois loin de faire l'unanimité. À dire vrai, la défiance à l'endroit du vaccin est sans doute l'une des choses les mieux partagées par les troupiers (qui redoutent l'inoculation), les médecins (qui sont encore nombreux à la juger dangereuse) et le commandement (pour lequel sa mise en œuvre est une contrainte)¹³¹. Sur ce point la CHP fait front commun avec le ministre auquel elle demande cependant de veiller à la stricte application de ces prescriptions.

Si elle « *se déclare satisfaite* » des mesures prises contre la typhoïde, la commission porte en revanche un regard sévère sur la gestion de la menace tétanique. Deux points posent particulièrement problème. D'abord, les enquêtes menées, notamment à Paris, montrent que les injections préventives n'ont pas toujours été réalisées dans de bonnes conditions et que la fiche spéciale dont doit être munis chaque militaire n'est souvent pas ou mal remplie. Mais la CHP juge surtout « *inadmissible qu'après plus de huit mois de guerre* » la « *production nationale* » ne parvienne pas à couvrir les besoins. Cette fois, se sont bien les prévisions de la 7^e direction qui sont en cause. Celle-ci avait anticipé 3 000 doses par jours, prévision « *beaucoup trop faible* » si on la compare au nombre de blessés

¹³¹ Voir A. Rasmussen, « À corps défendant » *op. cit.* p. 41-48. Voir aussi son HDR, *op. cit.*

des sept premiers mois de guerre¹³². Pour les commissaires, il faut atteindre au plus vite 4 000 doses par jour en « *considérant qu'il s'agit là d'un minimum absolu* » (p.10).

Pour les troupes de l'intérieur, la situation et les enjeux sont différents. Moins éprouvées par les maladies intestinales, elles sont atteintes par des épidémies de « fièvres éruptives » ; rougeole, scarlatine, méningite cérébro-spinale etc. Mais la situation est d'une certaine manière plus problématique encore qu'en zone des armées du fait de la contiguïté sanitaire entre les populations militaires et civiles dans un moment où la zone de l'intérieur manque de plus en plus de médecins. La CHP rappelle alors ce qu'elle dit depuis dix ans : la prophylaxie des épidémies passe par l'hygiène des casernements et par un entraînement raisonné, « *méthodique* » qui évite « *tout surmenage* ». Surtout, elle insiste sur ce qui sera l'un des plus gros défis de la politique sanitaire pendant la guerre : il faut faire collaborer les services prophylactiques civils et militaires dans le cadre de la loi de santé publique de 1902¹³³. En la matière, il s'agit d'agir au plus vite, et le rapport précise que les mesures doivent être prises dès l'observation d'un cas clinique sans attendre les résultats des analyses menées en laboratoire, résultats dont on a dit qu'ils pouvaient se faire attendre parfois plusieurs semaines. La précision a ceci d'intéressant qu'elle nous éclaire sur la manière dont les rapporteurs appréhendent les hiérarchies entre les spécialités. En matière de médecine fut-elle publique le laboratoire est au service de la clinique et non l'inverse, la bactériologie est une science auxiliaire et doit le rester. Ce court développement informe aussi sur les stratégies d'inertie à l'œuvre dans l'armée et montre que les instruments et mode d'administration de la preuve qui ont accompagné et servi la montée en puissance de la logique préventive peuvent être retournés contre elle : attendre la confirmation du diagnostic par l'analyse bactériologique c'est une manière de reculer la mise en œuvre de mesures jugées couteuses (en temps et en hommes) par une partie des officiers de commandement. Enfin, les médecins-députés insistent sur la nécessité d'isoler dans la durée les contagieux qui leur paraissent « *trop tôt mêlés aux autres aux blessés* » (p.11). Isolement qu'il faut d'urgence mettre en place en l'accompagnant d'une surveillance étroite des prisonniers allemands dont les « commissaires » pensent qu'ils constituent le foyer d'une future réapparition de l'épidémie de choléra (qui avait frappée l'armée austro-hongroise en 1914). Enfin, la CHP prône un renforcement des moyens matériels et humains des laboratoires d'armée. On pourrait y rattacher les sections d'hygiène et prophylaxie et, surtout, s'efforcer de créer une synergie entre ceux-ci et les médecins régimentaires, « *un contact plus étroit et plus*

¹³² Les hommes de la CHP estiment donc que d'août à décembre, les pertes sont supérieures à 3000 blessés par jour (en moyenne). Autrement dit, alors que l'armée ne communique pas ses chiffres (chapitre 4) les députés, eux, considèrent le chiffre de 630 000 blessés en 7 mois comme un minimum.

¹³³ Sur ce point voir V. Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p. 99-103 et p. 423-450.

fréquent en détachant [...] auprès d'eux des hygiénistes, des bactériologistes, des chimistes et des géologues, dont les avis seraient toujours plus fructueux » (p.12). Là encore, c'est la logique de la compétence, entendu comme savoir spécialisé, qui doit primer sur le fonctionnement réglementaire, ordinaire, de l'armée.

Second point central dans le rapport, la question de la relève et du transport des blessés. C'est l'un des aspects sur lequel le document remis au ministre a été expurgé. Les développements relatifs à la gestion des brancardiers (notamment des groupes de brancardiers de corps d'armée) et aux déficits de personnels subalternes (infirmiers) ont disparus dans la version de juin¹³⁴. S'il n'y a rien dans ces lignes qu'on ne sache déjà, elles confirment à nouveau le rôle des médecins dans la construction du problème « *service de santé* » ; ce sont eux qui informent les députés de la CHP des dysfonctionnements du SSM en matière de relève et d'évacuation (p.12 et 13).

Sur la question de l'administration des blessés, la commission rappelle comment la doctrine de l'évacuation à outrance a fait long feu et les lignes qu'elle y consacre sont sans équivoque, sa faillite ne souffre plus discussion et deux séries de mesures s'imposent. D'abord, il faut impérativement accélérer le transport des blessés et, pour se faire, doter les corps d'armée de véhicules automobiles « *strictement affectées au seul service de santé* » et il faut mettre en place un véritable dispositif chirurgical à l'Avant. Le rapport est sur ce point en totale adéquation avec les prescriptions du rapport Reinach quoique plus maximaliste : la CSCSSM demandait 60 automobiles par CA, la CHP en demande, elle, 90. En dépit de différences notables dans les solutions proposées, les diagnostics et les conclusions des deux commissions convergent : il ne s'agit pas de proposer « *des améliorations de détail à un service défectueux, c'est l'ensemble de l'organisation qui doit être modifié* ». Dans les deux cas, les enquêteurs insistent sur la nécessité de créer et/ou de généraliser les structures de chirurgie à proximité des lignes, réforme indispensable pour traiter rapidement les blessés graves qui « *ont besoin d'une intervention immédiate* ». Pour y parvenir il faut bien sûr trier les blessés en fonction des degrés de gravité des blessures et donc faire de la logique clinique le principe fonctionnel qui ordonne les évacuations.

Si les hommes de la commission Freycinet privilégient l'option « auto-chir », la commission d'hygiène demande, elle, la suppression des ambulances divisionnaires d'active dont elle indique que seules deux sur quatre fonctionnent simultanément, immobilisant ainsi 24 médecins et chirurgiens. Elle demande que soient mises en place, à une heure d'automobile maximum des lignes (15 à 25 km), de « *véritables formations chirurgicales [...]*, importante par leur « *ampleur et leur moyens d'action* » et qui mettront

¹³⁴ Ce qui interroge parce qu'ils ne relèvent en rien d'une autre direction ministérielle.

les blessés graves « *dans les meilleurs conditions matérielles d'hospitalisation* » (p.17-20). Il ne s'agit plus de pratiquer le nettoyage chirurgical des plaies mais bien d'opérer et d'hospitaliser à l'Avant. Et le rapport de détailler ce qui ressemble fort à une version modernisée des hôpitaux de campagne : au nombre de trois par corps d'armée, ces formations de 200 lits maximum seraient placées « *sous l'autorité directe d'un médecin-chef* » et implantées « *autant que faire se peut* » à proximité des gares d'évacuation, en un lieu choisi par le médecin-chef du service de santé de l'armée. Surtout, elles disposeraient d'un personnel qualifié organisé en deux équipes composées chacune de deux chirurgiens de métiers, de dix aides bien formés, d'un pharmacien et de personnel infirmier et administratif.

Le chirurgien en chef de l'équipe doit être choisi parmi les « *professeurs ou agrégés des écoles du service de santé militaire, facultés de médecine ou écoles de médecine* » et ce sans souci du grade : « *son choix étant subordonné à son aptitude technique* ». Son second doit être choisi selon les mêmes critères parmi les « *aides de cliniques chirurgicales, les prosecteurs, aides d'anatomie, médecins des centres industriels ou autres praticiens connus comme adonnés à la pratique chirurgicale* ». Les principes de sélection énoncés ici nous renseignent ce que la « *compétence* » signifie pour ces entrepreneurs de réforme : elle renvoie à un savoir-faire spécialisé dont attestent les titres mais aussi l'expérience pratique à travers la notoriété. Quant aux « *aides* », ils seraient 6 pour assister les chirurgiens (3 par opérateurs) pendant les opérations et quatre pour effectuer, au sein de l'équipe, les « *tâches de moindre importance et les soins postopératoires* » ; tous seraient des internes et/ou d'anciens internes (p.20-21).

Au regard du dispositif imaginé par la CSCSSM, le projet de la CHP paraît plus ambitieux (600 lits de chirurgie par corps d'armée contre 100) et peut être un peu plus lourd à mettre en œuvre dans le sens où il est davantage tourné vers l'hospitalisation (formations fixes contre structures mobiles). Mais dans les deux cas, le diagnostic est partagé : le système des ambulances divisionnaires doit être réformé et la chirurgie résolument portée vers l'avant. Sous la plume des rapporteurs de la CSCSSM ou de la CHP c'est l'élaboration d'une chirurgie d'urgence qui se donne à voir. Personne ne la désigne alors comme telle mais l'idée est bien celle-là. Elle renvoie par ailleurs à d'autres projets, antérieurs à la guerre, comme les « *services hospitaliers de prompts secours* », promu dans les années 1890 (dans le cadre de la prise en charge des accidents de circulation) et auxquels Marcel Baudoin (1860-1941) fait explicitement référence dans les colonnes de la revue *Médecine internationale*.

Et la convergence ne s'arrête pas là, loin s'en faut. Les deux projets de réforme ont également en commun cette idée qu'il faut remettre en ordre le monde médical. Tous

deux sont des projets de normalisation dans lesquels chacun serait à sa place selon ses compétences et qui visent à restaurer les hiérarchies du temps de paix et du monde civil. Pour les députés de la CHP comme pour les « experts » de la CSCSSM cet alignement sur les critères et les normes qui régissent habituellement le champ médical est déterminant parce qu'il est perçu et présenté comme la condition de félicité du programme de réforme. Lorsque les députés abordent la question des évacuations par chemins de fer c'est pour souligner l'importance de résoudre non plus la question de l'équipement des wagons mais celle du personnel, notamment du « *personnel subalterne* » dont « *l'incompétence technique* » fait problème (p.22). Le résoudre suppose donc de réviser les affectations « *souvent improvisées, faites au hasard des chances et des circonstances* » (p.23) pour placer dans les trains sanitaires les étudiants en médecine :

« Un étudiant en médecine, simple soldat, sera relativement de peu d'utilité au régiment ; il sera précieux pour la surveillance d'un wagon isolé, pour celle de certains malades, et aucun cultivateur, maçon, voire même instituteur ou ecclésiastique du service auxiliaire, ne pourra le remplacer. Aussi la commission renouvelle-t-elle son vœux que tous les simples soldats, médecins ou étudiants en médecine ou pharmacie soient affectés aux trains et formations sanitaires » (p.23).

Restaurer la division sociale et fonctionnelle ordinaire du travail de soin que la mobilisation a fait voler en éclat, tel est le fondement de la réforme. Si pour les enquêteurs « *tout a été dit [...] sur l'utilisation des compétences des officiers de santé* » il reste, « *malgré les améliorations apportées* », « *beaucoup à faire* » pour réparer « *l'erreur fondamentale, si grave de conséquence* » qui a entraîné tant « *d'accidents, [...] d'infirmités, [...] de désastres chirurgicaux* » qui auraient pu être évités (p.24). Et le rapport confirme ce que la correspondance de Barrès laissait entrevoir : l'expérience malheureuse des élites médicales mobilisées est pour beaucoup dans la politisation des questions de santé militaires :

« chirurgiens éminents, professeurs des universités, chirurgiens des hôpitaux, anciens internes, médecins pratiquant avec succès dans des centres ouvriers la chirurgie des accidents du travail et la chirurgie générale se morfondaient dans l'inaction désolante ou étaient subordonnés à la direction de médecin dont le dévouement ne pouvait compenser l'incompétence technique »

Pour les députés qui s'en font les portes voix, la militarisation des agents dominant le champ médical est une expérience douloureuse de désajustement. Mais il y a plus :

« des médecins qui s'étaient spécialisés dans l'art dentaire, la radiologie, la laryngologie, l'ophtalmologie, les affection pulmonaires ou gastro-intestinales, les accouchements, ou mieux qui depuis longtemps n'exerçaient plus aucun genre de médecine, étaient chargés de service importants de chirurgie. L'installation de service spéciaux, dans lesquels eussent pu être utilisés les spécialistes, n'avait pas été prévue ».

Autrement dit, l'espace social de la médecine militaire était resté réfractaire à la dynamique de spécialisation, dynamique sociale au principe de la formation du champ médical contemporain et qui caractérise l'évolution du champ scientifique depuis le milieu du XIX^e siècle¹³⁵. La révision des affectations et la création des centres de spécialités constituent ainsi les deux chantiers prioritaires du programme de réforme et si des mesures ont été prises en ce sens « *il ne suffit pas de prendre des décisions et de rédiger des circulaires* » il faut s'assurer de l'exécution des mesures. La commission demande donc « *le classement rationnel des membres du corps médical non seulement d'après leur titres universitaires, mais aussi, d'après leur pratique reconnue et leur succès de clientèle constatée* ». Les titres offrent « *des garanties indiscutables* » mais dans cet espace social qu'on appelle monde ou champ médical, la logique réputationnelle joue à plein et la « *compétence reconnue* » (*i.e* par les pairs) est un principe de classement tout « *aussi rationnel* ». Derrière ce qui semble être un simple argument de bon sens (présenté comme tel en tout cas) c'est toute la question de la dialectique autonomie/hétéronomie qui est posée. La réforme proposée suppose en effet que l'armée, et les hommes de la 7^e direction en particulier, ne conservent pas plus longtemps le monopole de la distribution des places et postes. La « *révision intégrale des affectations* » s'impose et le rapport, sans le dire explicitement, ne laisse aucun doute à ce sujet : elle doit être faite, en partie au moins, par les pairs, par les agents et les institutions qui produisent ordinairement l'officiel dans le champ médical. L'aspiration à la normalisation de la pratique médicale en temps de guerre, est une aspiration à l'autonomie et la réforme vise précisément à enrayer les pertes engendrées sur ce terrain par la mise en guerre du champ médical. Mais il y a plus. Non seulement l'efficacité thérapeutique commande de redonner des marges de jeux, de l'autonomie aux élites médicales civiles, mais l'état de guerre, par son caractère exceptionnel, peut également justifier de leur donner le pouvoir aux dépens des militaires. Au portrait type du directeur ou sous-directeur de service de santé régional qui doit posséder des « *qualités organisatrices* », des « *facultés d'initiatives* » et l'« *esprit de suite* » les députés opposent ceux de directeurs « *ayant perdu l'habitude du travail* », « *fatigués* » et « *vieillis* », « *écrasés par le labeur intense* » et les « *difficultés sans nombre* ». Peu flatteuse, la comparaison justifie qu'on procède à « *un rajeunissement des directeurs et sous directeurs régionaux* » et dans l'hypothèse (crédible ?, souhaitable ?) ou les médecins militaires d'un grade élevé compatible avec la fonction viendraient à manquer il faut subvertir l'ordre militaire :

¹³⁵ Sur le rôle de la spécialisation dans la genèse du champ médical voir Patrice Pinel *op. cit.* Sur la spécialisation comme principe de différenciation dans le champ scientifique voir Norbert Elias, *Dynamique sociale de la conscience. Sociologie de la connaissance et des sciences*, Paris, éditions de la Découverte, 2016.

« L'état de guerre autorise, ou plutôt commande des promotions rapides. Il suffit qu'elles soient justifiées par la compétence, l'activité d'esprit et le mérite qui seuls donneront l'autorité nécessaire ».

Plus qu'une médicalisation de la médecine militaire si l'on peut dire, le projet de CHP véhicule une conception de l'ordre et de l'autorité militaire qui est celle défendue par les élites réformatrices (civiles et militaires) depuis presque deux décennies, projets dont a dit dans les chapitres précédents qu'ils avaient en partie échouer à se réaliser mais n'avaient pas été sans effets. C'est la transformation des modes de légitimation du pouvoir militaire qui en jeu et, plus largement encore, celle des modes de légitimation de l'État. Même en temps de guerre, l'État ne peut pas tout. Ses composantes les plus régaliennes ne peuvent pas mener la guerre contre les fractions dominantes du monde sociale, ou plus précisément sans tenir compte de leurs intérêts sociaux. Au cœur du processus de politisation des questions de santé se trouve posée la question de la « *gouvernementalité de guerre* ». Les rédacteurs du rapport le disent de manière implicite à plusieurs reprises notamment lorsqu'ils affirment qu'« *il serait anormal, illogique, et dangereux, que par une centralisation excessive, soient imposées toutes faites des solutions uniformes* » et demandent qu'« *à côté du directeur du service de santé au ministère de la guerre, siège un conseil technique [...] composé de médecins, de chirurgiens, d'hygiénistes, de bactériologiste* », conseil qui serait « *chargé de préparer, par des délibérations consultatives la décision du directeur [...]* ». Bien sûr la revendication n'a rien de neuve en elle-même et on devine qu'il s'agit de reconstituer le Conseil de santé dissout à la mobilisation sur le modèle des commissions mixtes, civiles et militaires qui ont, elles aussi, disparu en août 1914¹³⁶. Les hommes de la CHP ont de ce point plus en commun avec Millerand qu'on ne pouvait le penser jusqu'alors. Il s'agit moins en effet de délégitimer le ministre de la guerre que d'imposer un mode de production des politiques (donc de légitimation) fondée sur l'expertise savante. La mise en scandale du service de santé et, plus largement, la déssectorisation dont celle procède, constituent en définitive une opportunité pour réactiver, requalifier des projets de réformes antérieurs à la guerre sans que les processus qui conduisent à cette requalification soit pleinement intentionnels et maîtrisés¹³⁷.

2.2.3 Le ralliement de la commission de l'armée du Sénat (juin-juillet 1915)

Six mois après la bataille de la Marne - qui marque le début du processus de publicisation des critiques - et quelques semaines après le dépôt des rapports de la

¹³⁶ Le rapport fait d'ailleurs référence au Conseil de santé des armées de la République et de l'Empire, sans que je m'explique pourquoi puisque le conseil en question, supprimé puis récréé à plusieurs reprises au cours du XIX^e siècle existe en 1914.

¹³⁷ Si les députés ont bien conscience qu'il y a une opportunité politique à saisir en disqualifiant la 7^e direction il n'y a pas de cabale ou de complot contre Troussaint comme celui-ci l'affirme dans son livre mais une dynamique sociale née de la déssectorisation relative que connaît le SSM avec l'entrée en guerre.

CSCSSM et de la CHP, la CAS diligente trois enquêtes visant le service de santé. Consacrées au ravitaillement en médicaments, à l'administration sanitaire du corps expéditionnaire d'Orient et, enfin, à l'organisation du service de santé en matière de gestion des personnels et des matériels¹³⁸, les investigations sont menées par les membres de la « sous-commission des questions sanitaires »¹³⁹ qui livrent leurs conclusions au tout début de l'été, en comité secret, sous la forme de trois rapports immédiatement adoptés par la commission.

Le premier rapport présente les conclusions de l'enquête menée sur les approvisionnements en médicaments et le rôle de la pharmacie militaire et c'est le sénateur du Rhône (1909-1919) Paul Cazeneuve (1852-1934)¹⁴⁰ docteur en pharmacie (1875), pharmacien en chef de l'Hôpital de La Charité (1882) et professeur de chimie organique et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lyon (1881-1909), qui en a la charge. Élu député (radical-socialiste) en 1902 et Président du Conseil Général du Rhône en 1910, Cazeneuve connaît une ascension rapide et devient, dès 1904, l'un des six vice-présidents (élus) du comité exécutif du Parti républicain, radical et radical-socialiste¹⁴¹. Étroitement lié à la nébuleuse réformatrice et surtout à sa composante « hygiène sociale », son activité à la Chambre et au Sénat se concentre sur les questions d'hygiène, de protection de la santé publique, d'assistance publique, d'enseignement (organisation des écoles de pharmacie) et de fiscalité¹⁴².

Ancien membre de la CHP, Cazeneuve connaît bien les rouages du travail en commission et l'argumentaire qu'il déploie devant ses homologues, simple et efficace, tient en trois points. Il rappelle dans un premier temps qu'une "*légitime préoccupation*" est née des dysfonctionnements des premières semaines de guerre pendant lesquelles "*les approvisionnements médicamenteux dans les formations sanitaires ont été insuffisamment assurés*" donnant lieu à des "*plaintes du corps médical aussi nombreuses que justifiées*"; accréditant une fois encore l'idée d'un rôle spécifique joué par les professions de santé. En second lieu, loin de se désolidariser de la 7^e direction, il montre que les

¹³⁸ Paul Cazeneuve, Rapport fait au nom de la sous-commission sanitaire sur le ravitaillement en médicament, n°42, 8 juin 1915, 9 p. Decker-David, Rapport fait à la Commission de l'armée sur l'évacuation et l'hospitalisation des blessés du Corps expéditionnaire d'Orient, n°47, 9 juillet 1915, 11 p. Debierre, Rapport fait au nom de la sous-commission des questions sanitaires sur le service de santé (Personnels et matériels), n°37, adopté par la commission le 9 juillet 1915, 22 p.

Voir www.senat.fr/histoire/1914_1918/commission_de_larmee/commission.html, consulté entre le 2 janvier et le 5 février 2014. Docteur Doyen, *Le service de santé de notre armée. Les réformes urgentes – Observations présentées par le Dr Doyen le 7 juillet 1915 à la commission de l'Armée du Sénat (Service de Santé) et à la Commission d'hygiène publique de la Chambre des Députés*, 2^e éd., 1915. Disponible sur le site de la BNF.

¹³⁹ Je n'ai pas réussi à savoir quand elle avait été constituée (reconstituée ?) ni qu'elle était sa composition.

¹⁴⁰ Dictionnaire historique de Lyon, ouvrage collectif, Éditions Stéphane Bachès, 2009, p. 252.

¹⁴¹ *Bulletin du Parti républicain radical et radical-socialiste : organe officiel du comité exécutif*, 3 février 1904, p. 1.

¹⁴² [http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/cazeneuve_paul1143r3.html].

réorganisations mises en œuvre par celle-ci depuis octobre ont permis de résoudre l'essentiel des problèmes d'approvisionnement des premières semaines. Enfin et c'est, me semble-t-il, l'enjeu du rapport, il anticipe une « crise de l'approvisionnement », liée notamment à trois « problèmes » distincts qui s'entrecroisent.

Il rappelle d'abord que la pharmacie militaire est étroitement dépendante (à 50%) des approvisionnements du privé et qu'une partie des matières premières dont elle a besoin est absorbée par l'industrie chimique et l'armement. C'est le cas par exemple du phénol qui entre dans la composition de l'aspirine et ... de la mélinite¹⁴³. Pour le sénateur du Rhône, cette utilisation ne fait pas problème en elle-même, ce qui est problématique, en tout cas posé comme tel par lui, c'est la politique menée par le ministère de la Guerre :

" [...] l'utilisation de cet important produit chimique pour la fabrique de la mélinite commande nous en convenons d'en retenir la majeure partie à destination des usines d'explosifs. Mais un modeste stock, ne serait-ce que quelques kilos, pour produire les dérivés médicamenteux du phénol, intéresse suffisamment la guerre pour quelle veuille bien se départir d'un rigorisme nuisible à elle-même, on ne peut en disconvenir. La fabrication de la mélinite absorbe 30 à 40 000 kilos de phénol par jour, il est inadmissible qu'une centaine de kilos sur un pareil stock ne puisse être distrait quotidiennement pour fabriquer les dérivés destinés à alimenter [...] les formations sanitaires.¹⁴⁴ »

Les pratiques monopolistiques de l'institution militaires se doublent par ailleurs d'un problème douanier qui grève l'approvisionnement de l'industrie pharmaceutique et rend encore plus complexe la gestion de la pénurie qui se dessine. Reproduisant *in-extenso* une lettre du Syndicat Général de la Droguerie Française, Cazeneuve souligne la nécessité de trouver un accord entre le ministère de la Guerre et le Commerce pour solutionner ces deux points dans les plus brefs délais. Enfin, et surtout, il s'agit de trouver un *modus vivendi* permettant de recourir aux « sursis d'appel » pour les quelques « techniciens » qui se trouve à la tête des laboratoires d'usines pharmaceutiques. Le SGDF, qui évoque la possibilité de fermetures de certaines unités de production, fait un lobbying très direct et demande au titulaire du Commerce de « *bien vouloir donner votre appui à la requête que nous avons présenté à monsieur le ministre de la Guerre à l'effet d'obtenir la mise en sursis d'appel de quelques collaborateurs reconnus indispensables par les Maisons qui les occupent et dont les noms figurent au tableau ci-joint.*¹⁴⁵ »

¹⁴³ Nom commun du composé chimique trinitro-2-4-6-phénol qu'on appelle aussi acide picrique, un explosif dont on attribue la mise au point au chimiste français Eugène Turpin (1848-1927). À partir de 1886, la mélinite remplace la « poudre noire » dans les obus français et démultiplie leur capacité de destruction.

¹⁴⁴ Paul Cazeneuve, Rapport, op-cit, p. 4. Les passages soulignés sont de mon fait.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p.7.

Loin d'une charge contre le SSM et sa direction dont il souligne les capacités d'adaptation (et les effets positifs des mesures adoptées), le rapport Cazeneuve n'en dit pas moins quelque chose d'essentiel au plan de la « technique de gouvernement » en matière industrielle et sanitaire. Parce qu'il n'y a « *pas de cloison étanche entre les forces de production du pays, lesquelles, toutes, concourent plus ou moins directement à la Défense Nationale*¹⁴⁶ », le monopole de la guerre et de l'armée sur les ressources et les « compétences » (et l'usage qu'ils en font) se révèlent contre-productif, y compris d'un point de vue militaire. Produire des obus ne doit pas empêcher de produire des médicaments et l'entretien de l'effectif ne doit pas se faire au prix d'un affaiblissement des capacités productives. C'est une autre manière de dire que la technicisation de la guerre impose une transformation des règles du jeu et l'émergence d'une nouvelle « gouvernamentalité de guerre » fondée non plus sur la concentration des ressources et des pouvoirs dans les mains de l'armée mais sur l'institution, au cœur de l'État, d'une conception de l'action politique fondée sur la compétence technique et le partenariat social. La politique sanitaire n'est pas la seule à connaître une transformation de ce type, des processus comparables affectent la politique industrielle et la politique migratoire naissante¹⁴⁷. Sur ce point, je rejoins à nouveau Vincent Viet, la création du SSESSM est indissociable de la création des deux autres sous-secrétariats à la guerre, mais j'y vois moins l'effet d'une volonté de contrôle parlementaire que le résultat d'un processus de déconstruction du monopole militaire par différents acteurs.

Les deux rapports qui suivent interviennent dans un contexte différent et participent de la réactivation de la campagne contre le SSM suite à l'échec (le premier) de l'expédition des Dardanelles mais ils sont présentés et votés deux jours après la nomination de Justin Godart¹⁴⁸. Fin mai 1915, presque un tiers des effectifs engagés par les alliés trois mois plus tôt sont hors de combat (les pertes s'élèvent officiellement à 20 000

¹⁴⁶ *Ibid.*, p.5.

¹⁴⁷ Sur cette transformation dans la politique industrielle voir Florent Lazarovici, « L'organisation du ministère de l'Armement sous Albert Thomas : une expérience socialiste ou technocratique ? », dans Romain Ducoulombier (dir.), *Les socialistes dans l'Europe en guerre*, L'Harmattan, p. 55-72. Voir aussi Pierre Chancerel, « L'administration du marché du charbon par l'État : l'action du Bureau national des charbons », S. Bertschy, P. Salson (dir.), *Les mises en guerre de l'État, op. cit.*,. Sur la politique migratoire voir Benoît Larbiou, « Organiser l'immigration. Sociogenèse d'une politique publique (1910-1930), *Agone*, n° 40, 2008, p. 41-60.

¹⁴⁸ Engagée le 19 février 1915, l'expédition des Dardanelles mettra aux prises, sur l'ensemble de la période, 14 divisions alliées (britannique, française, italienne, serbe, russe puis grecque) et 14 divisions ottomanes dans le détroit du Bosphore soit environ 600 000 hommes entre 1915 et 1918. La France envoie d'abord la 1ère division d'infanterie du corps expéditionnaire d'Orient (COE) mais l'attaque navale puis le débarquement d'avril 1915 échouent. En mai, la 2e division d'infanterie du COE est envoyée en renfort. Après une seconde période d'offensives sans résultat, l'opération des Dardanelles prend fin en janvier 1916. Pendant deux ans, le front de Salonique est quasiment neutralisé et il redevient "actif" fin 1917. Voir Max Schiavon, *Le Front d'Orient. Du désastre des Dardanelles à la victoire finale. 1915-1918*. Tallandier, « Hors collection », 2014, 384 pages.

hommes environ sur un total de 70 000)¹⁴⁹. Les taux de blessés et de malades – au-delà des difficultés que pose leur dénombrement – apparaissent très élevés et les critiques à l'encontre du SSM et de sa direction se multiplient. Comme lors de la Marne, le corps de santé militaire n'aurait pas réussi à assurer efficacement l'évacuation et le traitement des blessés et malades. À nouveau, l'échec militaire ouvre un espace d'opportunités pour les détracteurs de la 7e direction qui ne manquent pas de saisir l'occasion.

2.2.4 Les rapports Decker et Debierre : le sénat adoube Godart

Le second rapport, présenté et adopté le 9 juillet, revient à un ingénieur agronome de formation devenu député du Gers de la Gauche démocratique (1893-1910) et successeur du professeur de pathologie chirurgicale Odilon Lannelongue au poste de sénateur (du Gers) : Paul Henri Decker-David (1863-1918). Ancien directeur de l'agriculture en Tunisie (1911-1912) et probablement mandaté en vertu de la bonne connaissance du terrain qu'on lui prête, le sénateur commence par un rapide historique. Il rappelle que le 2 juin, la CAS, « saisie de la question », s'est intéressée aux conditions d'évacuation des blessés des blessés du Corps Expéditionnaire Orient (CEO) à Bizerte et en Algérie et qu'elle immédiatement signaler au gouvernement les effets désastreux de cette mesure « [...] *regrettable, tant du point de vue politique, que du point de vue médical*¹⁵⁰ ». Les hommes, écrit le sénateur du Nord, ont été « *transportés par des bateaux non aménagés, manquant de personnel médical et de matériel* [...] ¹⁵¹ » et pour lui, « *l'arrivée dans l'Afrique du Nord de ces blessés pour la plupart musulman a produit une fâcheuse impression particulièrement sur les indigènes*¹⁵² ». On retrouve l'articulation logique de sécurité publique/logique de contrôle social décrite au chapitre précédent et si on en croit le rapport, l'argument aurait eu une efficacité remarquable : dès le lendemain (le 3) le ministère aurait suspendu les évacuations vers le territoire de l'Algérie-Tunisie à l'exception de Bizerte. Le 5, les directeurs de service de la Marine et de la Guerre, responsables de l'évacuation des blessés d'Orient, sont entendus par la sous-commission.

¹⁴⁹ Sur la composition des troupes et les pertes Voir entre autres Philip Haythornthwaite, Gallipoli 1915: Frontal Assault on Turkey, Londres, Osprey, 2004 (1re éd. 1991) et Glenn Wahler, Exploring Gallipoli: An Australian Army Battlefield Guide, Canberra, Army History Unit, 2008, notamment le chapitre 4.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p.

¹⁵¹ Ce qui paraît contradictoire avec la présentation des ressources du COE (1er juin) que livre le rapport : 120 médecins, 15 pharmaciens, 70 médecins auxiliaires sont actifs à la "base opérationnelle", 10 autres médecins, 2 pharmaciens et 16 auxiliaires sont en réserve. Chaque division dispose (réglementairement) de 2 ambulances, d'un "hôpital de campagne" et d'un hôpital d'évacuation auxquels s'ajoutent un laboratoire de la radiologie (1ère division) et un laboratoire de bactériologie et de chimie (2e division). Quant aux bateaux employés pour les évacuations ils sont au nombre de 3 - bientôt 4 précise le rapport - et ils peuvent prendre en charge 500 blessés et malades. Chacun compte 5 médecins à bord et effectue deux voyages et demi par mois, soit une capacité totale portée à 6000 évacuations mensuelles. Voir les pages 3 et 5.

¹⁵² Decker-David, *Rapport...*, *op. cit.*

Le rapport du 9 juillet, présente donc les conclusions de « l'enquête » menée en juin, après que les évacuations aient été redirigées vers le camp retranché de Toulon. Le diagnostic quant aux conditions d'hospitalisation sur place n'est guère encourageant : organisé sur une île « désertique » (Lemnos), « sans eau » et « ayant beaucoup de trop de moustiques », l'hôpital de base de 500 lits est jugé « insuffisant » et « peu confortable ». La sous-commission suggère de le réserver aux contagieux et demande l'envoi de navires-hôpitaux dans la baie de Moudros, plus adaptée selon elle à l'hospitalisation parce que plus saine et plus proche des lignes. Les inspecteurs¹⁵³ relèvent également l'absence « d'organisation chirurgicale à grand rendement » et expliquent que la conjonction de ces deux situations a justifié les évacuations de « nos grands blessés » vers la France et l'Algérie, évacuations qui ont provoqué « des décès nombreux¹⁵⁴ ». Au dernier débarquement du Duguay-Trouin (l'un des cinq bateaux d'évacuation) écrit Decker-David il y a eu « 125 décès à bord » sur... 600 évacués, soit un taux de mortalité de quasiment 21%. Pour y remédier, la Guerre et la Marine ont conçus conjointement un projet de bateau-ambulance de 300 lits (le « Charles Roux » [sic]). Les commissaires le visitent (à Marseille) à la mi-juin et si le rapport en reconnaît l'utilité —« ce bateau sauvera des quantités de blessés » - il souligne surtout qu'il n'est toujours pas opérationnel et « qu'il y a une urgence absolue de faire, sans perdre de temps, l'aménagement du Charles Roux en bateau hôpital de chirurgie¹⁵⁵ ». De même, les mesures prises contre les « maladies contagieuses et épidémiques » semblent pour le moins légères. En témoigne les prescriptions des commissaires : mise en place d'un bureau d'hygiène navale, de visites sanitaires minutieuses dans tous les bâtiments servant au rapatriement et/ou au ravitaillement avec dépistage « des maladies infectieuses susceptibles d'être transportées en France » et notamment le choléra, la peste et le typhus. S'y ajoute la surveillance sanitaire que doivent exercer les médecins pendant la traversée et la mise en quarantaine des arrivants jusqu'à la visite de l'autorité sanitaire locale. La menace épidémique justifie par ailleurs l'évacuation du Frioul qu'il est indispensable de « rendre à sa destination première »¹⁵⁶. Le fait que les sénateurs aient jugé utile de formuler officiellement ces mesures - dont bon nombre apparaissent frappées du sceau de l'évidence prophylactique quand elle ne relèvent pas

¹⁵³ Decker-David utilise la première personne du pluriel et comme la CHP, il est probable que la CAS lorsqu'elle « enquête » envoie plusieurs de ses membres sur le terrain. Ceci étant, j'ignore qui sont les autres.

¹⁵⁴ Decker-David, *Rapport...*, op-cit .p.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p.3-4. Il existe un ouvrage sur le Charleroux, publié en 1919 par le journaliste et romancier Pierre La Mazière (1879-1947). Je le signale sans l'avoir consulté : Pierre La Mazière, *L'H. C. F. : l'hôpital chirurgical flottant [Le Charleroux] : Dardanelles, Moudros, Athènes, Salonique*, Paris, Albin Michel, 1919.

¹⁵⁶ Utilisées comme camp internement (le texte du rapport dit « camp de concentration ») au début de la Grande Guerre et comme dépôt d'artillerie, les (4) îles du Frioul ont une fonction de contrôle sanitaire très ancienne dont témoignent le port de quarantaine de Pomègues, le lazaret de Ratonneau ou l'hôpital Caroline qui y sont implantés.

simplement des règlements sanitaires maritimes ordinaires (dans lesquels les maladies à dépister sont listées) - laissent supposer qu'ils ont des raisons d'être inquiets et qu'il n'y a en réalité aucun contrôle sanitaire opératoire.

Bien que ce ne soit pas explicité, une lecture attentive ne laisse guère de doute : les membres de la commission ne se sont rendus ni sur le front d'Orient, ni à Bizerte et le point de vue qu'ils livrent dans cette première partie du rapport repose (en totalité ?) sur les auditions qu'ils ont réalisés le 5¹⁵⁷. Le rapport est d'ailleurs plus riche, plus circonstancié dès lors qu'est abordée la question de l'hospitalisation et du rapatriement « en France »¹⁵⁸. Le dispositif hospitalier du camp retranché de Toulon est minutieusement décrit et si la capacité hospitalière doit être augmentée, les hôpitaux de la Marine apparaissent « bien gérés » et peu coûteux, notamment à Saint-Mandrier où les coûts de revient des 500 lits mis à dispositions sont si bas qu'ils « méritent d'être signalés à l'attention du service sanitaire » (*i.e* du SSM). Seules les ressources en moyens de transports rapides (automobiles entre le port et les structures hospitalières) jugées insuffisantes doivent d'être augmentées. Enfin, le rapport ne manque pas de souligner que :

« [...] d'une façon générale, les médecins chefs et les médecins traitants se plaignent depuis longtemps de l'augmentation croissantes des états et pièces périodiques [...] qui leur sont demandés et auxquels ils doivent consacrer un temps de plus en plus considérable, au détriment de celui qu'ils peuvent donner aux malades ».

Opposition classique mais qui se cristallise pendant cette première année de conflit¹⁵⁹ que celle du Léviathan bureaucratique empêchant, toujours, le (bon) médecin d'agir en le soustrayant au lit du patient.

En conclusion, les commissaires demandent le rapprochement des moyens d'hospitalisation de la zone des combats, la mise sur pied de structures permettant de faire de la chirurgie de manière précoce (qu'on n'appelle pas d'urgence mais c'est bien l'idée) et le respect des mesures élémentaires de prophylaxie. Les mots sont un peu différents, la forme un peu plus policée, mais sur le fond, le rapport converge avec le programme de la CSCSSM et les mêmes logiques - cliniques et thérapeutiques - viennent légitimer les réformes préconisées qui s'imposent pour le bien des « blessés et malades [...]

¹⁵⁷ Le rapport le dit au détour d'une phrase p.6 : « A Bizerte, nous ne pouvons donner notre appréciation n'y étant pas allé [...] ». Reste que sans les auditions il est impossible de savoir ce que les sénateurs reprennent à leur compte du discours des officiers interrogés.

¹⁵⁸ L'expression "en France" est assez suggestive quant à la manière dont les auteurs perçoivent la Tunisie et l'Algérie... En réalité, il s'agit des rapatriements en métropole. L'opposition "France" / "Algérie-Tunisie" se retrouve à chaque page ou presque et dit clairement que l'empire ce n'est pas la France.

¹⁵⁹ Pour rappel, c'est au printemps 1915 que la 7^e direction met en place la "statistique médicale", voir chap. IV.

les premières victimes de cette situation [...] » conclut Decker-David, reprenant à son compte un discours qui contribue à universaliser les intérêts des médecins ; à construire une convergence d'intérêts (pas si évidente) entre blessés et médecins contre la bureaucratie sanitaire. Cela dit, les rapports Decker-David et Cazeneuve ont en commun de ne pas prendre directement pour cible la 7^e direction mais, par bien des aspects, ils mettent en lumière son incapacité à se faire entendre de l'administration de l'armée et du commandement. Le troisième rapport est, de ce point de vue, bien différent.

Adopté le même jour, le rapport n°37 porte sur le service de santé dans son ensemble¹⁶⁰ et c'est un ancien médecin militaire qui en a la charge. Fils de cultivateurs, Marie-Charles Debierre (1853-1932) fait des études de médecine à Amiens et entre à l'école du service de santé militaire de Strasbourg, dont il sort diplômé en 1878. Professeur agrégé (sans chaire) de médecine à Lyon (1883) il enseigne ensuite à Lille où il est titulaire de la chaire d'anatomie à partir de 1888. Libre penseur et franc-maçon militant¹⁶¹, il entre en politique dans les années 1890 et devient (en 1896) le premier adjoint du maire socialiste de Lille, Gustave Delory¹⁶². Leader du Parti radical-socialiste du Nord, il élu sénateur du département en 1911.

Le document (21 pages) commence par un long rappel (une page et demi) sous la forme de l'évidence –« vous savez messieurs »-, des « reproches » et « critiques justifiées » auxquelles le service de santé a été exposé depuis le début de la guerre. L'argumentaire, que je ne reprends pas ici, les résume en 7 points, appuyés sur des exemples précis (notamment celui de la bataille de Bapaume-Albert que la lettre d'Étienne Vidal nous a fait entrevoir au chapitre précédent). Si Debierre doit « *à la vérité de dire que la situation s'est améliorée* » c'est pour mieux signaler que c'est sous la pression conjointe de la CSCSSM et de « *l'opinion publique* » que ces améliorations ont été obtenues. Or pour lui, les événements des Dardanelles démontrent « *que le service de santé aux armées à encore beaucoup de choses à apprendre [qu'il] ne sait pas prévoir ou reste impuissant dans l'exécution* » et cette incapacité à se réformer - *qu'il désigne à tour à tour comme le produit d'inerties ou négligences - justifie le recours à l'homme providentiel : « il faut une autorité, une responsabilité, un homme*». Une semaine après la nomination de Godart SSESSM, le message est limpide et Troussaint, toujours directeur au ministère, appréciera.

¹⁶⁰ Debierre, *Rapport fait au nom de la sous-commission des questions sanitaires sur le service de santé (Personnels et matériels)*, n°37, 9 juillet 1915, 22 p. Sauf mention contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce rapport.

¹⁶¹ Voir Marcel Sembat, *Les Cahiers noirs, journal 1905-1922*, p.158 et 350.

¹⁶² Il connaît donc Henri Ghesquière, inlassable promoteur du droit à réparation (Voir chapitre 2) qui entre dans l'équipe municipale lilloise au même moment. On ne sait rien, cela dit, de leurs relations.

Structuré en onze « entrées » le rapport se donne à lire comme un bilan (très informé) des réformes menées depuis l'automne dans lequel exemples, extraits de « témoignages » écrits et données chiffrées se combinent pour faire preuve. Premier point abordé, le ravitaillement. Le sénateur Cazeneuve en a dit l'essentiel, mais Debierre reprend et précise : la situation, de son point de vue, est très différente selon qu'on s'attache aux médicaments ou aux matériels. Dans le premier cas la sous-commission fait « toutes réserves » à l'endroit des plaintes qui lui sont parvenues « de toutes parts » car elle constate qu'en ce début d'été 1915, « toutes les demandes de fournitures en médicaments sont satisfaites en 3 ou 4 jours¹⁶³ ». Comme la CSCSSM, les sénateurs rappellent en outre que les médecins-chefs des formations sanitaires sont responsables des approvisionnements de leurs formations. Ils reprennent ainsi à leur compte - mais avec les « plus expresses réserves », l'argumentaire de la 7^e direction qui renvoie la responsabilité sur les médecins de complément : peu formés et mal instruits, ils ignoreraient leurs obligations en la matière et seraient bien davantage responsables des pénuries que la Pharmacie Centrale de l'Armée et le Magasin Central du Service de Santé¹⁶⁴. La commission précise en outre que tous les déficits en médicaments ne pouvaient être anticipés parce que « certains ont été employés dans des proportions qu'on n'aurait pu prévoir », c'est le cas par exemple de l'antipyrine, habituellement administrée à hauteur d'un gramme après chacune des 4 injections antityphoïdiques. La vaccination d'un million d'hommes rapporte Debierre, imposait d'en trouver 40 tonnes alors que les approvisionnements, qui en temps ordinaires venaient d'Allemagne, étaient rompus.

Pour l'approvisionnement en matériel en revanche, le rapport est bien plus sévère, sur deux points notamment. Les appareils à fractures manquent à « l'hôpital auxiliaire Carnot de Dijon qui les réclame depuis trois mois » et l'appareillage pour les amputés fait défaut à l'hôpital auxiliaire n°11 à Lyon où les « soldats amputés attendent depuis des mois un simple pilon pour marcher ». Et ces cas particuliers illustrent un problème plus général qui nécessite de « redoubler de vigilance » pour que « le ravitaillement se fasse dans des conditions régulière, et spécialement, qu'on ne fasse pas attendre aussi longtemps qu'aujourd'hui nos amputés [...] ». Second point : l'approvisionnement en matériel (technique et chirurgical) des centres de chirurgie et des centres de spécialités. S'ils précisent « qu'on a tendance à trop multiplier et éparpiller » les centres, les commissaires

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ La PCA dispose de 3 « magasins » à Paris, Bordeaux et Nantes (ces deux derniers ayant été créés pendant la guerre), elle est dirigée par un pharmacien principal (Lieutenant-colonel) et elle approvisionne les formations chirurgicales en médicaments (pansements, comprimés d'opium ou de soude) et matériels (autoclaves, appareils radiographiques). Le MCSS, lui, est dirigé par un officier d'administration et il approvisionne les formations sanitaires en matériel : pansements, thermomètre, seringue, matériel chirurgical etc.

disent à mon sens quelque chose de tout à fait significatif : « *la plupart du temps c'est à l'initiative des médecins-chefs et à la générosité du public qu'on doit le matériel [...] À ce sujet une visite au Grand Palais, à Paris, est très instructive* »¹⁶⁵. Plus généralement, le rapport souligne le rôle déterminant de l'initiative privée « [...] *qui a contribué à leur organisation, en trouvant des lits, des appareils, un matériel de chirurgie, en proportion, heureusement, inverse de l'insuffisance des ressources du service de santé de l'armée* ». Mais à la différence d'un Barrès ou d'un Cazin, liés tous deux on l'a vu à la philanthropie catholique et fervents promoteurs d'un régime d'action privé et confessionnel, Debierre est un libre-penseur que la « *propagande religieuse et politique* » des agents de la Croix-Rouge exaspère. Par ailleurs, lorsqu'il insiste sur le rôle du « privé » et des dons, il évoque d'abord les formations militaires elles-mêmes et non les œuvres. Son argumentaire met en lumière un point décisif pour nous en ce qu'il permet de comprendre qu'être médecin en 1914 aux armées c'est aussi être « entrepreneur de soins », c'est contourner les règlements pour s'approvisionner comme on peut, subvertir les règles de l'institution pour faire (le métier) comme on l'entend et parfois désobéir.

C'est particulièrement le cas dans les formations sanitaires de l'avant¹⁶⁶ et plus encore dans les formations chirurgicales, qui se sont organisées, peu à peu, « *sur tout le front* » et le plus souvent « *de par le goût de leurs chefs* ». Récolté par opportunité, le matériel chirurgical est « *très divers* », parce que « *la plupart du temps, il n'est pas venu du magasin central du service de santé de la guerre* ». On est loin des prescriptions du SSM dont le règlement détermine tout, jusqu'au nombre de pansements individuels par ambulance.

Les membres de la commission, qui ont pu visiter plusieurs formations médicales « *dans les différents secteurs de Béthune à Belfort* », y ont trouvé par endroit des services médicaux de contagieux, dont certains, « *très bien organisés* » comme à Fismes. Combien sont-ils et où ? Comment sont-ils organisés ? Qui les a mis sur pied ? Impossible pour les « enquêteurs » de le savoir malgré les demandes : « *il y a là des prérogatives du GQG et la liaison entre ce dernier et le Ministère de la Guerre n'est pas parfaitement établie* ». Doux euphémisme pour dire que le commandement, entièrement souverain en ZA, répond si et quand il le veut bien, faut-il encore qu'il ait la réponse. Au total, la ZA, chasse gardée

¹⁶⁵ Le Grand Palais est réquisitionné en août 1914 par l'armée qui l'utilise d'abord comme casernement. Le 8 septembre, le gouverneur militaire charge l'architecte Henri Deglane (1855-1931) de son aménagement en « ambulance » et le GP devient une annexe du Val-de-Grâce (VG7). En 1915, 400 personnes travaillent sous la direction du médecin-chef Charles-René Coppin (1861-1926, AN dossier LH/586/3) - 20 médecins et chirurgiens, 330 infirmiers et 40 masseurs - dans ce qui devient le premier (par son importance) centre de physiothérapie du pays. Voir René-Charles Coppin, *Le Grand Palais pendant la Guerre, 1914-1915-1916*, Paris, Impr. L. Fournier, 1916.

¹⁶⁶ À propos desquelles les sénateurs rappellent que les moyens de transports « notoirement insuffisants » au début de la guerre se sont améliorés mais restent dans l'ensemble « loin d'être à l'abri de tout reproche », Voir Debierre, Rapport, *op. cit.*, p.

des militaires, compte 70 000 lits et « *d'une façon générale* » les hôpitaux d'évacuation y sont « *convenablement aménagés et dirigés avec ordre et méthode* » comme les sénateurs ont pu le constater par eux-mêmes « *à Épernay et Fismes, en Champagne ; à Harbonnière, Villers Bretonneux, Doullens, dans la Somme ; et dans l'Artois, d'Arras à Béthune* ». Placés à 8, 10 ou 12 kilomètres des lignes, on y pratique le triage des blessés qui sont répartis en trois catégories : « *blessés graves évacuables* » et « *blessés légers* » qu'on retient sur place d'un côté, « *blessés évacuables* » de l'autre. C'est une répartition encore sommaire, dont la CSCSSM disait déjà l'insuffisance, mais elle est plus satisfaisante d'un point de vue médical que la partition originelle blessés assis/blessés couchés.

Dans la Somme et l'Artois, les visites effectuées ont été l'occasion de constater les progrès réalisés : « *on y opère avec autant de sécurité que dans un hôpital moderne, et on y trouve de bons chirurgiens de carrière avec des assistants choisis* ». Les hommes de la CAS ne sont pas naïfs pour autant et lorsqu'ils demandent « *que ce régime soit généralisé et partout établi* » l'auditoire comprend qu'on leur a fait visiter des hôpitaux modèles. L'image d'Épinal n'en est par ailleurs pas complètement une : nombre de ces petits hôpitaux sont mal installés, sans radiographie, comme à Sainte-Menehould où la voiture radio passait tous les 8 jours alors qu'on évacuait tous les 4 et que dans l'intervalle « *on opérât même sans urgence, des blessés non-radiographiés* ». Quant aux personnels subalternes, le verdict est sans appel. On est passé, dit le rapport, de moins de 9 000 à presque 148 000 infirmiers (p.16) en acceptant de nombreux volontaires, mais le nombre ne fait pas l'efficacité : « *comment opérer avec, comme aides, des infirmiers militaires, c'est-à-dire des militaires appelés infirmiers?* » Comment opérer alors que le matériel manque aux plus qualifiés ? Comment opérer quand, au « *chirurgien des hôpitaux de Paris, M. D..., perdu dans un bourg de l'Argonne à demi démoli* » et réclamant du matériel de stérilisation, les autorités répondent « *autorisation [...] d'acheter sur place un autoclave* » ? Pour ceux qui se résignent pas à l'impuissance thérapeutique il n'y a pas le choix, il faut faire pas soit même en mobilisant des ressources personnelles, physiques et symboliques, dans l'armée et à l'extérieur.

C'est précisément de cette manière que suite aux expérimentations menées par Maurice Marcille (1871-1941) puis Antonin Gosset (1872-1844)¹⁶⁷, les ambulances chirurgicales automobiles - dites aussi « *autochir* » - ont été imposées aux armées (non sans résistance). La CSCSSM en a validé le principe et il est prévu d'en construire 21. Au moment des inspections des sénateurs, seules trois sont en service, les autres en construction. Elles sont certes « *habilement dirigées par les chirurgiens [i.e de carrière des*

¹⁶⁷ Voir J.-J. Ferrandis, A. Larcen, *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale, op. cit.*, p.175-179.

hôpitaux de Paris], *Proust et Rouvillois*¹⁶⁸ » mais elles ont « *tendance à devenir immobilisées* ». En conséquence dit le rapport, il faut en faire le « *pivot* » des « *hôpitaux de campagne dont il y a lieu d'envisager dès aujourd'hui l'organisation* », ou plutôt la réorganisation puisque, rappelons-le, devenus inutiles dès lors que la tactique sanitaire était fondée sur l'évacuation de masse, ils ont été supprimés avant la guerre.

Continuant de suivre la ligne d'évacuation, le rapport Debierre revient ensuite sur les trains sanitaires : 231 à la fin mars (à intercommunication partielle) peuvent désormais transporter 95 000 hommes. Le dispositif n'est « *pas idéal* » mais « *l'effort est méritoire* » si l'on compare « *aux wagons à bestiaux du début de la guerre* ». Reste que la logique de l'évacuation qui consiste à renvoyer blessés et malades sur la région du dépôt militaire d'origine persiste et qu'elle demeure contre-productive. C'est toujours la logique réglementaire de l'administration de l'armée contre la logique médicale.

Qu'en est-il du dispositif hospitalier en ZI ? Ce qui frappe les sénateurs c'est son caractère extrêmement hétérogène. Formations militaires du temps paix, formations à moitié militaires, formations civiles et structures de la Croix Rouge, l'hospitalisation à l'intérieur se compose de « *formations nombreuses et tout ordre* » si bien que « *les décrire toutes [...] est impossible* » et qu'il faut « *se borner à jeter sur elles un regard d'ensemble* » : 500 000 lits annonce le rapport, dont 85 000 dans les seuls Gouvernement Militaire de Paris (35 000) et XIV^e région (50 000, dont 15 à 18 000 à Lyon). Mais il faut distinguer les hôpitaux militaires et leurs annexes, généralement bien pourvu.e.s (salle d'opération, étuves à stérilisation, autoclaves et installations radiographiques), des hôpitaux auxiliaires et temporaires et les salles et services militaires des hôpitaux civils (mixtes). Dans les premiers, les services chirurgicaux se sont nettement améliorés « *sous l'impulsion des chirurgiens de carrières* » mais « *beaucoup [...] ont un matériel insuffisant* ». Dans les seconds, le tableau est bien plus sombre. « *Organisation chirurgicale inadmissible* » au Havre, où 8 établissements fournissent 2000 lits, mais où il n'y a « *ni salle d'opération, ni installation radiographique, ni personnel chirurgical éduqué, ni chirurgien de profession* ». Les « *grosses opérations* » sont renvoyées vers l'hôpital militaire dont les deux chirurgiens, débordés, s'aident d'un civil [*i.e* non mobilisé]. Même constat du côté des hôpitaux (Franklin et Jeanne d'Arc) de la Croix-Rouge, où les médecins-chefs, faute de moyens, dirigent les blessés à opérer vers deux cliniques privées jusqu'à ce que la « *Présidente des Dames Françaises* » obtienne une interdiction du Médecin Principal dirigeant le service de santé du Havre. Manque criant de moyens aussi à l'hôpital auxiliaire Carnot de Dijon où l'on trouve cependant 6 médecins, des infirmiers militaires

¹⁶⁸ Robert Proust (1873-1935) frère de Marcel et Henri Rouvillois (1875-1969) sont tous deux professeurs à la faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux.

volontaires, des religieuses et des infirmiers en soutane officiant dans une « propreté douteuse ». Même disproportion entre moyens humains et moyens matériels à l'HA n°10 de Rouen. Ni salle d'opération, ni salle de pansement dans cette structure d'une petite centaine de lits mais des « dames » en grand nombre et 26 infirmiers militaires. A Lyon, l'HC n°11 compte 105 malades mais 45 infirmiers militaires. Bref, conclue le rapport « [...] *trop souvent le matériel est insuffisant, le personnel ignorant et sale* ». Des régions entières n'ont, en outre, ni hôpital, ni service réservé aux « contagieux (rougeoles, scarlatine, oreillons, diphtérie, typhus, cérébro-spinal, fièvre typhoïde) ». La 3^e RM (Rouen), les éparpille un peu partout dans les « hôpitaux ordinaires » où on les « *isole du mieux qu'on peut dans des salles mal aérées, évidemment des salles communes* ». Si d'une manière générale les commissaires jugent que les services médicaux et chirurgicaux se sont améliorés, ils mettent donc surtout l'accent sur ce qu'il reste à faire pour parvenir à l'organisation optimale. Et là encore, leurs conclusions sont similaires à celle de la CSCSSM : « *L'amélioration définitive ne sera atteinte que le jour où chacun sera mis à sa place* ». La distribution des places et des postes doit se faire en fonction des critères et des logiques de légitimation à l'œuvre dans champ médical (titres, aptitudes, compétence). C'est toujours à une remise en ordre, à une normalisation, qu'appellent les entrepreneurs de réforme.

C'est très net et explicite dans les verdicts émis à l'endroit des mesures de réorganisation de la chirurgie prises en janvier par la direction du SSM. Le système des centres et des secteurs chirurgicaux qu'elle met en place fait l'objet de critiques sévères d'abord parce que dans 4 régions (les 5^e, 6^e, 20^e et 21^e) on ne trouve que des « *centres secondaires* » et, ensuite, parce que tous les « *centres de 1^{er} ordre* » sont loin de disposer de chirurgiens de carrière : « *là comme partout ailleurs [...] aucune affectation prévoyante ne fut faite [...]* » et il en résulta « fatalement de ce qui devait en résulter : une mauvaise utilisation du personnel médical ». Cette « *organisation imparfaite* » qu'on peut « *saisir sur le vif* » lors des visites, la 7^e direction tenta d'y remédier en instaurant des secteurs chirurgicaux (2 ou 3 par région, eux-mêmes subdivisés en sous-secteurs) et en confiant la charge à des chirurgiens de carrière. Théoriquement disent les sénateurs, « *ce système apparaît comme rationnel* » mais « *en pratique il ne donne pas grand chose* » ; à la tête des formations sanitaires il faut des ... « *médecins instruits* ».

En cohérence avec ce qu'elle défend, la sous-commission émet un avis bien plus favorable sur les centres de « *physiothérapie* », « *neurologie* », « *radiographie* », « *otorhinologie* », « *ophtalmologie* », « *prothèse maxillaire* » [sic], « *urologie* », « *orthopédie* », et « *psychose* » qui se sont multipliés ; un peu trop, sans doute, en province, au regard des moyens disponibles. Elle constate que la neurologie et la psychiatrie sont les moins développées mais juge le dispositif « *suffisant pour répondre aux besoins* ». Pour autant, la

spécialisation ne saurait se limiter aux formations de l'arrière. Pour les médecins-législateurs il faut développer des « *ambulances automobiles* » spécialisées en chirurgie nerveuse car - les « *médecins éclairés* » le disent et il y a consensus sur ce point- les « *opérations tardives de sutures nerveuses ne réussissent pas* ». Or les lésions des nerfs « *corrigées de bonne heure éviteraient un assez grand nombre d'infirmités* », problème dont la résolution passe aussi par la généralisation de « *services complémentaires* » destinés à « *achever la guérison* » des blessés qui, en trop grand nombre, conservent « *des impotences fonctionnelles* » qu'on sait réduire. En témoigne (à nouveau) la formation modèle du Grand Palais que son médecin-chef « *actif et ingénieux* » à transformer en un « *centre complet de physiothérapie* », spécialité à encourager parce qu'elle « *rend à l'armée bien des hommes qui seraient perdus pour elle et, à la vie sociale, des hommes qui seraient restés impotents* ». Ce qui est présenté ici comme une convergence d'intérêts entre les blessés (mieux soignés), les médecins (à leur place) et l'armée (qui récupère des « *éléments actifs* ») justifie d'une part qu'on réforme le système de répartition des blessés et, d'autre part, de durcir la surveillance et l'inspection des hospitalisés.

L'existence de centres de spécialités en effet ne suffit pas, encore faut-il que l'armée leur envoie des blessés et, pourrait-on dire, les bons blessés. Or déplore le rapport, ces derniers sont « *transportés dans des formations sanitaires quelconques* » et affluent dans des formations auxiliaires « *écoles, châteaux, hôpitaux de province mal aménagés où se trouve un médecin du cru ou aide-major de rencontre. Là il n'y a pas de radiographie, pas de spécialiste [...] pour le système nerveux, les yeux, la réparation maxillo-faciale* ». De nouveau, c'est la logique médicale qui doit l'emporter sur les règlements et présider à la destination des évacués vers des formations bien équipées et dans lesquelles officient « *des chirurgiens expérimentés ayant de la décision et du sens clinique* » ; « *les soins [l'] exigent* ».

Pour Debierre, « *beaucoup, beaucoup trop de blessés* » hospitalisés dans les formations annexes ou dans les hôpitaux des « *3 Croix-Rouge françaises* » ne sont pas traités comme ils le devraient. Ils y sont dorlotés et câlinés dit-il et on « *s'apitoie* » [sic] *volontiers sur leur sort* » mais le « *bon cœur* » ne suffit pas :

« Combien un traitement mieux approprié aurait évité d'impotences fonctionnelles et par suite des infirmités incalculables ! [...] De là découle la lenteur dans la guérison des blessures, des fractures mal consolidées, des ankyloses, des difformités »

Et le constat est le même dans les dépôts de blessés militaires :

« Allez au dépôt de Clignancourt, par exemple, vous verrez des malheureux aux membres déformés par l'incapacité de chirurgiens d'occasion. Allez voir au dépôt des mutilés de Rodez : ils sont là 800 petits infirmes sur lesquels jamais on n'a fait un diagnostic ». (p15).

Dans l'énoncé du verdict, Debierre ne laisse aucun doute quant à sa cible, il répond directement (mais sans le nommer) à Troussaint dont il démonte l'argumentaire en concluant que « *Tout cela n'est pas à mettre au compte d'un corps médical insuffisant mais au compte d'une mauvaise administration du service de santé et d'affectations médicales irréfléchies* ».

Et le rapport, va plus loin. Jouant le jeu du commandement dont il emprunte le langage pour mieux mettre en évidence ce qu'il aurait à gagner à une médicalisation de l'administration des blessés, il fait du couple dévouement/incompétence un vecteur de démoralisation qui entretiendrait les velléités escapistes de soldats n'attendant plus que la réforme alors qu'ils pourraient remonter au front. Cette logique du soupçon est particulièrement vive à l'endroit des dépôts de blessés dépeints comme de véritables « *refuges de simulateurs* » ou l'on conserve « *hors du temps nécessaires* » et « *sans raison* » des « *privilegiés* ». Surveiller les blessés, c'est donc, aussi, surveiller leurs médecins qu'on soupçonne ici sans le dire, d'être des « *médecins marrons* ». Plus largement encore, surveillance et contrôle doivent s'étendre aux structures elles-mêmes et à leur gestion administrative et financière qui connaîtrait « *des abus* » à « *réprimer avec sévérité* ». La question se pose notamment de savoir « *ou va l'argent recueilli dans nombre d'hôpitaux de la Croix-Rouge* ».

Enfin, dernier point du rapport et celui sur lequel la commission développe le plus (5 pages) : le personnel. Donnant des chiffres un peu plus bas que ceux de la 7^e direction (8 607 médecins dans le corps de santé au printemps) les sénateurs rappellent d'abord combien « *cette mobilisation des médecins n'avait pas été préparée en correspondance avec les aptitudes de chacun* ». Mais plus inattendu, ils disent que les tentatives pour remédier à ce « *mal irréparable* » ont eu des effets plus délétères encore. À Lyon, à Paris et dans les grandes villes en général - autre bouleversement de l'univers social des élites médicales - « *on a désorganisé nos services hospitaliers* » en « *enlevant la moitié des chirurgiens et presque tous les internes et externes des hôpitaux [...]* ». S'il s'avère en effet nécessaire de lutter contre les embusquages et les rentes de situation de ceux qui « *militarisés* » ont tout de même « *trouvé le moyen de rester confortablement chez eux* » il faut le faire en établissant un « *roulement des compétences chirurgicales* » entre l'avant et l'arrière et non en vidant des hôpitaux.

Les affectations suscitent également les protestations des élus de la Chambre haute, qui voient dans la situation faite aux ecclésiastiques, une rupture d'égalité : « *l'administration militaire n'a pas, par principe, placé nos instituteurs [...] dans les sections d'infirmiers, nous avons le droit de lui demander pourquoi elle crée cette faveur au profit des membres du clergé [...]* ». Mais ce sont toujours et encore les (més)usages des compétences

qui polarisent les critiques tant ils transgressent les logiques des rapports sociaux ordinaires. Les pharmaciens, « *mêmes les anciens chefs de travaux de chimie dans les facultés* », sont relégués dans les cadres infirmiers d'exploitation et servent « *d'hommes de peine dans les hôpitaux tandis qu'on leur préférerait des laboureurs ou des bucherons pour entrer dans les cadres des infirmiers de visite* ». Les jeunes pharmaciens auraient sans nul doute pu être « *mieux employés à une pharmacie, à un laboratoire d'analyse, dans une salle de malades, ne fut-ce que comme infirmier-major [...]* ». De la même manière, les étudiants en médecine qu'on admet désormais au grade de médecin-auxiliaire à partir de 8 inscriptions (sur le papier en tout cas) sont parfois renvoyés à l'arrière et cantonnés à des tâches subalternes (nettoyage des planchers et des vitres des trains sanitaires).

Au delà du caractère irrationnel des affectations, le rapport insiste longuement sur les inégalités nombreuses entre les médecins de l'avant (qui dépendent du GQG) et ceux de la ZI (gérés par le ministère). À tous les niveaux, les premiers (surtout les moins gradés) sont présentés comme les grands perdants de la distribution des postes : les médecins-auxiliaires de l'avant – « *classe modeste de soldats* » très « *éprouvée* » - ne sont pas relevés malgré les demandes réitérées en ce sens (p.17) et les publications qui annonçaient la relève depuis plus de deux mois. La demande est pourtant d'autant plus légitime aux yeux du rapporteur que nombre d'entre eux (qui n'ont pas 16 inscriptions, un an d'internat, ou ne sont pas aspirant des écoles de Lyon et Bordeaux) ne passeront jamais MAM. Et ceux qui le peuvent attendent parfois bien longtemps. C'est le cas également des internes des hôpitaux nommés MX qui doivent au terme d'un décret être nommés aides-majors mais, écrit un correspondant de Debierre, « *ce n'est vrai que pour l'arrière* ». L'ex-médecin militaire le déplore en s'appuyant sur les écrits de plusieurs de ses « *anciens élèves* » qui protestent contre les avantages de leurs collègues de la ZI au plan des mutations, des grades et des récompenses. Il confirme par là même, une fois de plus, le rôle de la correspondance dans le travail de politisation, particulièrement celle des médecins, et il met en lumière celui de la sociabilité académique (les élèves écrivent à leur « *cher maître* »). Sur la base de ces écrits, le sénateur va plus loin, il porte une accusation très lourde contre les médecins militaires qui « *paraissent peu disposés à remplacer sur le front leurs confrères de la réserve et de la territoriale* ».

Difficile d'infirmier ou d'étayer les faits rapportés, mais, au final, cela a assez peu d'importance pour nous. Encore une fois, il ne s'agit pas de « *démêler le vrai du faux* » mais de restituer, comme on pourrait le faire dans une chronique judiciaire, le discours de l'accusation, sans prendre parti, ni pour elle ni pour « *la défense* ». Dès lors, ce qui est significatif ici, décisif, c'est que la CAS fait sien le rapport de Debierre. Autrement dit, le Sénat rallie officiellement la cause réformatrice au moment même où Justin Godart est nommé sous-secrétaire d'État au service de santé militaire. Soutien de poids pour le

Président de la Chambre qui doit alors constituer son équipe, que ce rapport Debievre qui disqualifie les hommes de la 7^e direction et légitime, sans jamais le nommer, le nouveau Sous-secrétaire d'État. Mais on l'a vu, identifier, circonscrire, définir des « problèmes » (l'évacuation, la chirurgie etc.) c'est aussi une manière de prescrire, de dire ce qui devrait être. La CAS est certes tenue, en partie, par les cadres du débats posés (et les verdicts émis) avant elle par la CSCSSM et la CHP mais son « entrée dans le jeu » n'en reste pas moins une manière de préparer (ou de peser sur) la feuille de route de la future équipe Godart dont le sous-secrétariat d'État est officiellement institué le 18 juillet.

La bataille pourtant n'est terminée. À cette date, le SSM a encore deux directions, une direction administrative et une direction politique. L'une comme l'autre ne peut souffrir cette concurrence et la 7^e direction ne se laisse pas évincer sans réagir. Le directeur-adjoint de Troussaint rédige en août un long rapport, véritable plaidoyer *pro domo* tout en défense de l'action menée par son supérieur. En réponse, Godart transmet à Millerand une longue note dans laquelle il demande explicitement le contrôle exclusif de la politique sanitaire. Dans les jours qui suivent le médecin inspecteur Troussaint, quitte la 7^e direction et prend la tête d'une structure *ad hoc* dans laquelle il est marginalisé.

3 La réforme du point de vue du champ médical

L'analyse de ces rapports aux statuts différents permet de dégager plusieurs conclusions complémentaires quant aux dynamiques sociales qui alimentent l'entreprise réformatrice dans les huit premiers mois de 1915. De manière assez classique, on peut chausser les lunettes de l'histoire politique et voir la CSCSSM, la CHP et la CAS comme trois entreprises concurrentes qui prennent le ministre dans leurs feux croisés. C'est en substance l'interprétation qui prévaut dans l'historiographie et celle, aussi, de Troussaint pour qui :

« placé entre deux commissions, l'une créée par lui, l'autre tenant ses pouvoirs du Parlement et libre d'émettre des vœux et des avis [...] le Ministre se trouvait exposé à mécontenter soit l'une, soit l'autre et provoquer la colère de celle qui n'avait pu obtenir satisfaction ¹⁶⁹ ».

Outre le fait que Troussaint ne dit pas un mot de la commission de l'armée, il me semble que cette lecture exclusivement « intentionnaliste » qui fait de la lutte entre les parlementaires et le ministre (par commissions interposées) le ressort de la séquence étudiée ici, sans être fausse, manque l'essentiel. Pris entre deux feux, Millerand l'est sans

¹⁶⁹ A. Troussaint, Une page de l'histoire du Service de santé, *op.cit.*, p. 361.

doute, et il est difficile de croire qu'il n'y ait aucune arrière-pensée, aucun calcul politique chez les membres des trois commissions. On sait par exemple qu'Henri Doizy, le président de la CHP, convoitait le poste, et il dira deux ans plus tard, en comité secret (29 juin 1917), les attentes déçues des membres du « *corps médical* » pour lesquels le sous-secrétariat devait à l'évidence revenir à l'un de leurs pairs¹⁷⁰.

En prenant au sérieux la « confession » de Doizy (de notoriété publique), en étant attentif à ce qui rapproche les commissions plutôt qu'à ce qui les distingue et aux propriétés sociales de leurs membres, on peut alors faire une lecture différente de la séquence décembre 1914-juillet 1915, une lecture qui ne se s'épuise pas dans l'opposition contrôle parlementaire contre réaffirmation de la doctrine Millerand. Que les parlementaires soient sur le devant de la scène et que Godart ait réussi à capitaliser politiquement sur la dynamique enclenchée avec la reprise des travaux parlementaire pour s'imposer à la tête d'une direction politique de la santé en endossant le rôle de héraut de la cause des blessés (voir en introduction) c'est un fait. Mais la lutte de position qui s'opère dans le champ politique pour savoir qui doit gouverner la santé et dont procède la création du SSESSM ne se résume pas un combat entre les parlementaires et l'exécutif. Elle est aussi et d'abord, de mon point de vue d'un affrontement opposant les « capacitaires » - qui veulent « gouverner (la santé) par les compétences » - à la bureaucratie (sanitaire) de l'armée et en ce sens leur intérêts convergent avec ceux des parlementaires (3.1). Elle est enfin, le produit d'une lutte interne au champ médical pour imposer les « bonnes pratiques ». Autrement dit, elle engage une redéfinition de ce qu'est (doit être) la médecine légitime (3.2).

3.1 Gouverner la santé par les compétences

Avec le « retour dans le jeu » des députés et sénateurs pendant l'hiver 1914-1915 et la création de la CSCSSM, deux principes de légitimité concurrents - la compétence technique et de la légitimité politique - sont à l'œuvre. À première vue, tout oppose la CSCSSM, commission *ad hoc* créée à l'initiative du ministre, à la CHP et la CAS qui, elles, sont permanentes et travaillent à exercer un contrôle sur action. La première est conçue (présentée) comme un lieu de production du consensus, de neutralisation des conflits, dans lequel prime les compétences techniques des hospitaliers, universitaires, savants fondamentalistes et ingénieurs qui la composent quand les commissions parlementaires s'appuient, elles, sur le capital politique de leurs membres. La

¹⁷⁰ V. Viet, *La santé en guerre*, *op. cit.*, p. 210. Dans un contexte bien spécifique puisque c'est au lendemain du « désastre sanitaire » du Chemin des Dames (avril 1917) à la suite duquel Godart est, à son tour, mis en scandale dans ce qu'on appelle alors « l'Affaire de Prouilly ».

différenciation n'est toutefois pas si nette dans la mesure où la commission consultative dont les membres cumulent un important capital politique est loin d'avoir le monopole de la compétence technique. Les parlementaires qui composent les commissions d'enquête de la Chambre et du Sénat sont en effet presque tous des professionnels de santé (médecins et pharmaciens) et une bonne partie des informations dont ils disposent émanent de leurs anciens confrères, étudiants ou amis, mobilisés ou non, qui leur font savoir ce qu'ils voient, ce qu'ils vivent, ce qu'ils pensent du service de santé et de son fonctionnement. En d'autres termes, la CHP et la sous-commission santé de la CAS portent la parole, le point de vue des agents et des institutions du champ médical dont ils représentent, en partie seulement mais en partie quand même, les intérêts. Or c'est précisément ce que font les « experts » de la CSCSSM, et notamment Delbet et Hartmann qui parlent à la fois au nom de la Faculté de Paris, de la société de chirurgie et, pour le second, de l'association des internes et anciens internes en exercice. Autrement dit, « les deux principes de légitimités de la compétence et de la légitimité politique » qui d'ordinaire opposent, dans « *un jeu de délégitimation croisée* », les experts et les élus, sont ici neutralisées par des « principes de regroupement et de solidarité »¹⁷¹. La CSCSSM comme les commissions parlementaires se positionne contre le pouvoir militaire et les trois commissions mobilisent pour ce faire (quoique à des degrés différents) le capital politique et le capital médical¹⁷² de leurs membres. Toutes trois font ainsi officiellement entrer dans le jeu les « compétences » de l'Institut Pasteur, de la Faculté de Médecine (de Paris) et de l'hôpital qui jusqu'alors en était largement exclues, soigneusement tenu au rang de « consultant » et subalterne dans le cadre d'une politique de santé devenu un monopole militaire et qui excluait de fait de sa conception et de sa mise œuvre, les parlementaires d'une part, mais aussi et surtout, les institutions du champ médical et leurs agents.

La majeure partie des travaux qui portent sur la santé ou la médecine en 14-18 signale, sans s'y attarder, l'existence de rapports conflictuels entre les médecins militaires de l'active et les professionnels de santé mobilisés dans le cadre de complément, le plus souvent à des grades de sous-officiers ou d'officiers subalternes. En s'appuyant sur la littérature grise de l'époque et/ou quelques témoignages rarement contextualisés, ils ont bien souvent restitué sur le registre de l'anecdote cette expérience de subordination

¹⁷¹ Sur ces aspects, voir Vincent Dubois, Delphine Dulong, *La question technocratique, de l'invention d'une figure aux transformations de l'action publique*, Strasbourg, Presse Universitaire de Strasbourg, 1999. Vincent Dubois, « L'État, l'action publique et la sociologie des champs », *Revue Suisse de Science politique*, 2014/1, n°20, p.25-30. <10.1111/spsr.12088> <halshs-00836425>.

¹⁷² Qui est une combinaison de capital spécifique - ou se combine des ressources cliniques, scientifiques et techniques, (se sont les savoirs et les savoir-faire) - et de capital social (les réseaux académiques et les réseaux de clientèle).

relative tout en expliquant que la tension sociale qui en résultait procédait d'un rapport de désintérêt mutuel et réciproque, voir de défiance, entre des « santards » jaloux de leurs prérogatives et des civils peu intéressés et peu au fait de médecine militaire¹⁷³. Dans l'étude qu'elle a consacré aux « *médecins dans la Grande Guerre* » - et qui est davantage une étude des controverses de thérapeutiques médico-chirurgicales -, Sophie Delaporte met en avant une autre ligne de fracture, qui séparerait, elle, les médecins de l'Avant - plutôt des « jeunes » et qui ont l'expérience de la médecine des tranchées - et les médecins (plus âgés) de l'arrière, qu'une plus grande distance au front conduiraient à « *déréaliser la guerre* »¹⁷⁴.

Ces oppositions classiques – civils/militaires, médecins de l'avant / médecins de l'arrière, si elles peuvent se révéler opérantes ne rendent pas complètement compte des clivages qui se construisent en 1914-1915 dans le corps de santé et à sa périphérie. En étant attentif à la position qu'occupe dans le champ médical ceux qui sont mobilisés et qui prennent la parole, on voit bien que c'est surtout la subordination des hospitaliers et des universitaires qui alimente l'opposition à la 7^e direction et que les oppositions avant/arrière et civils/militaires dissimulent en partie l'action des « élites » du champ médical qui entendent redéfinir la conduite de la guerre sur le front des soins.

Que dit Barrès lorsqu'il dénonce le « *gâchis des forces médicales* » et donne en exemple ces « [...] *éminents maîtres dans leur art, chirurgiens des hôpitaux de Paris comme Mathieu, Marcille, Morestin ou chirurgiens des hôpitaux de Lyon Laroyenne, Desgouttes, Molin, Delore, Leriche, qui n'ont que l'autorité de leur grade de sous-lieutenant*¹⁷⁵ » ? À quoi renvoient les prises de positions publiques et privées qui dénoncent la « *mauvaise utilisation* » des compétences et des aptitudes ?

Elles signalent un renversement des termes de la division fonctionnelle du travail qui est, aussi, une division sociale du travail. Elles dénoncent une inversion des hiérarchies sociales et des rapports de domination ordinaires en vertu desquels un « maître » du monde hospitalier ou de la faculté ne saurait être soumis à l'autorité d'un médecin-major moins bien doté au plan scientifique et/ou médical. Elles stigmatisent une mise en coupe réglée du champ médical par une bureaucratie militaire qui n'en a ni la légitimité, ni les moyens (puisqu'il faut partout réorganiser, contrôler, inspecter, etc.). Elles dénoncent une expérience généralisée de marginalisation et/ ou de subordination particulièrement problématique pour des hospitaliers et des universitaires dont les titres et les fonctions civiles - au fondement de leur « *valeur professionnelle* » et de leur position dans le champ

¹⁷³ Fournier, Perrolat, Larcen & Ferrandis,

¹⁷⁴ S. Delaporte, *Les médecins dans la Grande Guerre*, op. cit.

¹⁷⁵ *Ibid.*

médical - sont démonétisées dans l'institution militaire. Elles disent ainsi que le passage sous l'uniforme transforme des agents dominants (dans le champ médical) - parce que fortement dotés en capital scientifique et médical - en dominés (dans l'armée et le SSM) en les plaçant dans des positions d'infériorité fonctionnelle et sociale qui leur est insupportable. En d'autre terme, elles disent que la mise en guerre des professions de santé en produit chez ses agents une « souffrance de position ¹⁷⁶ ».

À lire les experts de la CSCSSM comme les « enquêteurs » de la CHP et de la CAS, on voit combien cette question est centrale et comment la question des « blessés » a été requalifiée par le processus de politisation. Tous appellent à un « gouvernement » de la santé par les compétences contre la bureaucratie sanitaire dont ils dénoncent tour à tour l'impuissance, l'inertie et/ou l'incompétence, et tous font de cette métamorphose une condition de félicité de la réforme de la santé en guerre. En dénonçant les logiques d'affectation et d'attribution des grades ou les mésusages des ressources hospitalières et humaines relevant d'un régime d'action privé, les entrepreneurs en scandale et les promoteurs de la réforme, malgré de leurs désaccords, posent une même question : celles des effets du déplacement social dont les hospitaliers et les universitaires font l'expérience lorsqu'ils sont mobilisés ou, dans une moindre mesure, lorsqu'ils sont impliqués dans un dispositif de soin dépendant de l'armée. Les rapports fourmillent de références, d'exemples, de développements en ce sens et montrent que la CSCSSM, la CHP et la CAS ont en commun d'appeler à une remise en ordre du monde médical, à une normalisation entendue comme une restauration de l'autonomie des praticiens, à une académisation pourrait-on dire, si l'on entend par là un alignement des principes et pratiques de la « médecine de guerre » sur ceux qui prévalent au sein du cœur hospitalo-universitaire du champ. C'est une mise cause sinon de l'étatisation de la médecine elle-même, des modalités du processus d'étatisation.

Dans la société française de 1914, l'État, même en temps de guerre, ne peut pas tout. En mettant en œuvre une politique de santé « contre » les médecins ou, plus exactement « sans eux », en imposant aux agents et institutions qui dominent le champ médical une organisation et des pratiques fondées sur une logique réglementaire et bureaucratique qui sert les seuls intérêts stratégiques de l'état-major, le processus de mise en guerre produit chez ces agents un rapport malheureux, douloureux, à l'institution militaire, condition propice à la contestation ¹⁷⁷. Une contestation qui se traduit par des « *frustrations* », de la « *grogne* », qui est certes « *diffuse* », « *composite* », « *discordante* », hétéroclite, multiforme

¹⁷⁶ Pierre Bourdieu, *La misère du monde*, *op. cit.*.

¹⁷⁷ V. Viet, *La santé en guerre*, p.75-84.

mais qui trouve un débouché politique lorsque les « capacitaires » rentre dans le jeux par le bais des commissions.

Mobilisés et/ou relégués à des positions subalternes ces agents sont aussi collectivement tenus hors de l'espace de production de la politique de santé dans les premier mois de la guerre. Cette double expérience de subordination des agents et de marginalisation des institutions - qui va à rebours de la montée en puissance de la logique hygiéniste et médicale dans l'armée(évolutions décrites au chapitre premier) d'une part et, plus largement, de celle des médecins sous la III^e République d'autre part¹⁷⁸ - alimente la production, dans le champ politique, d'un programme de réforme qui vise à « normaliser » la situation des professions de santé dans l'armée et, par tant, la médecine militaire elle-même, c'est-à-dire à l'aligner sur les critères, les principes, les logiques de fonctionnement et les normes qui prévalent dans le champ médical.

À partir du printemps 1915, il devient de plus en plus compliqué pour le ministère et le GQG de gouverner la santé des populations militaires sans ou contre l'avis et les intérêts des agents les mieux dotés du champ médical. C'est, au sens où l'entend Norbert Elias, une première forme de reconfiguration de l'espace social de production de la politique de santé. La constitution de la CSCSSM et l'entrée en scène des commissions parlementaires inaugurent la fin de cette période de régression vers l'hétéronomie et engagent une transformation de la configuration sociale de la santé en guerre. Elles marquent le début d'une reconfiguration de l'espace social de production de la politique sanitaire. De ce point de vue, le recours à l'expertise des « compétences », qu'on a présenté comme un « choix », une « stratégie » etc. de Millerand, se donne aussi à voir comme une force sociale qui s'impose à lui et la création du SSESSM - dont on lui attribue la paternité - comme le produit de cette dynamique de « normalisation », comme le résultat de cette reconfiguration qui s'institutionnalise avec lui.

La dynamique de délégitimation du SSM et l'entreprise réformatrice procèdent en effet d'un réaménagement des rapports entre différentes fractions des élites, d'un réajustement des relations entre les différentes composantes sociales du champ du pouvoir. Sur la base de ce socle normatif commun, la requalification des relations de pouvoir entre la bureaucratie militaire et les élites médicales civiles - et, plus largement, entre les différentes composantes du champ du pouvoir impliquées dans la politique de santé militaire -, devient à la fois un enjeu et une condition de félicité de la réforme du SSM.

¹⁷⁸ Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, op. cit., 187 & suiv.

Et c'est là le second point décisif, la normalisation de la prise en charge médicale et sanitaire c'est d'abord la normalisation de la situation des (futurs) élites médicales (agrégés des facultés internes et hospitaliers). S'opère alors un tour de force symbolique et politique : par la construction de la cause des blessés et la mise en scandale du SSM, les agents du champ médical parviennent à « universaliser » leur cause et leurs intérêts.

En définitive, la mise en scandale analysée précédemment apparaît bien ici comme un mode de réforme de l'institution¹⁷⁹ et si les partisans d'une réforme du SSM justifient cette dernière et affirment (et ils le croient) que celle-ci est au service de la cause des blessés, en 1914-1915, c'est bien davantage la production de cette cause et ses usages qui sont au service de l'entreprise réformatrice. En ce sens, l'arrivée de Godart – bien qu'il ne soit pas médecin – signe au moins autant « *l'irréversible déclin ou la faillite d'une répartition des rôles et des compétences qui ne prenaient pas en compte les intérêts de blessés*¹⁸⁰ » que la fin d'un gouvernement de la santé en guerre ne prenant pas en compte les logiques et intérêts spécifiques, propres aux agents dominants le champ médical.

Au-delà de la situation objective des blessés et malades de guerre (dont les rapports parlent finalement assez peu), la « force instituante » de cette opération de « remise en ordre », sa capacité à transformer l'institution, ne peut en effet se comprendre qu'en relation avec l'action d'une « avant-garde médicale » qui, contre la 7^e direction et ses soutiens, travaillent certes à la normalisation (ou à l'académisation) de la prise en charge médicale des blessés et malades de guerre mais aussi, et plus largement, à une transformation de la pratique médicale elle-même. Les conflits et les luttes qui alimentent la déstabilisation politique du SSM ne s'épuisent pas en effet dans l'opposition élites hospitalo-universitaires civiles / cadres militaires. Plusieurs hauts gradés du SSM sont des soutiens objectifs de Godart au premier rang desquels Sieur et Mignon qui pensaient gagner « *beaucoup, dans les moments difficiles, à s'associer à des esprits qui n'ont pas les mêmes vues habituelles* ». De ce point de vue, ce qui se passe au même moment dans l'arène académique et scientifique n'est pas moins décisif, pour cerner ces esprits aux vues inhabituelles.

3.2 Il n'y a pas de chirurgie de guerre, il n'y a que la chirurgie

Cette première dynamique s'accompagne en effet d'un délitement progressif des soutiens dont la médecine militaire bénéficiait jusqu'alors dans les champs médical, scientifique et académique. Bien qu'ils ne la saisissent pas sous cet angle, les travaux de

¹⁷⁹ Nicolas Delalande, « Mort de Rémi Fraisse : l'État à l'épreuve. Entretien avec Fabien Jobard », *La Vie des idées*, 25 novembre 2014. [<http://www.laviedesidees.fr/Mort-de-Remi-Fraisse-l-Etat-a-l.html>]

¹⁸⁰ Vincent Viet, *La santé en guerre*, op. cit., p.85.

Sophie Delaporte sur la controverse qui, à partir de l'automne 1914, oppose partisans de l'abstention opératoire et promoteurs de l'intervention, en rendent très bien compte. Dès le 14 octobre, le médecin principal de Médecin principal de 1^{ère} classe (en retraite depuis 1910) Henri Toussaint (1856-1919)¹⁸¹ intervient à la Société Nationale de Chirurgie et fait entendre un autre discours que celui de Tuffier et Delorme. Comme Édouard Quénu (1852-1933) et les chirurgiens Eugène Rochard (1853-1924)¹⁸², Thiéry (1863-1952)¹⁸³ - qui plaident pour le retour à la « vieille chirurgie antiseptique » - il se déclare favorable aux « débridements » larges et précoces » c'est à dire au nettoyage chirurgical des plaies au plus près des lignes. Il ne s'agit pas simplement, comme le préconise le SSM après l'*aggiornamento* de Delorme de trier, mais bien d'intervenir chirurgicalement pour enrayer le processus infectieux. Les 21 et 28 octobre Quénu présente – toujours devant la Société Nationale de Chirurgie son « *traitement des plaies de guerre gangreneuses par le débridement et la stérilisation à l'air chaud* ». Il entend bien qu'à l'Avant le débridement est un geste compliqué, mais sa communication vise « *le débridement secondaire [...] le seul [qu'il ait eu] l'occasion d'appliquer* » et selon lui s'effectue de manière trop tardive : pour le nettoyage chirurgical des plaies doit intervenir dans les 24 à 36h maximum après la blessure ». Professeur de clinique infantile et de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Auguste Broca (1859-1924)¹⁸⁴, qui dès 1880 se préoccupait de Bactériologie chirurgicale¹⁸⁵, soutient la position de Quénu.

Deux anciens internes des hôpitaux de Paris - Robert-Léon Dupont¹⁸⁶ et Léon Kendirdjy (1874- ?), chef de clinique de Paul Reclus (1847-1914) - publient le 24 novembre dans *Les Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie* leur « *Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen en chirurgie de guerre* ». La pratique de l'abstention, les deux hommes en ont manifestement une expérience douloureuse avec 100% de mortalité et pour eux l'abstention chirurgicale ou le report des interventions à l'arrière sont chaque jour démenties par les faits. Leur communication ouvre alors la discussion sur les possibilités d'intervention à l'avant, elle pose la question de la transformation des conditions matérielles de mise en œuvre de la

¹⁸¹ Archives Nationales - Dossier LH/2621/71.

¹⁸² Chirurgien des Hôpitaux de Paris. Secrétaire général de la Société de chirurgie. Membre de l'Académie de médecine.

¹⁸³ Chirurgien des Hôpitaux de Paris. Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Voir AN, Dossier Légion d'Honneur : LH/2647/9.

¹⁸⁴ Voir la notice qui lui est consacrée dans F. Huguet, *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris* op.cit.

¹⁸⁵ Il est le traducteur d'un livre britannique éponyme.

¹⁸⁶ Ancien interne (promotion 1905) voir [<http://www.aaihp.fr/AIHP.php?Lettre=D>].

laparotomie et, partant, celle de la réorganisation complète des services de santé de l'Avant¹⁸⁷.

Qu'il s'agisse des établis de l'arrière (les professeurs comme Quénu ou Broca) ou des « jeunes » pratiquant la médecine à l'Avant, les « interventionnistes » ont en commun de mettre en jeu l'organisation du dispositif thérapeutique de l'Avant (dont la Zone des étapes) au nom de la connaissance des mécanismes infectieux.

Au printemps 1915, ou moment à la CSCSSM et la CHPC plaident en faveur d'une intervention chirurgicale précoce, la controverse engagée dans l'arène scientifique depuis novembre se durcit. En mars, les chirurgiens Robert Proust (1873-1935) et Maurice Pignot (1873-1957) confirment ce que beaucoup pensent alors : les plaies reçues au combat, quelque soit « l'agent vulnérant » (le projectile) ne sont aseptiques, bien au contraire, elles sont le siège des agents de la gangrène gazeuse (préfringens) et de la septicémie (streptocoque). Après huit mois passés dans une ambulance de l'Avant¹⁸⁸ Henri Judet (1874-1943) présente devant de la Société des Chirurgiens de Paris¹⁸⁹ une communication sobrement intitulée « *La chirurgie à la guerre dans les ambulances de l'Avant*¹⁹⁰ ». L'ancien interne des hôpitaux de Paris (service de Quénu de 1897 à 1902) passé par le laboratoire de Dastre¹⁹¹ et successeur de Paul Bert (1833-1886)¹⁹² à la Faculté des sciences (il est docteur ès sciences naturelles) est chirurgien à l'Asile national du Vésinet (depuis 1906) lorsqu'il est mobilisé et affecté à l'Ambulance chirurgicale de la 62^e division d'infanterie comme médecin aide-major de 1^{ère} classe¹⁹³. Pour ce médecin lieutenant, spécialiste des fractures et de la greffe articulaire qui présente les statistiques opératoires de 192 blessés « observés à loisir », les plaies de guerre doivent être traitées selon les règles de la chirurgie générale. Elles ne présentent pas, en elles-mêmes, de spécificités qui justifieraient de s'abstenir de toute intervention. Au contraire, il les décrit comme éminemment sceptiques (deux tiers d'entre elles), plus que toutes celles qu'il a pu voir dans sa pratique civile, et il recommande d'intervenir le plus précocement possible en suivant un protocole qui respecte les règles de l'antisepsie. Et sa conclusion tombe comme un

¹⁸⁷ Sophie Delaporte, Les médecins *dans la Grande Guerre*, op. cit., p.41.

¹⁸⁸ Sur le fonctionnement et le rôle central des ambulances de division (une médicale et chirurgicale par division) dans le SSM de l'avant en 1914 voire Larcan et Ferrandis, *Le Service de Santé aux Armées...*, op. cit., p. 116.

¹⁸⁹ Société présidée par Maurice Cazin (voir chapitre IV).

¹⁹⁰ V. Viet, *La santé en guerre*, p. 234-235.

¹⁹¹ Voir la lettre de recommandation de ce dernier au Grand Chancelier de la Légion d'Honneur du 12 janvier 1914 dans son dossier (très complet) : AN, Dossier LH 19800035/1329/54032.

¹⁹² Médecin et physiologiste, élève et successeur de Claude Bernard au collège de France et au Muséum nationale d'histoire naturelle, Paul Bert est une figure républicaine de la première heure élu député radical dès 1872, il est ministre de l'Instruction publique et des cultes de 1881 à 1882.

¹⁹³ Comme 3805 de ses confrères Judet est MAM de 1^{ère} classe en 1911 (depuis le 29 septembre 1909) et mobilisé à ce grade en 1914 cf. *Annuaire Officiel de l'Armée [...] Année 1911*, op. cit., p 1312.

couperet sur la tête de l'école de chirurgie de guerre française, pour lui : « il n'y a pas de chirurgie de guerre. Il y a seulement une chirurgie à la guerre »¹⁹⁴.

Georges Gross (1875-1950), Pierre Delbet, Henry Tissier¹⁹⁵ et Noël Fiessinger (1881-1946)¹⁹⁶, établissent par ailleurs que les germes présents dans les plaies de guerre entrent en action dans les 12 à 14 heures suivant la blessure¹⁹⁷. Ils en concluent que le sort des blessés se joue quasiment dans les 24h, ce qui justifie là encore une intervention des plus précoces qu'il s'agisse des plaies de l'abdomen ou des plaies des membres. Cette prescription nouvelle en matière de délais opératoires vient donc accréditer scientifiquement la nécessité d'une révision complète du dispositif de prise en charge des blessés. Pour Sophie Delaporte, la série de quatre rapports présentés par Quénu à partir de juin 1915 constitue un tournant dans la controverse¹⁹⁸. Devenu le héraut de la cause interventionniste le titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de Cochin démonte soigneusement, intervention après intervention, les fondements intellectuels et scientifiques de l'abstentionniste¹⁹⁹. Signe du ralliement qui s'opère, il est soutenu par Anselme Schwartz (1872 -1957), René Leriche (1879-1955) ou encore Henry Paul Bichat (1877-1930)²⁰⁰. Cette montée en puissance de l'interventionnisme se concrétise un an plus tard, lorsqu'en mai 1916, la SNC émet officiellement un vœu en ce sens. La biologie des plaies de guerre donne ainsi au programme défendu par les promoteurs d'une réforme globale de l'organisation sanitaire (ré)organisation des évacuations – établissement d'un "triage chirurgical" des blessés par degré de gravité aux plus près des lignes – intervention sur les blessés graves dans des structures spécifiques) la légitimité d'institutions parmi les plus centrales dans le champ : les deux sociétés de chirurgie, la facultés de Paris et l'hôpital (APP).

Produit de l'entrée en scène des chirurgiens de métier et plus précisément de l'élite hospitalo-universitaire formée aux sciences expérimentales sur un terrain qui ne les intéressaient que très marginalement avant la guerre, la controverse technique autour du traitement des plaies de guerre ne se traduit pas seulement pas une remise en question des pratiques et des dogmes de la chirurgie de guerre telle que les instances les plus légitimes les avaient consacrés avant guerre (Delorme, l'Institut, l'Académie), leurs prises de

¹⁹⁴ Id.

¹⁹⁵ Dates de naissance et de mort inconnue. C'est un biologiste, connu pour avoir découvert le principe du bifidus actif en 1899.

¹⁹⁶ Les deux premiers sont chirurgiens, les deux suivants sont des « fondamentalistes » spécialistes des maladies infectieuses.

¹⁹⁷ V. Viet, *La santé en guerre*, p. 234-235.

¹⁹⁸ Sophie Delaporte, *Les médecins dans la Grande Guerre*, op. cit. p.47.

¹⁹⁹ En s'appuyant notamment en juin 1915 sur les travaux des chirurgiens Bichat et Caudrelier qu'il présente : Bouvier, Caudrelier « 33 laparotomies pratiquées sur des blessés de l'abdomen par balles, éclats de bombe et d'obus », *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie* », p. 1257-1292.

²⁰⁰ Id. p.55.

position constituent une réfutation de la chirurgie de guerre elle-même. Pierre Delbet, reprenant le mot de Judet, le dira sans détour dans *Le Monde Illustré* de novembre 1916 : « *il n'y a pas de chirurgie de guerre, il n'y a que la chirurgie* ».

Autrement dit, au printemps 1915, la médecine militaire est en train de perdre le monopole du discours légitime et de la prescription en matière de prise en charge des blessés et malades de guerre et c'est inédit. La démarche scientifique, expérimentale, vient légitimer les ambitions réformatrices et alimenter le processus de politisation. Mais il y a plus. La construction d'un savoir clinique fécondé par la biologie et les sciences auxiliaires ouvre la possibilité d'une organisation scientifique (et non plus réglementaire) du travail de soin²⁰¹. Plus largement, c'est toute la thérapeutique chirurgicale que les « sciences auxiliaires » - la bactériologie et la radiologie surtout - requalifient. Si leur convergence ouvre la possibilité d'une transformation des fondements pratiques et théoriques de l'action de soin et participe de la formation de « nouveaux » savoirs cliniques (biologie des plaies de guerre) et chirurgicaux, la dynamique suscite aussi des oppositions. Elle véhicule en effet une véritable métamorphose de la médecine et de chirurgie, elle met en jeu les modes de production diagnostic qui sont au cœur du système de pouvoir du champ médical. Patrice Pinell l'a remarquablement mis en évidence²⁰², la puissance des cliniciens vient de ce qu'ils disposent du monopole de production des biens de santé, monopole au principe de l'autonomie du champ médical. En légitimant encore un peu plus le rôle des sciences médicales, donc des scientifiques en médecine, la mise en guerre renforce un processus déjà bien engagé, mais activement combattu, d'intégration de la science dans la médecine (de conquête de la médecine par la science), elle renforce la position de ceux qui défendent la transformation de l'art du diagnostic en science thérapeutique. La disqualification du SSM au nom des « bonnes pratiques » et la publicisation de la critique relèvent donc indissociablement d'une stratégie scientifique et sociale qui participe de cette « [...] *prudente, laborieuse, toujours recommencée inscription du laboratoire dans la clinique* [...]»²⁰³ médicale et chirurgicale. Plus qu'une légitimation, la métamorphose de la médecine et sa construction comme pratique scientifique constituent l'autre moteur la dynamique réformatrice.

L'étude des modalités historiques de construction de «la prise en charge des blessés et malades de guerre» comme problème public et la reconstitution de la genèse du programme de réforme nous permet de comprendre que l'un et l'autre procèdent d'une transformation des relations entre des acteurs (reconfiguration) appartenant à des univers

²⁰¹ V. Viet, *La santé en guerre, op. cit.*, p. 235.

²⁰² Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », art. cité, p. 305-318.

²⁰³ A. Contrepoids, *L'invention des maladies infectieuses, op. cit.*, p.12.

sociaux interconnectés mais relativement autonomes (mondes scientifique, médical, militaire). C'est bien que ce qu'on observe sur le temps court et spécifique de l'entrée en guerre, sinon une forme de déssectorisation (Dobry), a minima un processus de décloisonnement - inhérent à la mise en guerre du champ médical : un moment où des secteurs sociaux interconnectés mais autonomes (l'institution militaire, le secteur privé de l'assistance aux blessés et le cœur hospitalo-universitaire du champ), les acteurs qui les animent traditionnellement et les normes qui les régissent de façon routinière, entrent en collusion et s'interpénètrent. Mettre en scandale le Service de santé militaire en alimentant les dénonciations publiques relève de cette marge de jeux dont dispose les acteurs saisis par une institution disciplinaire et hiérarchique dans laquelle ils n'ont guère voix au chapitre. Et l'un des effets de ce décloisonnement c'est d'abord que la médecine militaire perd le monopole du discours légitime sur ses propres pratiques et que les règles qui la régissent (et régissent l'ensemble des participants) sont mise en jeu par des acteurs qui avant l'été 14 lui étaient sinon étrangers très largement extérieurs. L'entrée des élites du champ médical dans un SSM soumis à la bureaucratie militaire et aux logiques (non médicales) de l'État-major, constitue l'un des principaux moteurs de la mise en scandale d'abord et de la réforme de l'institution ensuite. Les critiques des chirurgiens, des cliniciens, des savants fondamentalistes (recherche médicale, médecine expérimentale) permettent de comprendre que la mobilisation pour les blessés et malades de guerre - question jusqu'alors relativement périphérique dans le champ médical (bien que discutée dans l'espace académique) - relève aussi d'une lutte pour la définition de la médecine légitime, pour l'imposition des « bonnes pratiques ». Loin des analyses qui mêlent adhésion idéologique, soumission consentie à l'État et devoir humanitaire, saisir sous cet angle la mutation de l'institution permet de saisir qu'est la réforme : un produit et une condition de possibilité de l'intense participation des médecins, notamment des élites disposant d'un capital scientifique, à l'effort de guerre. Autrement dit, la mobilisation des agents du champ médical, notamment des chirurgiens et des cliniciens, parisiens et lyonnais (mais pas seulement) est une condition (insuffisante mais indispensable), pour qu'émerge sous l'impulsion de l'équipe Godart (à partir de l'été 1915) une politique de santé publique.

CHAPITRE 6

LOGIQUES SOCIALES ET LIMITES PRATIQUES DE LA RÉFORME

Après avoir examiné les conditions de possibilités et la dynamique sociale au principe de la réforme, ce dernier chapitre entend en saisir les modalités concrètes de mises en œuvre, les principes d'actions et les limites pratiques. Deux questions articulées de manière dialectique sous-tendent les analyses et prolongent la réflexion engagée dans le chapitre précédent, il s'agit d'explorer plus avant le lien entre reconfiguration de la santé en guerre, réforme du SSM et cette histoire laborieuse, toujours recommencée de l'inscription du laboratoire dans la clinique et de l'intégration de la science dans la médecine. Corolaire de cette première interrogation, il s'agit d'essayer de comprendre ce que la situation de guerre fait au champ médical. La Grande Guerre est-elle au principe d'une recomposition du champ médical ? A-t-elle entraîné une recomposition des chaînes d'interdépendance, des rapports hiérarchiques qui l'organisent, des clivages en fonction desquels se distribuent les positions au sein de celui-ci et le cas échéant peut-on y voir une rupture ? La question se prolonge au regard de la dynamique qui caractérise le champ : est-ce que la dynamique de spécialisation est impactée par la guerre ?

En première intention, on peut penser la séquence 14-18 a accentué la dynamique de spécialisation et, de ce fait, qu'elle l'a transformée, tout la question est de savoir si et dans quelle mesure ces effets ont été durables et se sont traduits en terme d'institutionnalisation et/ou de professionnalisation. Toutes les spécialisations ne réussissent pas, mais chaque spécialité nouvelle reconfigure l'espace des relations internes au champ.

L'histoire de l'inspection médicale des usines d'armement, restituée ici à partir des archives « usines de guerre » de la série (F22) des Archives nationales et des archives des manufactures d'armes (SHD Centre des Archives de l'Armement et du Personnel) permet de rendre compte des conditions et modalités de mise en œuvre d'une politique de santé dans les usines de guerre. L'enquête permet de saisir ce que la guerre fait à l'espace social naissant de la santé au travail (1).

Le cas du Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques (2), véritable poste avancé de la réforme en zone des armées, permet ensuite d'analyser l'ordinaire d'une entreprise de réforme à partir des archives personnelles de son directeur (Musée Curie) l'histopathologiste lyonnais Claudius Regaud. Par la mobilisation, autour de et par Regaud, de segments spécifiques du champ médical (réseaux lyonnais, vivier de Pasteur), et l'alliance avec certains médecins militaires, le GSCS tente, avec un succès inégal, de transformer les logiques et les pratiques du Service de santé militaire et transforme, en retour, les manières de faire le métier.

I La médicalisation des mains d'œuvre de l'armement

Dans les usines de l'État comme dans celles du secteur privé, la mobilisation générale d'août 1914 provoque une pénurie de main-d'œuvre. Partout le personnel manque et l'industrie civile est la plus affectée. Dès septembre, les industriels obtiennent de Millerand (1859-1943) des facilités. Malgré les protestations de l'armée, le patronat recrute directement dans les dépôts militaires les ouvriers dont il estime avoir besoin¹. Les questions d'approvisionnements et de main-d'œuvre polarisent les critiques et la politique industrielle du gouvernement est contestée dans l'arène parlementaire ; contestation qui alimente les velléités de contrôle parlementaire des grandes commissions de la Chambre et du Sénat (armée et finances notamment)². Les problèmes de production et leur politisation contraignent le gouvernement à un changement de politique industrielle. En mai 1915, Viviani (1863-1925) crée un Sous-secrétariat d'État à

¹ Voir sur ce point : Patrick Fridenson, « 14-18, l'autre front », Cahier du Mouvement social n°2, Paris, Les éditions ouvrières, 1977. Lazarovici Florent, « L'organisation du ministère de l'Armement sous Albert Thomas : une expérience socialiste ou technocratique ? », dans Romain Ducoulombier (dir.), *Les socialistes dans l'Europe en guerre*, L'Harmattan, p. 55-72.

² Fabienne Bock, *Un parlementarisme de guerre, 1914-1919, op.cit.*, p. 19-47. Nicolas Roussellier, « Le Parlement français et la Première Guerre mondiale », *Parlement[s], Revue d'histoire politique*, art.cité, p. 13-30.

l'Artillerie et à l'équipement militaire (SSEAEM) et nomme à sa tête un député socialiste de 36 ans, Albert Thomas (1878-1932)³.

Proche de Jaurès et de Millerand, ce fils de Boulanger passé par la rue d'Ulm est un réformiste et un réformateur convaincu⁴. Militant syndicaliste et coopérateur, il soutient et participe des « Congrès d'hygiène des travailleurs et des ateliers » (cinq entre 1904 et 1911) où se réunissent - sous direction ouvrière - médecins, inspecteurs du travail, ingénieurs, avocats, hauts fonctionnaires et politiques intéressés par et aux questions de santé/sécurité au travail⁵. Spécialiste reconnu des chemins de fer, il est recruté au poste de directeur de l'Artillerie (3^e direction) en septembre 1914, il inspecte les usines d'armement dès l'automne⁶. Lorsqu'il prend la tête de l'Armement, l'intensification de la production et la rationalisation du recrutement constituent des objectifs prioritaires pour le gouvernement. L'Inspection des Forges, qui manque elle aussi de personnel, n'est pas en capacité d'assurer un contrôle efficace sur des recrutements qui s'opèrent alors dans la plus totale opacité. Le ministère de la guerre entend bien cependant contrôler le recrutement et crée à cet effet un Service Ouvrier (10 juin 1915). Rattaché directement au cabinet du SSEAM, il devient le pivot de la politique ouvrière du sous-secrétariat qui parvient à en faire le premier interlocuteur de l'armée et du patronat. Il centralise les demandes, les limite aux seuls territoriaux pour préserver l'armée d'active et crée trois catégories de rappelés : les spécialistes (indispensables), les manœuvres compétents (à remplacer s'ils sont aptes au service armé) et les ouvriers « sans profession utile » (renvoyés à l'Avant). Ces mesures suscitent des conflits entre les industriels, l'armée et le ministère mais la logique de la production l'emporte toujours. Les parlementaires s'emparent de la question et débattent des règles d'organisation du rappel des mobilisés en usine. La discussion de la proposition de loi Dalbiez-Ponsot débouche sur l'adoption de la loi du 17 août 1915⁷. Le texte fixe un cadre légal aux affectations en usines et entérine les dispositions prises par le SO⁸.

³ Le SSEAEM devient Sous-secrétariat à l'artillerie aux munitions (SSEAM) dans le 5^e cabinet Briand (formé le 29 octobre 1915) puis Ministère de l'Armement et des Fabrications de guerre (MAFG) le 12 décembre 1916 (6^e cabinet Briand).

⁴ Christophe Prochasson « Entre science et action sociale : le "réseau Albert Thomas" et le socialisme normalien, 1900- 1914 », dans Christian Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La Nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1880-1914*, op.cit. Isabelle Lespinet-Moret, *L'Office du Travail, 1881-1914. La République et la réforme sociale*, op.cit. Adeline Blaskiewicz-Maison, *Albert Thomas. Le socialisme en guerre 1914-1918*, Rennes, PUR, 2016, p. 21-39.

⁵ Michel Bouillé, « Les congrès d'hygiène des travailleurs au début du siècle 1904-1911 », *Le Mouvement social*, N° 161 (Oct. - Dec., 1992), p. 43-65.

⁶ Florent Lazarovici, « L'organisation du ministère de l'Armement [...] », op.cit., p. 55-57.

⁷ Le 1^{er} avril 1915 Victor Dalbiez et Georges Ponsot déposent à la Chambre une proposition de loi "tendant à assurer la juste répartition des hommes mobilisés et mobilisables" (n° 835). Transmise à la commission de l'armée est donné lieu à deux rapports de M. Paté, le 20 mai 1915 (n° 936) et le 18 juin (n°1026). Adopté le 26, le texte est transmis au Sénat le 29 juin (n° 232) et Chéron rapporte le 29 juillet (n° 279). Le 11 août le texte est adopté après modifications. Il revient à la Chambre le 12 (n° 1203) et Paté rapporte sur le texte

Plus largement, entre l'été 1915 et janvier 1916, les grands axes d'une politique de main-d'œuvre inédite sont posés : rappel des ouvriers qualifiés mobilisés, utilisation de toutes les catégories de main-d'œuvre disponibles sur le territoire métropolitain et organisation du recrutement à l'échelle impériale. La compétence est loin cependant d'être la seule condition au principe de l'affectation en usines. Des mobilisés jugés inaptes au Service Armé (SA) par les Commissions (ordinaires puis spéciales) de Réforme – autrement dit, des blessés et des malades placés dans les services auxiliaires - y sont également envoyés. Femmes, enfants, mobilisés diminués, étrangers et bientôt coloniaux, réfugiés, prisonniers et mutilés de guerre (à partir de mai 1916)⁹, l'industrie de l'armement fait feu de tout bois et recourt massivement à du personnel peu ou pas qualifié. Autour du Service Ouvrier s'élabore un véritable « modèle stratifié d'utilisation des ressources humaines » articulant recrutement des « compétences » et recours inédit à une main-d'œuvre inexpérimentée¹⁰.

Sur le terrain du droit du travail, le primat accordé à la production et le déficit de main-d'œuvre légitiment l'adoption immédiate de mesures d'exception. Entre le 2 et le 14 août 1914 le ministère du Travail et de la prévoyance sociale suspend le repos hebdomadaire et autorise les journées de travail supérieures à 10 heures ainsi que le travail de nuit des femmes et des enfants que les employeurs peuvent bientôt affecter aux travaux dangereux (chargement des munitions ou la production des explosifs notamment). Au plan des prescriptions légales concernant l'hygiène et la sécurité des ouvriers-ères, tous les établissements industriels, civils ou militaires, restent cependant soumis aux dispositions du règlement général du 10 juillet 1913 relatif à l'application de l'article 67 du code du travail (livre II). Les établissements privés qui travaillent en partie ou en totalité pour l'État relèvent donc du contrôle de l'Inspection du travail. Déjà débordée en temps de paix, l'action de l'Inspection est doublement impactée par la situation de guerre¹¹. D'abord parce que son éphémère ministre de tutelle, Maurice

modifié (le 13) qui est adopté le jour même. Millerand signe le texte le 17 août 1915. Voir JORF du 19 août 1915.

⁸ Sur le recrutement des mobilisés en 1914 et le service ouvrier Voir Lazarovici Florent, « L'organisation du ministère de l'Armement sous Albert Thomas : une expérience socialiste ou technocratique ? », dans Romain Ducoulombier (dir.), *Les socialistes dans l'Europe en guerre*, Paris, L'Harmattan-Fondation Jean Jaurès, 2010, p. 60-63.

⁹ Voir le Bulletin des Usines de Guerre (BUG) - outil d'information et de propagande du SSEAM largement distribué dans les usines - n°1 du 1er mai 1916, p. 5-6, n°8 du 29 mai 1916, p. 36 et n°9, du 25 juin 1916, p. 66-67. Pour les effectifs de femmes Voir Viet V, *La santé en guerre. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Presses de SciencesPo, 2015, p. 323. On estime à 13 000 le nombre de « mutilés » employés à la fin de la Guerre, Voir Frédéric Reboul, *La mobilisation industrielle*, t.1, p.170-171, cité in Fridenson P., « 14-18, l'autre front », *op.cit.*, p 86-87.

¹⁰ V. Viet, *La santé en guerre*, *op. cit.*, p. 321-330.

¹¹ V. Viet, *Les voltigeurs de la République. L'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS éd., 1994, vol.1, p. 258-271.

Couyba (1866-1931)¹², l'invite à la plus grande tolérance envers les industriels, ensuite parce qu'elle est considérablement affaiblie par la mobilisation : en 1915 seuls 53,5% des effectifs de 1914 sont en activité (10 divisionnaires, 50 départementaux, 17 inspectrices)¹³. Dans ce régime d'exception qui vide très largement de sa substance la protection légale des travailleurs, les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont démultipliés.

Si l'équipe du SSEAM s'occupe en priorité des salaires, elle s'efforce aussi de rétablir en l'harmonisant la protection légale des travailleurs que les mesures d'exception prises en 1914 et la multiplication des statuts ont fait voler en éclat. Secondé par Édouard Louis Sévin (chef de cabinet), l'économiste et sociologue François Simiand (1873-1935) et le romaniste Mario Roques (1875-1961) – respectivement chef-adjoint et sous-chef de cabinet -¹⁴ Thomas élabore alors un véritable « régime de protection tutélaire »¹⁵ qui fait de l'État l'arbitre des conflits entre le capital et le travail et de la pacification des rapports sociaux au travail une condition de l'augmentation des rendements. En resserrant la focale sur la dimension sanitaire de la politique ouvrière de l'Armement, l'épisode apparaît comme un « point de bifurcation » de l'histoire de santé au travail. La Grande Guerre « en justifiant un interventionnisme étatique plus vigoureux » aurait accéléré « la maturation d'un modèle pour le médecin en entreprise ». L'inspection médicale des usines de guerre et la visite d'embauchage auraient notamment contribué à définir son rôle d'« expert soucieux de la productivité [et d'] hygiéniste au service de la santé ouvrière »¹⁶.

Cette première étude de cas se propose de réexaminer cette hypothèse en mobilisant les archives de « l'organisation médicale des usines de guerre » versées par le Ministère du Travail aux Archives Nationales et celles des usines de guerre de l'État elles-mêmes, conservées par le Service Historique de la Défense sur le site de l'ancienne Manufacture d'Armes de Châtellerault (MAC)¹⁷. Ces sources présentent à l'évidence un certain nombre de lacunes et de biais, au premier rang desquels le silence de nombre d'agents

¹² Maurice Couyba est Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale du gouvernement Viviani du 13 juin au 26 août 1914. Jean-Baptiste Bienvenu-Martin (1874-1942) occupe ensuite le poste jusqu'au 29 octobre 1915.

¹³ V. Viet, « Le droit du travail s'en va-t-en guerre (1914-1918) », *Revue française des affaires sociales*, 2002/1, p. 156-157.

¹⁴ La composition du cabinet est donnée dans le JORF du 29/11/1915, p. 8674

¹⁵ *Ibid.*, p.158-165.

¹⁶ Voir Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck, Paul-André Rosental, *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2006, chap. 1 « Genèse de la médecine en milieux professionnel », p. 10-23.

¹⁷ Archives Nationales – sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale (1852-1951) » - cartons 530 à 542 : « Guerre de 14-18 : usines de guerre, placement des mutilés de guerre, transformation des fabriques de guerre en fabrique de paix, lutte contre le chômage. 1914-1919 ». SHD - Centre des archives de l'armement et du personnel civil (Châtellerault) - sous-séries 2H2 Archives de la MAC, 2H3 MAT, 2G2 Bergerac, 3H10 Tarbes.

intermédiaires chargés de la mise en œuvre de ces politiques et celui des hommes et des femmes qui en furent à la fois les objets et les sujets. Si ces sources ne laissent guère de place à une histoire de la médicalisation du point de vue des subalternes, le dépouillement des échanges entre services, des notes, rapports et documents internes, offre en revanche un point de vue intéressant sur une histoire en construction, et ouvre une fenêtre sur les coulisses d'une entreprise de réforme dont rien ne garantit le succès. Les échanges entre services, les notes, rapports et autres documents internes produits par les agents de l'Armement, du Travail et de la Guerre (directeurs des établissements et médecins) permettent de cerner les modalités concrètes de l'administration sanitaire et médicale des mains-d'œuvre de l'armement pendant la guerre et d'en réévaluer la portée. L'enquête décrit d'abord l'organisation des services médicaux des manufactures d'armes et poudreries de l'État avant la guerre (I), en éclaire le fonctionnement, les logiques et montre que nombre de pratiques dont on situe habituellement l'émergence pendant le conflit existent bien avant la guerre dans le secteur de l'artillerie. La présente étude se propose de discuter ces conclusions en (re)mobilisant les archives « des usines de guerre »¹⁸. L'enquête s'efforce ensuite de restituer les conditions et dynamiques qui conduisent à faire de la santé ouvrière un enjeu politique de premier plan (II). En décrivant les conditions concrètes, les méthodes et les moyens plus que les « motivations », la démarche permet de pointer, dans un second temps, une série de contradictions sur lesquelles l'entreprise de réforme achoppe. Un retour critique sur l'histoire de l'inspection médicale des usines de guerre et un focus sur la question de la sélection/orientation biologique de la main-d'œuvre permettent enfin de faire apparaître les tensions et « points de véto » de la réforme élaborée en 1916-1917 et de montrer notamment que, par-delà la contrainte productiviste, la logique de santé publique concurrence celle de la santé au travail (III).

I.1 Services médicaux et santé dans les usines d'armement de la Guerre – 1892-1914

Au tournant du siècle, la médecine d'usine se limite à quelques espaces d'activité : les mines et les transports, les industries très spécialisées comme l'imprimerie ou la cristallerie¹⁹, mais aussi la Marine et l'Armée. Alors que bon nombre appartiennent à la catégorie des « établissements dangereux où insalubres » qu'une législation d'exception protège de toute obligation en matière d'hygiène intérieure, l'institution militaire dote ses

¹⁸ Archives Nationales – sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale (1852-1951) » - cartons 530 à 542 : « Guerre de 14-18 : usines de guerre, placement des mutilés de guerre, transformation des fabriques de guerre en fabrique de paix, lutte contre le chômage. 1914-1919 ».

¹⁹ Caroline Moriceau, « L'hygiène à la Cristallerie de Baccarat dans la seconde moitié du XIXe siècle. La santé ouvrière au cœur de la gouvernance industrielle », *Le Mouvement Social* 2005/4, n°213, p. 53-70.

établissements industriels de services médicaux internes. Qu'il s'agisse de manufactures d'armes (Châtelleraut, Saint-Étienne, Tulle), d'ateliers de construction (Puteaux, Lyon, Douai, Rennes, Toulouse, Tarbes), de poudreries (St Médard, Le Bouchet) de parcs de chargement (Les Gravanches) ou d'écoles pyrotechniques (Bourges), tous disposent de leurs propres services médicaux en 1914²⁰.

1.1.1 1892-1897 : la généralisation des services de médecine dans les usines de guerre de l'État

Dans l'industrie de l'armement française, les trois dernières décennies du siècle se caractérisent par une transformation de l'organisation de la production et par une mutation du statut de la main d'œuvre²¹. À partir des années 1870 l'industrialisation des fabrications et leur mise en régie directe s'accompagnent d'une augmentation très nette des effectifs et s'appuie sur une politique de flexibilité inédite alternant embauchages et débauchages massifs. Les ouvriers militaires et immatriculés deviennent minoritaires et la part des ouvriers « libres » n'a de cesse d'augmenter. Le 26 février 1897²² un décret présidentiel crée le statut d'ouvrier d'État, instaure un droit à retraite et fixe l'ordre des licenciements lors des réductions d'effectifs. L'unification progressive du corps ne supprime pas l'immatriculation et le régime adopté distingue trois statuts civils, nettement hiérarchisés. Commissionnés, auxiliaires et journaliers n'ont pas les mêmes droits, ni en matière de pension (retraite ou invalidité), ni en cas de maladie et/ou d'accident. Cependant, au-delà du caractère différentiel de ce régime de droit, les articles 19 et 20 du décret - respectivement consacrés aux cas de maladies et d'accidents - prévoient que « [...] *les soins médicaux et les médicaments sont donnés gratuitement [...] aux ouvriers libres (commissionnés, auxiliaires et journaliers) sous condition de nationalité*²³ ». L'Inspection Permanente des Fabrications de l'Artillerie (IPFA) est très claire sur ce point :

« [...] la gratuité des soins médicaux doit être accordée à tous les ouvriers sans distinction [...]. Ils doivent donc être traités de la même façon »²⁴.

Le décret de 1897 n'introduit pas cependant de véritable nouveauté. Depuis une décision ministérielle du 19 janvier 1892, les ouvriers civils des établissements de l'artillerie

²⁰ Deux services se partagent le contrôle de ces établissements, celui des Poudres et Salpêtres rétabli dans son intégrité en 1873 qui devient l'Inspection des Poudres (mars 1914) et l'Inspection Permanente des Fabrications de l'Artillerie créée en 1894.

²¹ Patrick Mortal, *Les armuriers de l'État...*, *op.cit.*, chap. 4 « Le taylorisme plus la République : le tournant du siècle » p. 99-128 et chap. 5 « Un pivot du mouvement ouvrier français » p. 129-160.

²² Décret du 26 février 1897 Relatif à la situation du personnel civil d'exploitation des établissements militaires, *JORF, Lois et décrets*, 2 mars 1897, p. 1301-1303.

²³ Décret du 26 février 1897, *op.cit.*, p. 1301.

²⁴ SHD/AA 232 2H2 1 710 – IPFA au colonel directeur de la MAC – Dépêche du 25 octobre 1898.

blessés en service ont droit à des allocations (la journée ou la demi-journée selon qu'ils sont soignés à domicile ou hospitalisés) et dix-huit mois avant la signature du décret le ministère s'intéresse à ces établissements où « *la gratuité des soins médicaux et même des médicaments est assurée, non seulement aux ouvriers et ouvrières blessés dans le service, mais aux ouvriers et ouvrières malades [...] et aux membres de leur famille [...]* » et notamment à la Manufacture d'Armes de Châtellerauld (MAC). La demande de renseignement qu'adresse le ministre à la direction du site précise qu'il « [...] *envisage d'étendre cette mesure bienveillante aux ouvriers et ouvrières de tous les établissements de l'artillerie [...]* »²⁵.

Dans leur réponse, les responsables de la MAC indiquent à la 3^e direction (Artillerie) que « *tous les ouvriers, concourent à la formation et à l'entretien d'une masse de secours [...]* » qui « *procure gratuitement aux ouvriers et à leur famille, dès leur entrée à l'établissement, les soins des médecins et chirurgiens* »²⁶. Le courrier détaille par ailleurs ce qu'il convient d'entendre par « famille », en résumé : les ascendants et descendants à charge. Le service médical est « *assuré par trois médecins civils* » et les « *médicaments nécessaires aux ouvriers sont délivrés par tous les pharmaciens de la ville sur la vue d'une ordonnance d'un médecin de la masse de secours* »²⁷. Les médicaments sont remboursés sur les comptes particuliers (masses individuelles). Médecins, chirurgiens et pharmaciens sont payés par la Masse au tarif fixé par le conseil dans le cadre d'une convention. Les consultations ont lieu dans l'établissement ou au cabinet des médecins et à domicile quand c'est nécessaire²⁸.

Le décret de 1897 ne crée donc pas les services médicaux dans les établissements de l'État, il généralise un dispositif déjà opératoire et concrétise le processus de transformation d'une politique de distribution des faveurs en droit. Et ce nouveau régime présente quelques particularités notables. D'abord, il requalifie la population cible de ces services médicaux en excluant du dispositif les familles des ouvriers-ères, à l'exception de celles des immatriculés. En ce sens, l'extension de la citoyenneté sociale à ces catégories de mains-d'œuvre vulnérables s'opère au prix du maintien d'une inégalité en matière d'accès aux soins entre civils et militaires. Mais simultanément, il ouvre un droit à pension pour tous les blessés et malades dans l'incapacité de travailler, sans présomption

²⁵ SHD/AA 232 2H2 2 475 – Dépêche du Général Zurlinden, Ministre de la Guerre, 22 août 1895.

²⁶ SHD/AA 232 2H2 2 474 – 9^e Corps d'armée – MAC – Renseignements demandés au sujet de l'assistance médicale des ouvriers civils des établissements de l'artillerie, « Lettre collective du 22 août 1895 ». Les passages soulignés sont de mon fait.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ La « Masse de secours » est un système de prévoyance obligatoire alimenté par une retenue mensuelle sur les salaires, les amendes, les dons et les intérêts des fonds déposés. Le règlement qui l'organise est promulgué le 10 juillet 1855. Elle est régie par un conseil d'administration présidé par un capitaine et composé d'un contrôleur et de plusieurs délégués ouvriers élus pour un an et rééligibles. Sur l'histoire de cette forme de protection sociale voir : http://www.institut-strategie.fr/RIHM_82_NARDIN.html, (consultée le 15/2/2015).

d'origine. Les pensions, déjà peu élevées lorsque les conditions d'ancienneté et d'imputabilité fonctionnent à plein (500 francs/an pour les hommes, 360 francs pour les femmes) – sont faibles certes, mais l'État employeur assure ainsi la prise en charge forfaitaire des accidents du travail et la couverture de certaines maladies professionnelles. Si elles ne sont pas reconnues, les médecins peuvent les connaître et les désigner comme telles. C'est le cas par exemple de la « maladie spéciale des aiguiseurs » ou « phtisie des aiguiseurs » dont ils attribuent les causes au service, 50 ans avant la reconnaissance officielle de la silicose comme maladie professionnelle (ordonnance du 2 août 1945)²⁹. Mais la généralisation de ce dispositif n'a pas pour seul effet de transformer les ouvriers-ères en ayants-droit, son institutionnalisation transforme également l'organisation des services médicaux et redéfinit le rôle des médecins conventionnés.

1.1.2 Fonctionnement des services médicaux et rôle des médecins dans les établissements dépendants de l'Artillerie : 1897-1914

Pour régler concrètement les modalités pratiques de réorganisation du service médical dans les établissements employant du personnel civil le ministre, qui juge « *désirable à tous les points de vue [qu'il] pût être confié [...] à des médecins militaires* », charge des commissions *ad hoc* locales de formuler des propositions³⁰. Elles se réunissent sous la présidence du Commandant d'armes et comprennent les directeurs des établissements, le sous-intendant et le médecin militaire de la place le plus élevé en grade et décident si le médecin militaire du corps de troupe ou de l'hôpital le plus proche peut effectuer le service. Dans les localités trop éloignées des garnisons on confie d'office le service à un médecin civil tandis que les établissements n'employant qu'un nombre limité de civils peuvent les envoyer directement vers le médecin de la garnison (c'est le cas à Poitiers). À Châtelleraut, la commission estime que le médecin-major de 2^e classe Murie « *seul dans la garnison [pour] assurer le service sanitaire d'un bataillon d'Infanterie qui sera doublé au mois de novembre, de l'hôpital, de la gendarmerie, et des officiers assez nombreux de la Place* » ne peut prendre en charge celui de la manufacture qui compte à cette date 1 771 employés civils et 351 immatriculés³¹. En revanche, la commission qui se réunit à Bourges en 1907 en vue d'étudier la « question du remplacement des médecins militaires par des médecins civils » décide que l'École Centrale de Pyrotechnique militaire conservera "ses" médecins militaires. Dans l'ensemble, le corps de santé - qui depuis

²⁹ C'est le cas en 1895 à Châtelleraut lors du décès de l'ouvrier Philippe Poisson. Voir SHD/AA 232 2H2 1701 « Procès-verbal d'autopsie » reproduit dans M-C. Albert et *al.*, *La Manufacture d'armes de Châtelleraut*, *op.cit.*, p. 64-65.

³⁰ SHD/AA 232 2H2 2 474 – Dépêche 201 – Le ministre de la Guerre à Monsieur le Général commandant le IX^e Corps d'armée, 4 septembre 1897.

³¹ SHD/AA 232 2H2 2475 – 9^e Corps d'armée – Place de Châtelleraut – Rapport de la commission chargée d'examiner les conditions dans lesquelles pourra être assuré le service médical du personnel civil de la MAC, 21 septembre 1897.

plusieurs années dénonce un manque d'effectif – ne paraît pas en capacité de couvrir les besoins provoqués par la généralisation des services médicaux consécutive au décret de 1897. En 1906, les médecins civils assurent le service dans 10 des 17 établissements constructeurs de l'Artillerie et prennent en charge 68% des effectifs. Trois ans plus tard, le nombre d'établissements dont les services médicaux sont tenus par des civils n'a pas bougé, mais ces derniers couvrent désormais 76% des effectifs. En 1912, ce sont 70.6% des travailleurs civils de l'Artillerie qui relèvent de ce dispositif. Bien qu'il soit environ 1.5 fois plus cher en moyenne, le système de médecine conventionnée prime largement le recours au service de santé militaire³².

La « convention pour l'exécution du Service Médical » à la MAC, signée en septembre 1900 après révision du projet initial, donne plus de précisions sur l'organisation. Les docteurs en médecine Maillard, Dérouau et Brun y assurent le service³³. Selon les modalités fixées par « l'Instruction C pour l'application du Décret du 26 février 1897 » de 1898, ils ont la charge des visites aux malades et aux blessés (avant hospitalisation) habitants dans le périmètre déterminé par le commandant d'arme (par roulement trimestriel par quartiers), des consultations à la manufacture (par roulement quotidien), des soins aux ouvriers blessés dans le service, de la visite d'embauchage et de la visite de contrôle des candidats à l'immatriculation. Ils doivent également rédiger un rapport annuel sur l'état sanitaire de l'établissement et sur les améliorations à apporter au service. Ils prennent connaissance des demandes de consultation chaque matin à la manufacture. Ils distribuent les médicaments à la consultation et prescrivent par ordonnance ceux dont ils ne disposent pas sur site (11 pharmacies sont agréées) ainsi que les envois en cure thermique (accords avec 2 établissements). En revanche, les consultations de spécialistes vers lesquels ils peuvent orienter leurs « patients » ne sont pas prises en charge, sauf en cas d'accident du travail puisque la loi du 9 avril 1898 l'impose³⁴. Leurs honoraires sont payés trimestriellement dans le cadre d'un abonnement garantissant 3 500 francs par an minimum et fonctionnant de manière dégressive : 3,50 francs par patient pour le premier millier de consultations, puis 2,25 francs pour le second, 1,50 franc pour le troisième jusqu'à 1 franc pour les 5^e et 6^e milliers. Autrement dit, plus ils voient de patients, moins l'acte est rémunéré ; le système de l'abonnement ne les pousse

³² Ces taux sont calculés sur la base de l'effectif moyen cumulé des 17 établissements de fournis par l'IPFA: 16 740 ouvriers-ères en 1906, 13 777 en 1909 et 16 073 en 1912. Voir SHD/AA 232 2H2 2475, *Tableau indiquant les frais de maladies des ouvriers et employés des Établissements constructeurs de l'Artillerie ressortissant de l'Inspection Permanentes des Fabrications de l'Artillerie pendant l'année 1906*. Même source pour 1909 et 1912.

³³ SHD/AA 232 2H2 2475 – Ministère de la Guerre, IPFA, MAC, *Convention pour l'exécution du Service Médical*, 23 septembre 1900. Le projet rédigé en avril par le capitaine de la MAC et accepté par les médecins est jugé trop imprécis par l'IPFA et remanié. Le 13 juillet, le ministre valide les conventions des 3 manufactures d'armes.

³⁴ *Ibid.*

pas à faire du zèle. Du 1^{er} juillet au 31 décembre 1900, chaque médecin touche 1 200 francs, rémunération qui s'ajoute aux revenus que ces derniers tirent de leurs consultations en libéral.

Les rapports annuels des médecins de la MAC permettent d'entrevoir plus finement le quotidien de cette activité de complément. Pour l'année 1900, ils déclarent 1 996 consultations à domicile (contre 2 041 en 1899) et une moyenne de 18,4 consultations journalières à la « manu ». Ils exercent également une mission de contrôle sanitaire et font état des cas de grippe, de fièvre typhoïde, de saturnisme, de troubles gastro-intestinaux « sérieux », sans en établir toutefois la statistique. Ils donnent en revanche celle de la mortalité et font figurer les causes de décès (35 en 1900, dont 22 par tuberculose). De même, ils traitent des « *blessures diverses, contusions, brûlures* » pour lesquelles 1 594 pansements ont été réalisés mais dont « *la majeure partie sans importance n'a souvent entraîné aucune incapacité de travail* »³⁵. Ils signalent également les « *accidents plus graves ayant nécessité un certificat d'origine de blessures* » dont la rédaction leur incombe. Enfin, ils font état des améliorations qu'ils jugent nécessaires : « *d'indispensables aménagements de salle des pansements* » qui doit être « *plus en rapport avec les progrès de l'antisepsie* » et la création d'une « *salle d'examen* » pour les atteintes oculaires qui éviterait souvent l'hospitalisation³⁶. Ils n'évoquent cependant aucune intervention de chirurgie, bien que les réductions de luxations, les ligatures d'artères des membres inférieurs et supérieurs, la suture des plaies et tendons, les amputations ou désarticulations (doigts, mains, poignets) et quelques autres, si elles ne figuraient pas dans le premier projet de convention, font partie de leurs obligations³⁷.

L'organisation ne connaît pas de changement majeur sur la période 1900-1913. Elle s'affine, se précise (notamment en matière d'indemnités versées aux médecins) mais ses principes restent identiques³⁸. Les visites des candidats à l'embauche et des ouvriers licenciés font toutefois l'objet d'une réforme au printemps. Aux termes de l'instruction C du 8 avril 1913 celles-ci doivent être faites par un médecin militaire en présence du médecin traitant³⁹. Le rôle des médecins d'usines en matière de visite médicale d'embauchage et de licenciement doit être désormais « purement consultatif ». En juin 1914 cependant, l'Inspecteur général constate qu'à la MAC comme dans d'autres

³⁵ SHD/AA 232 2H2 2474. MAC - Rapport médical annuel pour l'année 1900 – Docteurs Maillard, Dérouau et Brun.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ SHD/AA 232 2H2 2475 – MAC - Lieutenant Directeur Franiatte – Note sommaire sur l'organisation et le fonctionnement du service médical du personnel civil de l'établissement, 8 mars 1913.

³⁹ Instruction C du 8 avril 1913 pour l'application de l'article 19 du décret du 26 février 1897, titre II, article 13, BOEM, vol 65, p 15-17.

établissements « *c'est le médecin traitant qui passe la visite médicale d'admission* », il insiste sur le caractère « *absolument temporaire* » de cette situation⁴⁰.

À la veille de la guerre le fonctionnement général n'a pas changé et l'activité s'est routinisée et d'une certaine manière professionnalisée. Les rapports de 1908, 1909, 1910 et 1913 des trois médecins de la « manu » le confirment⁴¹. Si ces derniers sont toujours les mêmes et que leurs missions sont identiques, ils pratiquent davantage de « petite chirurgie » et travaillent à l'amélioration constante de l'antisepsie dans leurs locaux. Par ailleurs, ils disposent d'un équipement des plus modernes : une étuve pour la désinfection lors de la préparation des pansements, mais, surtout, un appareil radiographique pour la localisation des corps étrangers à extraire. C'est un fait remarquable à une époque où le recours à la radiographie est encore loin de faire l'unanimité. L'hôpital mixte de Châtellerault ne dispose pas, d'ailleurs, d'un tel équipement dont l'usage se généralise dans le monde militaire, non sans résistance, pendant la guerre. Les rapports eux-mêmes sont plus circonstanciés et fournissent désormais une statistique de morbidité. Les données restent sommaires certes, mais l'introduction de la logique statistique dans ces rapports suggère que leur rôle en matière de surveillance épidémique se précise. L'introduction d'une section « hygiène », absente en 1900, est également significative. Cette dernière regroupe les observations relatives aux conditions de travail dans les différents ateliers (polissage, décapage, sablage, fonderie, forges, etc.). Les médecins se prononcent aussi bien sur leurs équipements en matière d'évacuation des poussières, d'éclairage de chauffage que sur la durée du temps de travail à certains postes. En d'autres termes, ils sont entrés dans l'usine et endossent, en plus de leur rôle de médecin traitant et de médecin de contrôle, celui d'expert.

S'il est difficile de monter en généralité à partir de cette étude de cas, une première série de remarques peut être formulée. On constate en premier lieu qu'à la veille du conflit, la médecine d'usine dans les établissements de l'artillerie ne relève plus d'un modèle paternaliste dont l'objectif est d'abord la fidélisation de la main-d'œuvre et la moralisation des ouvriers-ères. En passant de la faveur au droit, l'intervention médicale dans les établissements de l'Artillerie s'est recentrée sur les ouvriers eux-mêmes et s'est ancrée dans l'usine en étendant son domaine d'action aux ateliers. Le service médical des établissements de l'artillerie se présente donc comme un modèle de politique sanitaire en entreprise parmi les plus élaborés, à l'instar de ceux que l'on peut observer chez les industriels de Mulhouse ou dans les compagnies de chemin de fer et les compagnies

⁴⁰ SHD/AA 232 2H2 2475 – Dépêche n° 3.7000/5 – Au sujet de l'exécution du service médical, Général Lagrange, Inspecteur Permanent des Fabrications d'Artillerie au directeur de la MAC, 8 juin 1914.

⁴¹ SHD/AA 232 2H2 2474. Les rapports intermédiaires manquent.

charbonnières⁴². Corollaire de la flexibilité qui s'impose en matière de gestion des effectifs dans les établissements de l'État, la main-d'œuvre n'est plus conçue comme un « *réseau de relations fidélisées* » à entretenir mais comme une « *population sur laquelle s'appliquent des sciences contribuant à l'évaluation et l'amélioration de leur état sanitaire* »⁴³. Mieux, la sélection de la main-d'œuvre elle-même s'est médicalisée avec l'institutionnalisation de la visite d'embauchage. En application du décret de 1897, la visite doit « *éliminer les candidats de constitution trop faible et ceux atteints d'une maladie incompatible avec l'emploi d'ouvrier* ». On est loin cependant des projections de la physiologie du travail et des schèmes de sélection tayloriens ; l'objectivation médicale des capacités de travail s'effectue hors de l'atelier, dans le cabinet du médecin, et elle se limite au dépistage des « fléaux sociaux » (la tuberculose notamment)⁴⁴. En revanche, « *l'intervention dans l'usine* », « *l'étude du personnel, du matériel et de l'hygiène des ateliers* », principes dont on considère habituellement qu'ils prennent corps pendant le conflit, sont déjà partiellement opératoires dans ces établissements avant 1914, à la MAC tout au moins⁴⁵. Seul.e.s l'orientation/sélection biologique de la main d'œuvre et « *l'examen clinique du personnel et l'expertise des modes de fabrications* » semblent avoir été institués pendant la guerre.

1.2 1914-1915 : Médicaliser le travail en régime d'exception

Sur le terrain du droit du travail, le primat accordé à la production et le déficit de main-d'œuvre légitiment l'adoption immédiate de mesures d'exception. Entre le 2 et le 14 août 1914 le ministère du Travail et de la prévoyance sociale suspend le repos hebdomadaire et autorise les journées de travail supérieures à 10 heures, ainsi que le travail de nuit des femmes et des enfants désormais susceptibles d'être affectés à des travaux dangereux. Sous ce régime d'exception, la politique de production à outrance impose aux ouvrier(ère)s des conditions très dures : augmentation du temps de travail et des cadences, chronométrage, généralisation du travail de nuit, manipulations de substances toxiques (benzol, chlore, nitrate et mercure notamment) et explosives. Les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont démultipliés. La situation est d'autant plus critique que les usines de guerre privées travaillant en partie ou

⁴² Sandrine Kott, *Politique et conceptions sociales de la société industrielles de Mulhouse : 1827-1870 ou le calcul philanthrope*, Maîtrise d'Histoire, Paris X, 1982. Lyon Murard, Patrick Zylberman, *Le petit travailleur infatigable, villes-usines, habitat et intimités au XIX^e siècle*, Paris, Recherches, 1980. Georges Ribeill, *Le personnel des compagnies de chemin de fer. Des origines à 1914*, t.1, Paris, Développement et aménagement éd., 1980, 565 p.

⁴³ Nicolas Dodier, « Élargissement et aménagements de l'économie taylorienne des corps au travail », *Sciences Sociales et Santé*, vol. VI, n°3-4, novembre 1988, p. 99-114.

⁴⁴ Thomas Le Bianic, « Le Conservatoire National des Arts et Métiers et la Machine Humaine. Naissance et développement des sciences de l'homme au travail au CNAM (1910-1990) », *Revue d'histoire des sciences humaines* 2004/2, N°11, p. 185-214.

⁴⁵ S. Buzzi et al., *La santé au travail*, op. cit., p. 19.

en totalité pour l'État ne font l'objet d'aucun contrôle. Or, relevant à la fois de la législation de 1810 sur les « établissements industriels, dangereux, insalubres ou incommodes » et de la loi de 1893 sur « l'hygiène et la sécurité des travailleurs », ils devraient, en théorie, être doublement contrôlés : en amont par le ministère de l'Intérieur qui fait procéder, en temps normal, à une enquête évaluant *a priori* les risques sanitaires internes et externes liés à ces installations ; en aval par l'Inspection du travail en charge de la surveillance de l'hygiène intérieure⁴⁶. Mais, dès août 1914, le Commerce et l'Intérieur suspendent l'application de ces textes « tant à cause des longs délais nécessaires pour l'accomplissement de ces formalités réglementaires qu'à cause du trouble qu'apporterait à la fabrication l'application de sanction administrative »⁴⁷. Quant à l'Inspection du travail⁴⁸, elle n'a plus vraiment les moyens d'agir, dès lors que ces établissements ne sont plus classés. Déjà débordée en temps de paix, elle est en outre considérablement affaiblie par la mobilisation : en 1915 seuls 53,5% des effectifs de 1914 sont en activité (10 divisionnaires, 50 départementaux, 17 inspectrices)⁴⁹.

Entre l'été 1915 et janvier 1916, les grands axes d'une politique de main-d'œuvre inédite sont posés on l'a dit : rappel des ouvriers qualifiés mobilisés, utilisation de toutes les catégories de main-d'œuvre disponibles sur le territoire métropolitain et organisation du recrutement à l'échelle impériale. Femmes, enfants, mobilisés diminués, étrangers et bientôt coloniaux, réfugiés, prisonniers et mutilés de guerre (à partir de mai 1916)⁵⁰, l'industrie de l'armement recourt massivement à du personnel peu ou pas qualifié. Autour du Service ouvrier (créé le 10 juin 1915) s'élabore un « modèle stratifié d'utilisation des ressources humaines », articulant recrutement des « compétences » et recours inédit à une main-d'œuvre inexpérimentée⁵¹. Si l'équipe du SSEAM s'occupe en priorité des salaires, elle s'efforce aussi de rétablir la protection légale des travailleurs en élaborant un véritable « régime de protection tutélaire »⁵². Pour pallier l'absence de contrôle en matière

⁴⁶ Sur ce régime d'exception et ses effets Voir Vincent Viet, « Hygiène intérieure et salubrité extérieure : un point aveugle de l'action publique ? Chronique de deux domaines séparés en France (1810-1917) », *Travail et emploi*, vol. 148, no. 4, 2016, p. 81-101.

⁴⁷ Rapport au Président de la République du 12 décembre 1915, Voir JORF du 19 décembre 1915.

⁴⁸ Conformément aux dispositions du règlement général du 10 juillet 1913 relatif à l'application de l'article 67 du code du travail (livre II) l'Inspection est toujours habilitée à contrôler ces établissements.

⁴⁹ Viet Vincent, « Le droit du travail s'en va-t-en guerre (1914-1918) », *Revue française des affaires sociales*, 2002/1, p. 156-157.

⁵⁰ Voir le Bulletin des Usines de Guerre (BUG) - outil d'information et de propagande du SSEAM largement distribué dans les usines - n°1 du 1er mai 1916, p. 5-6, n°8 du 29 mai 1916, p. 36 et n°9, du 25 juin 1916, p. 66-67. Pour les effectifs de femmes Voir VIET Vincent, *La santé en guerre. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Presses de SciencesPo, 2015, p. 323. On estime à 13 000 le nombre de « mutilés » employés à la fin de la Guerre, Voir REBOUL Frédéric, *La mobilisation industrielle*, t.1, p.170-171, cité dans P. Fridenson, « 14-18, l'autre front », *op. cit.* p 86-87.

⁵¹ VIET V, *La santé en guerre...*, *op. cit.*, p. 321-330.

⁵² VIET V, « Le droit du travail s'en va-t'en guerre », *art. cité.*, p.158-165.

d'hygiène et de sécurité au travail, le SSEAM et le ministère du Travail mettent sur pied, à l'automne 1915, un régime spécial de contrôle dans le secteur clé de la chimie.

1.2.1 « Faire avec » et lutter contre les intoxications professionnelles : naissance d'un régime spécial de contrôle

Quand débutent les hostilités, en août 1914, l'armée française qui travaille depuis déjà dix ans à la conception et à la fabrication d'armes chimiques, dispose, depuis un an, de munitions « neutralisantes » (chargées au bromacétate d'éthyle) et de grenades dites « suffocantes ». Peu structurée et très affectée par la crise des approvisionnements, l'industrie française de la chimie n'est alors pas en capacité de produire en quantité les substances nécessaires à l'engagement de l'armée française dans la guerre chimique de masse qui débute au printemps 1915. Mais, sous l'impulsion du ministre du Commerce (Clémentel, 1864-1936), avec le soutien de Thomas, l'industrie chimique privée va connaître une croissance rapide⁵³. Corollaire du soutien à la production, le ministère de la Guerre met en place une surveillance des « fabriques de gaz suffocants, lacrymogènes et asphyxiants » dont l'exécution revient à la Direction du matériel chimique de guerre (DMCG). Sa « Section technique et industrielle » (la STIMCG, dirigée par le Chef d'Escadron Cuvelette) doit y exercer un contrôle technique mais aussi assurer la surveillance de l'hygiène et de la sécurité au travail qui, on l'a vu, relève du ministère éponyme⁵⁴. Courant octobre, le SSEAM nomme au poste de « délégué de la DMCG » le lieutenant Pierre Pouillot (1880-1978), un inspecteur du travail mobilisé (probablement contrôleur de la MO) en charge des usines de la banlieue parisienne⁵⁵, et confie au Docteur Heim de Balsac (1869-1962) une « mission spéciale sur les conditions d'hygiène des travailleurs mobilisés dans les usines de produits chimiques travaillant pour la Guerre »⁵⁶.

La Direction du Travail s'en inquiète et informe le cabinet Thomas que des divergences d'appréciation risquent de naître de ce double contrôle ; elle demande donc à être « informée de l'itinéraire et de l'époque des tournées [...] » effectuées par le professeur du CNAM, réclamant les « observations d'ordre hygiénique [...] que les intérêts de la

⁵³ Voir Hubert Bonin, *La montée en puissance de la machine de guerre industrielle*, contribution disponible ligne www.hubertbonin.com et LEJAILLE Arnaud, *La contribution des pharmaciens dans la protection individuelle contre les gaz de combat durant la Première Guerre mondiale - Extension à la période 1920 -1940*. Thèse de doctorat de pharmacie, Université Henry Poincaré, Nancy I, 1999. Travaux développés sur son blog personnel : guerredesgaz.fr/Historique.htm.

⁵⁴ Arrêté ministériel du 22 septembre 1915.

⁵⁵ F22/540 - Courrier manuscrit du Lieutenant Pouillot au chef de Cabinet du SSEAM - 17 octobre 1915. C'est une réponse à sa convocation. Sur Pouillot voir Michel Cointepas, *Pierre Pouillot, premier Inspecteur général honoraire du travail*, Paris, AEHIT, 2003, 42. p.

⁵⁶ F22/540 - MT - Direction du Travail - 2^e bureau - à Mr le SSEAM - Minutes (et brouillon) non datés mais antérieurs au 15 novembre 1915.

défense nationale n'exigeraient pas de tenir secrètes »⁵⁷. Le 27, le ministère du Travail fait parvenir à la Guerre un projet de circulaire organisant concrètement ce régime spécial de contrôle. L'entente se fait rapidement⁵⁸. La DMCG doit désormais transmettre au Travail la liste des établissements titulaires des commandes. Les inspecteurs sont tenus de faire scrupuleusement appliquer les « prescriptions générales relatives aux conditions de travail, à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs »⁵⁹ dans ces usines, mais dispensés « d'inscrire [...] les mises en demeure sur le registre de ces établissements ». Seuls les délégués de la section technique (c'est-à-dire Pouillot) peuvent y faire figurer leurs observations et saisir l'Inspection pour demander une éventuelle mise en demeure ou la rédaction d'un procès-verbal⁶⁰. Autrement dit, le nouveau régime de contrôle place l'administration du Travail dans une position de collaborateur-subordonné, d'informateur de la STIMCG. Le décret pris le 12 décembre 1915 par le Commerce entérine cette organisation qui fait de l'Armement le responsable du contrôle⁶¹. Concrètement, le dispositif – qui fonctionne jusqu'à la fin de la guerre - cible entre 40 (en 1916) et 56 usines (fin 1917) qui produisent une trentaine de substances chimiques (chlorure de chaux, d'étain, d'arsenic et chloropicrine, brome, acroléine, iodure de benzyle, cyanure de sodium, acides arsenicaux, etc.)⁶². L'absence d'archives (celles de la DMCG surtout) ne permet pas d'apprécier le rôle exact de ce que le ministre de l'Armement présente (deux ans plus tard) comme un « service spécialisé pour l'examen des cas d'intoxications professionnelles »⁶³. Mais, au regard du nombre d'usines et d'ouvriers concernés, des quantités produites, du faible nombre d'agents avec lequel il fonctionne et de son architecture institutionnelle, la mise en place de ce régime spécial de contrôle peut être vu comme un blanc-seing donné aux industriels de la chimie par la Guerre, d'autant qu'Heim de Balsac s'engage rapidement sur une autre voie (la « biotechnie »), l'usage rationnel des ressources animales et végétales dans l'industrie⁶⁴. En réalité, la constitution de ce régime spécial à l'intérieur d'un régime d'exception (issu de la loi 1810) – produit une séparation fonctionnelle entre salubrité intérieure et hygiène intérieure qui facilite la solution transactionnelle adoptée en

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ F22/540 - Courrier du Sous-secrétaire d'État de la guerre au MT. Reçu le 12 novembre 1915 par la Direction du travail - 2^e bureau - Pièce 5 392.

⁵⁹ F22/540 - MT - Direction du travail - Circulaire Métin du 15 novembre 1915 (non numérotée) envoyée aux Inspecteurs divisionnaires.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Sur le décret de 1915 voir *BUG*, 17 juillet 1916, n°12, p. 90-92.

⁶² Voir les listes d'usines en AN F22/540.

⁶³ F22/539 - Pièce 475 970 - Réponse d'A. Thomas à H. Doizy (député, Président de la Commission de l'hygiène publique), 14 juillet 1917.

⁶⁴ Titulaire de la première chaire d'hygiène industrielle de France, membre de la CHI, conseiller technique de l'Inspection du travail et chargé de mission auprès du MT. Voir Vincent Viet dans Claudine Fontanon, André Grelon, *Les professeurs du Conservatoire national des arts et métiers, dictionnaire biographique 1794-1955*, A-K, Paris, INRP-CNAM éd., 1994, p.665-659.

décembre 1917 et consacre l'institutionnalisation de la protection des travailleurs dans ces établissements⁶⁵.

Du point de vue de la santé au travail, on notera que l'intitulé des listes (« *mesures spéciales dues au danger des fabrications* ») et le mode de classement des usines qui y figurent (par substance) tendent à accréditer l'existence d'un véritable travail d'objectivation des pathologies professionnelles⁶⁶. Les inspecteurs doivent notamment faire parvenir à la Direction du travail les avis d'accidents qui leur « *paraîtraient pouvoir être attribués aux fabrications dont il s'agit* », avis transmis à la DMCG pour « *enquêtes éventuelles* »⁶⁷. Or, les quelques avis de déclaration d'accident conservés dans les archives renvoient tous à des suspicions ou à des cas avérés d'intoxications professionnelles. De là vient sans doute - force est de s'en tenir là, faute de source - la nomination à titre permanent (il ne s'agit plus de missions) du « docteur Audistère » (?-1937) aux côtés de Pouillot. L'arrivée d'un ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur en médecine (1903) spécialiste des tumeurs cancéreuses de la thyroïde et expert près le tribunal de commerce de la Seine⁶⁸ marque l'institution d'une démarche plus spécialisée, fondée sur des savoirs cliniques et expérimentaux liant analyse toxicologique et expertise des modes de fabrications utilisés et des substances produites. Si ni l'un ni l'autre ne constituent une nouveauté, c'est la première fois, en revanche, que l'articulation « hygiène des ateliers »/« toxicologie » est réalisée à une telle échelle ; le modèle est très vite repris.

1.2.2 « Le service d'hygiène et de sécurité des travailleurs » : une expertise dédiée à la réforme

Contrairement aux établissements privés, les usines d'armement de l'État ne relèvent pas, du point de vue du contrôle, de l'Inspection du travail. L'article 94 du Code du travail laisse en effet au ministre de la Guerre le soin de désigner à cet effet des « agents spéciaux ». C'est chose faite le 15 juillet 1915 avec la création du Contrôle de la main-d'œuvre militaire (CMO) qui compte alors une cinquantaine d'« officiers contrôleurs », essentiellement recrutés parmi les inspecteurs du travail mobilisés et les officiers inaptes⁶⁹. Si l'Inspection du travail reste seule habilitée à mettre en demeure les industriels privés, le CMO contrôle le recrutement des mobilisés industriels et les établissements qui y ont recours. Dépendants de l'Inspection des forges, ils sont l'œil et le bras armé de

⁶⁵ La loi du 19 décembre 1917 entérine de manière durable l'articulation sans fusion des deux ordres juridiques (droit public administratif et le droit privé du travail). Voir *BUG*, 31 décembre 1917, p. 281-284.

⁶⁶ Voir les avis conservés en F22/540.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Voir sa nécrologie dans *Le Figaro*, 18 janvier 1937, p. 2.

⁶⁹ Fin 1916, environ 150 « aides-officiers » contrôleurs ont été recrutés. Ils sont environ 450 agents à la fin de la guerre et produisent de 6 et 8 000 rapports par mois. Sur les contrôleurs Voir LAZAROVICI F., « L'organisation du ministère de l'Armement sous Albert Thomas », *op. cit.*, p. 60-65 et la contribution de P. Mortal dans le présent volume.

l'institution militaire et exercent avant tout un contrôle administratif, disciplinaire et moral (une police des mœurs). Selon les termes de la circulaire du 15 novembre 1915 relative au statut des sursitaires, détachés ou militaires avec solde envoyés en usines, leur tutelle doit s'étendre « à la vie entière du militaire »⁷⁰. Mais le statut des mobilisés industriels est double : militaires hors de l'usine, ils sont soumis à tous les impératifs de la vie sous l'uniforme ; civils à l'atelier, ils se plient à sa discipline mais la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (1910) et la loi du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail leur sont applicables⁷¹. En liaison directe avec le cabinet du sous-secrétariat d'État, le CMO doit donc aussi veiller à l'application des accords sur les salaires et au respect des droits sociaux des ouvriers militaires, notamment en cas de blessure ou de maladie⁷².

Huit mois après la création du CMO, le SSEAM reproduit le dispositif adopté dans le secteur de la chimie et confie l'étude des conditions d'hygiène et de sécurité des travailleurs de l'Armement à Marcel Frois (1870-1929) et Etienne Martin (1871-1949). Ingénieur civil des mines de formation et inspecteur départemental du travail (Seine-et-Oise, 1^{ère} circonscription), Frois est loin d'être d'un inconnu dans le monde de l'hygiène industrielle. Auteur d'un ouvrage très remarqué sur la gestion des poussières industrielles en 1908, il est un spécialiste reconnu de l'hygiène des ateliers⁷³ et auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France. En 1913, il candidate à la chaire d'Hygiène industrielle du CNAM (contre Heim donc)⁷⁴. De son côté, Martin, ancien interne des hôpitaux de Lyon (1895), fut médecin vérificateur à la morgue de la prison de Saint-Paul et préparateur des cours d'Alexandre Lacassagne (1843-1924). Agrégé en 1907, il succède à son maître à la tête de la chaire de Médecine légale lyonnaise en 1913⁷⁵.

Les sources se limitant presque exclusivement aux écrits produits par les principaux entrepreneurs de la médecine du travail de l'entre-deux-guerres⁷⁶, peu de documents de première main permettent d'appréhender concrètement les conditions et

⁷⁰ Circulaire reproduite et actualisée dans le *BUG* n°12, du 17 juillet 1916, p 93-94.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Avant l'adoption du statut de la MOM, les compagnies d'assurance et l'armée jouaient de l'ambiguïté de leur position et refusaient de s'acquitter des réparations. A partir de novembre 1915, les blessés dépendent de la justice civile et de la procédure fixée par la loi du 9 avril 1898, ils ont donc droit à réparation. Les malades en revanche, cessent de percevoir leur salaire en cas d'interruption temporaire ou définitive de travail (comme tout ouvrier civil) mais ils ont droit aux prestations de soldes et d'alimentation. Ils sont pris en charge par le service de santé militaire dont ils dépendent (comme tous les militaires) et c'est la direction de la Justice militaire et du contentieux qui règle leur situation médico-légale (circulaire Thomas du 25 juin 1915).

⁷³ Frois Marcel, *Captage, évacuation et utilisation des poussières industrielles*, Paris, Société d'éditions techniques, 1908, 326 p. Il publie sur ces questions à huit reprises avant la guerre, Voir <http://www.idref.fr/autorites/autorites.html>

⁷⁴ Voir BIT, « Nécrologie – Marcel Frois », *Informations sociales*, Genève, BIT, vol.32, N°9, p 386-387.

⁷⁵ Voir « Le Professeur Etienne Martin », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, Paris, J.-B. Baillière et fils, n°12, 1913, p. 243.

⁷⁶ Etienne Martin lui-même et René Barthe notamment, pour un état des lieux des sources imprimées, voir la bibliographie dans Stéphane Buzzi S.*et al*, *La santé au travail, op. cit.*, p. 105-120.

modalités de l'action de Frois et Martin pendant l'année 1916⁷⁷, mis à part leur rapport d'activité annuel rendu en février 1917⁷⁸. Synthèse de 37 pages destinée au ministre, le document passe évidemment sous silence nombre d'informations utiles (conditions de leur recrutement, budgets alloués, déroulement et durée des visites, modalités d'enquête etc.) et livre *in fine* un « aperçu général [des] constatations et [des] enquêtes » (p. 4). Malgré ces lacunes, la source renseigne sur la manière dont les intéressés s'auto-désignent et perçoivent leur rôle, mais aussi sur l'entreprise elle-même. On y apprend notamment que « le sous-secrétaire d'État [leur] a confié la mission générale d'examiner les conditions d'hygiène et de sécurité [...] une sorte d'Inspection générale » (p. 3). Les deux agents ne sont pas « inspecteurs » à proprement parler. S'ils sont officiellement « chargés de mission » et « attachés au cabinet », l'entreprise est, en fait, totalement informelle sous Thomas et finalement assez limitée au plan des moyens : « un tel programme, pour être exécuté dans toute son ampleur, et avec une méthode vigoureuse, aurait exigé une organisation spéciale, la création de bureaux, d'inspecteurs-adjoints, de secrétaires, etc. »⁷⁹.

En dépit de ces limites évidentes, le rapport rend compte d'une activité intense, au service d'un programme ambitieux qui articule hygiène générale et hygiène industrielle. Martin et Frois auraient visité « tous les établissements de l'État, Poudreries et Arsenaux, à deux ou trois exceptions près », inspecté de nombreux « établissements annexes travaillant pour le Service des Poudres ou l'Artillerie » et contre-visité « plusieurs d'entre eux » (p. 5). Un tel rythme – au moins une visite ou inspection par semaine⁸⁰ – ne manque pas d'étonner quand on connaît la géographie de l'industrie d'armement d'État.

Quoi qu'il en soit, le rapport dresse un tableau très sombre de la situation sanitaire des usines de guerres. Les services médicaux en charge de l'hygiène générale frappent « dès les premières inspections » par leurs insuffisances que renforcent « l'accroissement constant du nombre des ouvriers [...] » et la « promiscuité de nos ouvriers et ouvrières avec les coloniaux dont la sélection médicale n'a pas été pratiquée ». Le risque épidémique est d'autant plus redouté qu'il n'existe pas d'unité dans l'administration sanitaire de ces mains-d'œuvre : « les coloniaux dépendent par endroit

⁷⁷ À l'exception des 4 rapports publiés dans le *BUG*, les rapports rédigés en 1916 – « adressés aux divers services des fabrications de Guerre » – n'ont, à ma connaissance, jamais été retrouvés.

⁷⁸ F22/539 – Dr E. Martin, M. Frois, *Rapport Général sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs*, 15 fév. 1917, p. 37. Cette version est un brouillon ronéotypé, sans doute la dernière version rédigée avant l'envoi au ministre. Sauf indication contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce rapport.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 4.

⁸⁰ Sur la base des tableaux d'effectifs fournis par les Poudres et l'artillerie on peut estimer qu'une quarantaine de sites minimum dépendent de ces deux directions en 1916. Voir SHD /GR 10 N 63, État du personnel employé dans les établissements du service des Poudres (juillet 1916) et AN – F 22/533 –MAFG – DMO 4^e section –« Établissements constructeurs de l'Artillerie. Situation des personnels au 1^{er} novembre 1917 » et « Poudreries. Situation des personnels au 1^{er} novembre 1917 ».

du médecin du détachement colonial, les mobilisés français des médecins militaires de l'usine et quelques fois des civils, les femmes sont soignées par un médecin non-mobilisé [...] » (p. 6-8). Frois et Martin rappellent la nécessité de créer des pharmacies d'usines dotées en personnel qualifié et « l'intérêt social qu'il y aurait à créer au voisinage des ateliers, des crèches et des garderies d'enfants ». Quant aux « infirmeries-hôpitaux », si elles existent dans la plupart des établissements d'État (on l'a vu), elles « font défaut dans la majorité des usines privées » (p. 9). Préoccupés par la promiscuité des différentes mains-d'œuvre et par les risques inhérents à cette contiguïté sanitaire, les deux experts ès hygiène et sécurité proposent de multiplier les dispensaires d'usines (structures spécialisées dans l'accueil des vénériens) et la mise en place de « sanatorium-ateliers » qui permettraient de maintenir au travail les tuberculeux – « malades dont le nombre s'accroît chaque jour et dont la valeur professionnelle n'est pas complètement perdue [...] » – en éliminant les risques de contagion (p. 11). Ils signalent également les nombreuses pollutions industrielles (des eaux comme de l'air) et soulignent leurs effets sur la morbidité sans donner, cependant, d'éléments chiffrés. Enfin, l'exposé pointe les conditions de logement d'un personnel qui « vit le plus souvent dans des taudis infects qu'il paie très cher » (p. 13).

Mais l'intérêt du rapport réside surtout dans l'évocation des maladies et intoxications professionnelles. Les ateliers de production de fulminate de l'Artillerie, quoique « convenablement tenus », sont chargés en vapeurs de nitrate et de mercure qui provoquent « d'assez nombreux cas d'intoxications mercurielles » (notamment parmi les femmes) que « l'élimination de quelques ouvriers particulièrement sensibles au mercure [...] » (p. 10) permettrait de faire diminuer. Dans les ateliers de chargement où l'on utilise de la tolite fondue, à la fusion de l'acide picrique, ou à la « trempe du plomb », peu d'intoxications mais on recommande tout de même l'installation de hottes. Dans les ateliers de fonte du laiton, les fumées abondantes et chargées en oxydes de carbone et de zinc sont responsables de malaises. La cause, bien connue, est « la fièvre des fondeurs de laiton » dont Martin identifie un nouvel agent causal : l'oxyde de carbone (p.11). Dans les poudreries, l'absorption de vapeurs « nitreuses ou chloro-nitrées » provoque aussi bien des malaises sans gravité que la mort (6 cas connus) et de nombreux cas de bronchites mais impossibles à chiffrer faute de diagnostic spécifique. Si le rapport propose là encore de ne pas affecter à ces travaux des « ouvriers débiles ou présentant des lésions pulmonaires », la lutte contre ces pathologies passe surtout par la généralisation de procédés de fabrication moins nocifs. (p. 18-19).

Dans les arsenaux ou manufactures d'armes, des installations « bien étudiées » de captage de poussières fonctionnent dans les ateliers à bois, aux meules ou au polissage mais pas au chargement des obus où la manipulation de substances explosives comme la

mélinite (acide picrique), la schneidérite ou le fulminate de mercure dégagent des poussières provoquant eczéma, dermites, conjonctivites et des éruptions plus ou moins généralisées. La situation est identique dans les établissements dépendant du service des Poudres. À Saint-Fons, où l'on fabrique un mélange explosif composé à 60% d'acide picrique et à 40% de dinitrophénol (le DD 60/40), Martin découvre la haute toxicité de la substance. Utilisée avant la guerre pour la fabrication de colorants, et considérée jusqu'alors comme inoffensive, elle provoque « dans l'organisme des phénomènes d'oxydation intense » causant des fièvres mortelles (30 cas reconnus précisément-il) (p. 26). Validées par la Conférence pour l'étude de la toxicité des explosifs⁸¹, les conclusions du rapport qu'il transmet en septembre 1916 débouchent sur la modification des procédés de fabrication. Au moment où il écrit (février 1917) l'essorage du dinitrophénol a été supprimé dans les poudreries de St-Fons, de Sorgues, et de Bassens qui produisent du DD 60/40, mais les mesures sont « encore timides » dans les établissements annexes où les « directeurs objectent que les modifications de l'outillage entraîneront [...] une diminution sensible de la production » (p. 27).

Bien plus qu'un état des lieux hygiénique et sanitaire, c'est un véritable programme de réforme qu'élaborent Frois et Martin. Pour eux, l'absence d'unité de doctrine, en matière d'hygiène et de contrôle sanitaire, peut être résolue soit en obtenant du Service de Santé la nomination dans les usines de « médecins-chefs »⁸² auxquels on confiera la direction des services médicaux – sur la base de leur âge et de leur « compétence » (p. 7) – soit en donnant à ce même Service le droit de contrôle sur tous les ouvriers (mobilisés, civils, coloniaux et étrangers). Contrôle qui ne saurait être efficace qu'à condition d'instaurer une « visite sanitaire bimensuelle ou mensuelle » de tout le personnel, qui écartera les contagieux (tuberculeux et vénériens) et favorisera le dépistage des maladies épidémiques (angine, diphtérie, scarlatine) et professionnelles (conjonctivites et dermites). Cette institution nouvelle devrait prendre place au sein même des ateliers afin d'éviter une désorganisation de la production et d'assurer la surveillance sanitaire de tous les ouvriers.

Frois et Martin fournissent donc au ministre et aux comités et commissions dans lesquels s'élaborent la politique de main-d'œuvre et l'agenda réformateur, un répertoire de solutions applicables. Leurs rapports sont transmis et discutés à la section permanente

⁸¹ Instituée en septembre 1916, elle se réunit tous les 15 jours sous la présidence de l'inspecteur Général des Poudres et des Salpêtres Veille. Elle n'a pas laissé d'archives à ma connaissance et on ne sait rien de sa composition, de son fonctionnement ou de ses prérogatives sinon que Martin et Frois y siègent.

⁸² Autrement dit, en généralisant l'organisation en place dans certains établissements comme les ateliers de Lyon et de Bourges ou la Poudrerie de Toulouse.

de la Commission consultative du travail⁸³ et au Comité du travail féminin (CTF)⁸⁴ où siègent ensemble des grands noms de la réforme sociale et du patronat, des représentants ouvriers et les chefs de cabinet des administrations concernées. Au-delà de leur participation directe à ces laboratoires de la réforme, Frois et Martin jouent également un rôle central dans les rapprochements qui s'opèrent à l'automne 1916 entre le SSEAM, le Travail, l'Intérieur et le sous-secrétariat du Service de santé de militaire (SSESSM). C'est Martin, par exemple, qui, à la demande de Godart, représente Thomas à la Commission permanente de prophylaxie à l'Intérieur⁸⁵ et négocie avec le SSESSM les accords en vue de la rédaction de circulaires communes destinées à réorganiser l'administration sanitaire des mains-d'œuvre de l'armement, en février et mai 1917⁸⁶.

Les propositions des deux « chargés de missions » y sont largement reprises. Le « droit de contrôle sur tous les ouvriers » est au cœur des prescriptions nouvelles. Godart confie « l'étude et la réalisation de toutes les mesures d'hygiène soulevées par l'introduction, en France, de cette main-d'œuvre [coloniale et étrangère] » aux adjoints-techniques régionaux. Ces derniers doivent étudier les possibilités d'extension des cantonnements et être informés de toute augmentation d'effectifs ; ils sont « l'organe d'une entente étroite et constante entre les directeurs du service de santé (DRSS) et les directeurs des divers établissements [...] »⁸⁷. Chargés de l'application des mesures de prévention et de désinfection dans les usines privées en cas d'épidémies, ils sont les pièces maîtresses de l'organisation prophylactique et sanitaire mise au point par le SSESSM pour lutter contre les risques inhérents aux contiguïtés sanitaires⁸⁸.

Certains passages sont directement extraits du rapport et à peine retouchés. C'est particulièrement net dans le cas de la visite sanitaire périodique qui est instituée dans tous les établissements de l'Artillerie et des Poudres mais aussi dans les usines privées. Dans les premiers, un médecin attaché à l'établissement visitera les ouvriers, accompagné d'un officier ; dans les secondes, le médecin militaire du secteur effectuera sa visite avec le

⁸³ La CCT est créée en juin 1916. Elle dépend du SSEAM et est présidée par Arthur Fontaine (1860-1931). Grand commis d'État réformateur, artisan de la législation nationale et internationale du travail, A. Fontaine est alors directeur au ministère du Travail depuis dix-sept ans. Pour connaître la composition et son programme de la CCT, Voir *BUG*, n° 7, 12 juin 1916. Sur Arthur Fontaine Voir Isabelle Lespinet-Moret, *L'Office du Travail, 1881-1914. La République et la réforme sociale*, Rennes, PUR, coll. Pour une histoire du travail, 2007, p 62-88.

⁸⁴ Le CTF est institué le 21 avril 1916 au SSEAM et Paul Strauss (1852-1942) en est le Président. On y retrouve des membres bien connus du « réseaux Thomas » notamment William Oualid et François Simiand. Pour plus de détails sur sa composition et son programme, Voir *BUG* n° 3 du 15 mai 1916.

⁸⁵ F22/539 – Godart à Thomas – Lettre n° 19 053 3/7 du 9 décembre 1916.

⁸⁶ F22/539 – Circulaire 432 Ci/7 : « Hygiène de la main-d'œuvre coloniale et étrangère employée dans les usines de guerre », 20 février 1917. Signée Thomas et Godart. Circulaire 516 Ci/7 « Hygiène des ateliers », 25 mai 1917. Signée Godart et Painlevé (MAFG par intérim). Thomas est en voyage en Russie.

⁸⁷ Circulaire 432 Ci/7.

⁸⁸ Sur les adjoints et conseillers techniques régionaux, l'extension de leurs prérogatives et leur rôle dans le dispositif de santé publique élaborée par le SSESSM voir VIET V, *La santé en guerre...*, *op. cit.*, p. 433-436.

contrôleur de la main-d'œuvre. La nouveauté, ici, est réelle. Pour la première fois, le contrôle sanitaire s'étend aux usines privées, et des médecins extérieurs à l'usine doivent procéder « toutes les fois qu'ils le jugent nécessaire et, autant que possible, tous les quinze jours à de rapides examens » du personnel « qu'ils interrogeront »⁸⁹. Le contrôle n'est plus seulement fonction des résultats des inspections mais devient ordinaire, routinier et donne lieu à la rédaction de rapports périodiques envoyés au DRSS et au contrôle de la main-d'œuvre.

En articulant contrôle sanitaire des personnels et étude des maladies professionnelles dans leurs relations avec les modes de fabrication, la politique sanitaire élaborée au cours de l'année 1916 rompt avec la conception ramazzienne de la santé ouvrière qui liait les affections aux caractéristiques spéciales de chaque métier. Si ce paradigme étiologique est encore en partie opératoire (*la fièvre des fondeurs de laiton*), il est requalifié en termes physiopathologiques par une démarche clinique qui mobilise les sciences médicales (physiologie, chimie, physique), notamment la toxicologie industrielle. Pour la première fois, l'administration sanitaire des populations ouvrières doit s'opérer simultanément dans et hors de l'usine. De ce point de vue, le projet d'hygiène global défendu depuis une quinzaine d'années par des entrepreneurs en hygiène industrielle, comme Heim de Balsac (assainissement des milieux industriels, hygiène des ateliers et prophylaxie des maladies professionnelles), trouve dans la séquence 1915-1917 les conditions de sa réactualisation. Pour autant, les tensions révélées alors sont bien réelles et, comme souvent, il y a loin du projet à sa concrétisation. Faire tenir ensemble lutte contre les épidémies et les maladies contagieuses, et prévention des accidents et des maladies professionnelles n'a rien d'une évidence. La question des modalités d'affectations et du nombre de médecins est un bon révélateur des tensions constitutives de cette politique coproduite par l'Armement et la Santé.

1.2.3 La santé publique contre la santé au travail ?

Le travail préparatoire mené par Martin et les agents du SSESSM montre bien qu'en dépit de réelles convergences d'intérêt, les deux administrations entretiennent des rapports moins osmotiques que ne le suggèrent les productions officielles (les deux circulaires communes notamment). Le 17 avril, Godart écrit, au sujet du projet d'organisation du service médical dans les usines de guerre qu'il a soumis au MAFG, « qu'il ne saurait accepter certaines observations qui y sont formulées » et rappelle que l'accord a été établi « à la suite d'une série de conférences tenues entre [...] Martin et des représentants de [ses] services »⁹⁰. Le désaccord porte notamment sur les modalités du

⁸⁹ Circulaire 516 Ci/7 du 25 mai 1917 (ou du 12 selon la source).

⁹⁰ F22/539 – SSESSM à MAFG – Dépêche ministérielle 9 625 3/7, 17 avril 1917.

contrôle dont sont chargés les adjoints-techniques régionaux. Dans sa réécriture du projet, le MAFG veut les autoriser à intervenir « à leur gré » dans les usines, alors que le pré-projet indiquait que leur intervention était « bien au contraire » limitée et devait s'effectuer à la demande du médecin-chef⁹¹. Surtout, les premiers projets de circulaires révèlent les tensions que génèrent les questions relatives aux dotations en personnel. Le SSESSM est moins regardant sur les accords établis en amont : « après une étude minutieuse de la question, il a été de toute impossibilité de baser ne varietur le nombre de médecins sur la proportion de 1 pour 2 000 ouvriers »⁹². Dans la version finale de la circulaire, il n'est plus question d'affectations proportionnées au nombre d'employé(e)s ; le texte précise au contraire que « pour ces établissements on devra disposer d'un personnel [...] calculé suivant les besoins, dans chaque cas d'espèce et après commun accord avec le Directeur du Service de Santé Régional »⁹³. Les DRSS sont cependant invités à donner « au service médical des établissements de l'État, les moyens d'action indispensables [...] » et à placer à la tête de ces services « des médecins-chefs expérimentés possédant toute l'autorité requise »⁹⁴. En creux, on comprend que les capacités et les dispositions à coopérer du corps de santé peuvent être limitées et, surtout, que la trop grande fréquence et la logique purement administrative des mutations posent des problèmes de continuité de service et de compétences.

Le directeur de l'École centrale de Pyrotechnie de Bourges demande ainsi au ministre de bien vouloir « intervenir auprès du Sous-secrétaire d'État à la santé en vue de faire rappeler au Directeur du Service de santé de la 8^e région [...] l'entente intervenue antérieurement » : un médecin pour 3 000 ouvriers puis un médecin supplémentaire pour 2 000 ouvriers, soit 9 médecins pour Bourges⁹⁵ ! Surtout, il insiste pour que l'organisation des relèves permette d'effectuer un tuilage de 15 jours, comme convenu⁹⁶. Le directeur de cabinet de Godart rassure : « Des ordres seront donnés pour affecter aux usines, des médecins dont la classe de mobilisation assurera la stabilité »⁹⁷. En revanche, il oppose une fin de non-recevoir à la question des effectifs : « la pénurie actuelle de médecins ne permet pas d'affecter aux usines de guerre, un pourcentage aussi élevé que celui qui est

⁹¹ *Ibid.*

⁹² F22/539 – SSESSM au SO – 5^e section - Bordereau d'envoi 8 631 3/7 – Simonin, « Projet de circulaire sur l'organisation du Service médical dans les usines de guerre », 7 avril 1917.

⁹³ F22/539 – MAFG (Service ouvrier - 5^e section) et SSESSM (1^{ère} division technique) - Circulaire 516 Ci/7 du 25 mai 1917. Les éléments soulignés le sont par nos soins.

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ F22/532 – Lettre n°2816/A, Lieutenant-colonel Appert, directeur de l'École centrale de Pyrotechnie de Bourges au MAFG. Objet : Service médical. 28 juillet 1917.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ F22/532 – SSESSM – « Note pour le MAFG » (n° 32 829 C/7) du 16 août 1917.

signalé [...]. Si on compare ce dernier à ce qui existe en temps de paix [...] on arrive à cette conclusion que 6 médecins pour 14 000 ouvriers apparaissent comme suffisants »⁹⁸.

En août 1917, l'ECP de Bourges n'est pas seule à demander des moyens supplémentaires. Le directeur de la Manufacture d'armes de Saint-Étienne s'impatiente : « Je renouvelle la demande que je vous ai adressée comme effectifs de médecins, moyens de transport, etc. Mais je n'arrive pas à me faire écouter. Il est nécessaire que vous m'envoyiez quelqu'un sur place pour vérifier l'exactitude de mes appréciations et pour obtenir les améliorations indispensables [...] »⁹⁹. Si le cas mérite la mention tant l'exaspération face à l'inertie du Service de Santé perce à travers ces quelques lignes, la réponse du SSESSM nous dit beaucoup des moyens et des priorités qui sous-tendent la réorganisation de 1917. L'équipe de Godart propose, en fait, une augmentation temporaire du personnel médical « dans les moments où la morbidité est la plus élevée »¹⁰⁰. On mesure bien ici la hiérarchie des priorités : la lutte antiépidémique et la prophylaxie des maladies contagieuses priment la santé au travail. Significativement, les termes « maladies professionnelles », « intoxications » et/ou « accidents du travail » ne sont jamais mentionnés dans ces échanges.

Quant à la situation dans les usines privées, on en sait fort peu de choses sinon que la Commission de l'Hygiène publique de la Chambre s'inquiète de « *la gravité des faits* » qui lui sont signalés et insiste sur la nécessité de « *rechercher les causes du fonctionnement defectueux du service de santé dans les usines de guerre* », où « les règles les plus élémentaires d'hygiène sont complètement ignorées et systématiquement méconnues »¹⁰¹. En réponse, le ministre rappelle qu'en plus du CTF, il a créé un « service de contrôle des fabrications des poudres » (Martin et Frois) et un « service spécialisé pour l'examen des cas d'intoxications professionnelles auxquels sont exposés les ouvriers » (Pouillot et Audistère)¹⁰². Si elle ne manque pas de le relever, la Commission s'étonne qu'il n'ait pas « confié une organisation de cette importance à une direction spéciale » mais à la DMO¹⁰³, à laquelle elle se déclare « en droit de dénier toute compétence particulière en la matière ». Mieux, selon elle « il y a antagonisme entre les préoccupations de la DMO [...] surtout préoccupée de produire » [et] les exigences impérieuses d'une direction d'hygiène et de santé ». La réflexion mérite qu'on s'y arrête un instant.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ F22/539 – Lettre n° 6.779 / D, Lieutenant-colonel Charpy, directeur de la MAS à la 5e section de la DMO, 29 août 1917.

¹⁰⁰ F22/532 – Brouillon de dépêche ministérielle non numérotée, 15 septembre 1917 (annotation manuscrite).

¹⁰¹ F22/539 – Lettre de H. Doizy au MAFG, 22 octobre 1917.

¹⁰² F22/539 – Lettre 6 557 2/FG, MAFG à H. Doizy, 8 novembre 1917.

¹⁰³ La DMO remplace le SO lorsque le SSEAM devient MAFG en décembre 1916.

1.2.4 Le contrôle neutralisé ?

La labilité des désignations mobilisées : « mission », « inspection », « service d'études », « service d'enquêtes » ou « bureau spécial » est un bon indicateur des incertitudes qui entourent l'entreprise. Si Frois et Martin disposent, on l'a vu, d'un pouvoir bien réel qui procède pour l'essentiel de leur rattachement au Cabinet du SSEAM, ils sont aussi très dépendants de cet accès direct au ministre. Pour Etienne Martin, l'intégration au cabinet visait à « éviter toute difficulté administrative et à permettre une application immédiate des mesures de protection [...] » et « le service a disparu lentement avec son créateur »¹⁰⁴.

Difficile au premier abord de souscrire à ce récit. Le « service » survit au départ de Thomas en septembre 1917 et à la prise de fonction de son ex sous-secrétaire d'État, Louis Loucheur (1872-1931)¹⁰⁵. Mieux, avec l'arrivée à la tête du MAFG de l'industriel protestant, « le service » est formellement institué comme « Service d'enquêtes sur les conditions d'hygiène du travail et sur les mesures à prendre pour assurer le bien-être ouvrier »¹⁰⁶ et considérablement renforcé. En revanche, comme l'a bien vu la Commission d'hygiène, il est désormais rattaché à la DMO et a perdu son accès direct au ministre. Désormais c'est le directeur de la Main-d'œuvre (Bossut) qui présente chaque mois au ministre un compte-rendu des enquêtes effectuées (art IV) et c'est sur sa proposition que le « service d'enquête » est réorganisé fin décembre. Il est alors divisé en cinq « missions » distinctes : 1/Mission médicale (Médecin-major 1^{ère} classe Martin, Médecin-major 2^e classe Chauve, Médecin aide-major Pillet) ; 2/Mission d'hygiène industrielle et réglementation du travail (Frois, Médecin aide-major Caubet, Lieutenant Meurda) ; 3/Mission de Protection de l'enfance (Médecin-major 1^{ère} classe Bué, Sous-Lieutenant Mari) ; 4/Mission d'organisation des restaurants ouvriers (Médecin aide-major Fauquet) ; 5/Mission d'architecture (Lecoeur, architecte). Marcel Frois est nommé directeur-adjoint de ce « service d'enquête sur les conditions d'existence et d'hygiène au travail » qui compte désormais 10 agents dont 6 médecins¹⁰⁷.

Dans cette nouvelle organisation, la « mission médicale » (dirigée par Martin) est chargée de « toutes les questions concernant le fonctionnement du service médical : organisation de poste de secours, d'infirmerie et dispensaires »¹⁰⁸. En d'autres termes, elle contrôle l'exécution du Service médical dans les établissements de l'Artillerie et des

¹⁰⁴ Etienne Martin, « Albert Thomas et son action sur l'organisation en France de la médecine du travail », *La Médecine du Travail*, vol. 9, Lyon, Faculté de médecine de Lyon, 1929.

¹⁰⁵ CARLS Stephen. D, *Louis Loucheur, 1872-1931 : ingénieur, homme d'état, modernisateur de la France*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 336 p.

¹⁰⁶ AN F22/532 - MAFG - DMO - 5^e Section - Arrêté du 28 octobre 1917.

¹⁰⁷ F22/532 - MAFG - DMO - 5^e Section - Dépêche 8473-5/0 - Décision du MAFG - 29 décembre 1917.

¹⁰⁸ *Ibid.*

Poudres et les usines privées qui dépendent du ministère (les « annexes »). La grande majorité des fournisseurs privés reste donc en dehors de son domaine de juridiction. La DMO elle-même reconnaît que « le contrôle médical des usines privées n'a pu s'exercer utilement »¹⁰⁹ parce que ces industriels n'ont aucune obligation légale en matière de service médical, et que le contrôle de l'Hygiène et de la sécurité relève toujours de l'Inspection du travail. Par ailleurs, le point veto essentiel que constitue l'appartenance des médecins à un corps sur lequel le MAFG n'a aucune autorité directe n'est pas levé¹¹⁰. Le 4 mai 1918, le directeur de la DMO rappelle sèchement à Martin qu'il doit faire avec :

« Je crois devoir bien préciser certains points qui ont trait à l'exécution des missions qui vous sont confiées [...] comme représentant du ministre de l'Armement, chargé d'enquêtes et d'études, vous ne pouvez que procéder à celles-ci et faire connaître les résultats. [...] la DMO engagera les pourparlers nécessaires avec les services intéressés mais vous (pas plus que moi) ne pouvez prescrire vous-même aux médecins traitants [...] aucune mesure quelle qu'elle soit. [...] et ce que je viens de dire est encore plus vrai [...] dans vos relations avec les services de santé régionaux »¹¹¹.

Incontestable fer de lance de l'entreprise de réforme en 1916-1917, le "Service" d'Etienne Martin fait ici l'apprentissage des limites de sa position et de son rôle : il coordonne et centralise l'information, produit des rapports et propose des solutions, mais c'est la DMO qui dispose.

Au regard de ces quelques éléments, l'institutionnalisation du service d'enquête ressemble fort à une stratégie de neutralisation. Si le constat mériterait d'être davantage étayé, il fait écho aux conclusions de Florent Lazarovici pour qui la prise du ministère par Loucheur se traduit par une rupture avec la politique menée par Thomas¹¹². Le processus de réforme semble donc trouver ses limites dans l'arrivée d'un grand patron à la tête du ministère. Difficile dès lors de considérer que l'expérience 14-18 a légitimé, aux yeux des représentants du patronat, le rôle du médecin en entreprise.

1.2.5 Deux points de veto : vaccinations et « visite médicale d'embauchage »

L'inertie qu'opposent les industriels et les directeurs des établissements d'État lors des campagnes de (re)vaccination antityphoïdique de 1917-1918 est particulièrement frappante. Le sous-lieutenant Bordier, contrôleur de la MO rapporte au MAFG que des

¹⁰⁹ F22/532 - MAFG – DMO - 5^e Section - Dépêche 11 493 4/0 du 24 mars 1918.

¹¹⁰ Les « points de veto » sont des obstacles institutionnels que les réformes doivent franchir pour transformer l'ordre institutionnel. Ils peuvent se matérialiser sous forme de normes juridiques mais relèvent plus largement de l'incorporé, du déjà là, de ce qui se fait (peut se faire) ou non. Leurs intensité est donc variable. Sur la notion et ses usages voir Jacques Lagroye, Michel Offerlé Michel, *Sociologie l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 65-69.

¹¹¹ F22/532 - Dépêche 12583 4/0 Contrôleur Général de l'administration de l'armée Bossut à Mr le Dr Etienne Martin, "chef de mission". 4 mai 1918.

¹¹² F. Lazarovici, « L'organisation du ministère de l'Armement [...] », *op. cit.*, p. 55-57.

directeurs d'usine de son secteur (Nevers), visités par les médecins militaires au sujet de la vaccination, lui font part des « *désorganisations des équipes qui pourraient en résulter, la vaccination [...] mettant l'ouvrier [...] dans une incapacité de travail d'une durée minimum de deux jours* »¹¹³. Le 3 décembre, le MAFG rappelle au contrôleur local de Saint-Chamond que la circulaire (Godart) 364 Ci/7 du 15 décembre 1916 s'applique aux mobilisés industriels et que : « *les officiers contrôleurs doivent laisser le service de santé procéder aux vaccinations jennériennes ou antityphoïdiques [...] chaque fois qu'il le juge utile* »¹¹⁴. Malgré la mise à disposition de nouveaux vaccins (Vincent ou Widal) qui réduisent le nombre d'injections nécessaires, la direction des usines Schneider se plaint d'une désorganisation massive de la production : sur la base de 4 jours d'arrêt par homme vacciné, elle évalue à 45 000 le nombre de journées de travail perdues¹¹⁵. En examinant de plus près les prises de position des industriels à l'endroit des politiques de prévention, on verrait qu'elles sont probablement plus complexes que ne le suggèrent ces quelques exemples. Les établissements de l'artillerie, on l'a vu, sont loin d'être rétifs à la médicalisation ; au contraire, ils réclament des médecins. Quant aux établissements Schneider, ils disposent au Havre de leurs propres services de médecine que le major de secteur présente comme des modèles¹¹⁶. Il n'en reste pas moins que la vaccination incarne de manière idéal-typique les contradictions entre logique sanitaire et logique productiviste. Le médecin peut bien intervenir dans l'usine tant que son action ne met pas en jeu l'organisation de la production et des environnements de travail et plus largement, l'ordre productif.

On objectera que c'est justement sur ce terrain que la guerre change la donne, que les médecins ont su faire la preuve de la plus-value de leur action en matière de gouvernement des corps au travail. Ils auraient notamment participé du processus de rationalisation et placé leur démarche sous le signe de la productivité, en faisant de la visite médicale d'embauchage un outil de sélection et d'orientation biologique de la main-d'œuvre¹¹⁷. À rebours de cette analyse, il faut insister sur la rareté des expériences de sélection/orientation médicalisée à l'embauche : le « bon exemple » de l'usine des Gravanches (Clermont-Ferrand) souvent mis en avant, relève plus de l'exception que de la règle¹¹⁸.

¹¹³ F22/532 - Contrôle régional de la main-d'œuvre de Lyon - Secteur de Nevers - courrier LG 3 192 du 8 décembre 1917.

¹¹⁴ F22/532 - MAFG au Sous-Lieutenant Chatard, dépêche 10 502 3/0 du 3 décembre 1917.

¹¹⁵ V. Viet, *La santé en guerre...*, op. cit., p. 470-471.

¹¹⁶ F22/539 - MAM 1^{ère} Cl. Defossez, Rapport d'inspection des Usines Schneider et Cie du Havre, d'Harfleur et du Hoc, 24 juin 1917, p. 5.

¹¹⁷ S. Buzzi et al, *La santé au travail...*, op. cit., p. 19-21.

¹¹⁸ *Ibid.*, p19.

Dans ce parc d'Artillerie dépendant de la XIII^e Région Militaire, le Dr Roux¹¹⁹, en charge de la main-d'œuvre féminine, met en œuvre, avec l'appui de la direction, un système de tri scientifique à l'embauche qui écarte les malades et, surtout, propose d'orienter les candidates retenues en fonction d'un coefficient d'aptitude physique (1-2-3) « qui permet à l'officier chargé de ce service de savoir immédiatement à quel genre de travail l'ouvrière peut être affectée »¹²⁰. Si la fiche médicale instituée par Roux constitue une nouveauté, on ne dispose cependant d'aucune source susceptible d'éclairer la pratique, et rien ne permet de savoir si et comment la maîtrise en fait usage. Les archives des Gravanches sont rares et ne comportent pas les fiches médicales de Roux¹²¹.

Plus encore, le cas des Gravanches ne constitue pas « un bon exemple » d'orientation médicale de la main-d'œuvre mais un des rares, sinon le seul, dont on ait connaissance. Les sources tendent plutôt à montrer que la visite médicale d'embauche se limite à un contrôle sanitaire sommaire. Dans le rapport qu'il rédige en 1918 à la suite d'une visite à l'Atelier de chargement de Rennes, le médecin aide-major Pillet revient longuement sur la visite médicale d'embauche. Il rappelle qu'au moment de son instauration (décret du 26 février 1897) elle ne devait en aucun cas permettre au médecin de déterminer « la spécialité ou l'importance du travail à confier à l'ouvrier » et que seule « la direction [devait] rester juge des affectations de son personnel »¹²². Mais il précise aussitôt que l'augmentation et la diversification du recrutement ont « jeté à l'usine » des « individus de toutes variétés » qui « physiologiquement sont en état de moindre résistance » ce qui justifie l'intervention du médecin dans la distribution des postes et des places. Tous « les médecins d'usines » le revendiquent selon lui et tous « ont dit la vanité de la visite d'embauche actuelle »¹²³. Et Pillet insiste :

« Comme les médecins n'ont ni l'ordre d'éliminer les contagieux, ni la faculté d'indiquer à quel genre de travaux il serait le plus profitable pour tous d'employer l'homme qu'ils embauchent, il s'en suit que la visite d'embauche est une simple formalité. Le Médecin Chef de l'Atelier de Rennes, après bien d'autres, voudrait voir la visite médicale d'embauche aboutir à une fiche classant les ouvriers d'après leur aptitudes suivant l'âge, le sexe, l'état physiologique, les maladies ou infirmités »¹²⁴.

¹¹⁹ Je n'ai malheureusement pas réussi à l'identifier plus précisément tant il a d'homonymes. Je ne connais donc ni sa formation, ni sa trajectoire.

¹²⁰ « Protection de la main-d'œuvre féminine, organisation du service médical dans un établissement d'Etat », *BUG*, n°51, 15 avril 1918.

¹²¹ Mes recherches au Centre des archives de l'Armement et du personnel civil (SHD-Châtellerault) qui conserve les archives des usines de guerre de l'État, ne m'ont pas permis de retrouver ces fiches.

¹²² F22/539 : MAM Pillet, Rapport sur l'organisation médicale de l'Atelier de chargement de Rennes, II, État sanitaire du personnel et fonctionnement du Service médical, p. 2-3.

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ *Ibid.*

Véritable plaidoyer pour « *une utilisation rationnelle de la main-d'œuvre* » qui associerait « *avantages pour la production* » et « *sauvegarde maximale de la santé des ouvriers dont la plupart sont tarés physiologiquement* », le rapport reprend presque *in extenso* les analyses de Pierre Mazel et Jules Leclercq dont les travaux parus dès 1916-1917 sont présentés dans l'historiographie comme significatifs de la conversion des médecins au point de vue rationalisateur¹²⁵. Il en partage surtout l'une des caractéristiques essentielles : il décrit ce qui pourrait ou devrait être, et souligne, par là même, ce qui n'est pas. De Roux à Mazel et Leclercq, en passant par Pillet, il est incontestable que nombre de médecins se livrent à un intense travail de légitimation théorique ou pratique et revendiquent, au nom de la rationalisation, le partage du monopole sur le gouvernement du corps au travail. Cela dit, rien n'autorise à conclure, à partir de ce constat, au succès de l'entreprise. Le fait que Pillet continue ce travail en 1918 suggère plutôt l'inverse et invite à ne pas confondre travail de légitimation et légitimité. La manière dont il conclut « une fois de plus tout le monde y gagnerait » en dit long sur l'inertie que les promoteurs de la sélection/orientation rencontrent.

Au terme de cette première étude de cas, plusieurs conclusions complémentaires et partiellement contradictoires peuvent être dégagées. D'un côté, la création des régimes spéciaux de contrôle, confiés à des inspecteurs du travail (Pouillot et Frois) et des médecins légistes (Audistère et Martin), participe de la réalisation d'un projet global articulant assainissement des milieux industriels, hygiène des ateliers et prophylaxie des maladies professionnelles. Mais le « dit » des archives relativise assez nettement les récits par trop laudatifs qui font de cette expérience, une expérience réussie de santé au travail. Si les enquêtes menées tout au long de l'année 1916 débouchent sur une réforme de la gestion sanitaire des mains-d'œuvre de l'armement au printemps 1917, la mise en œuvre des réformes se révèle plus complexe dans les faits que sur le papier. Le manque de personnel médical constitue une limite évidente à la coopération entre l'Armement et la Santé qui privilégie toujours la lutte antiépidémique et le contrôle sanitaire à la lutte contre les maladies professionnelles. Au-delà des convergences d'intérêts bien réelles, les divergences de priorités politiques entre les deux administrations demeurent. L'institutionnalisation et le renforcement du contrôle des services médicaux dans les usines de guerre à l'automne 1917 ne doivent pas tromper. Placée sous l'égide de la DMO, la « mission médicale » de Martin n'a ni les moyens de commander aux médecins, ni la capacité de sanctionner l'industrie privée et, au final, la conversion du patronat industriel aux bienfaits de la médecine d'usine est loin d'être un acquis en 1918. D'un

¹²⁵ Les travaux des médecins légistes Pierre Mazel et Jules Leclercq : *La main-d'œuvre nationale après la guerre* (1916) et « Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologique de l'ouvrier » publié 1917 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* avec R. Dujarric de la Rivière, sont repris et cités dans tous les travaux traitant la question.

autre côté et inversement, les travaux de Mazel et Leclerc ou de Martin, leurs trajectoires après la guerre et leur capacité (relative) à capitaliser sur les ressources accumulées pendant le conflit signent plus l'annexion par la médecine légale des problématiques de « l'hygiène industrielle » que la légitimation de la médecine d'usine comme moyen de sélection scientifique de la main-d'œuvre. Autrement dit, l'expérience 14-18 constitue surtout une ressource mobilisable dans les luttes de positions propres au champ académique (notamment la captation des chaires de médecine légale) et contribue à ancrer, de manière durable, la médecine d'usine non plus du côté de l'hygiène industrielle, mais du côté de la médecine légale universitaire. Et cette spécificité française ne naît pas de la guerre. Au contraire, la séquence 1915-1919 poursuit et achève un processus que Lyon Murard et Patrick Zylberman jugent particulièrement significatif de l'histoire française de l'hygiène. Pour eux :

« L'État s'est montrée incapable de diffuser l'expertise nécessaire à l'application de ses textes législatifs, notamment parce que la Faculté faisait barrage à l'émergence d'une véritable profession d'hygiéniste. Rien ne distingue plus l'hygiène française de ses consœurs anglaises et allemandes que cette professionnalisation avortée¹²⁶ ».

Difficile avec les sources mobilisées ici de dire quels sont les effets de cette configuration spécifique qui place la santé au travail sous la coupe des médecins légistes sans monter en généralité de manière incontrôlée. On peut cependant émettre une ou deux hypothèses - qui mériteront d'être vérifiées à l'avenir-, notamment sur la question de la gestion des accidents du travail.

Lorsque j'ai entrepris de travailler ce fond d'archives « usine de guerre », je cherchais en particulier une étude sur les accidents du travail dont je connaissais l'existence sans rien savoir de plus, sinon que la source était prometteuse. Le document en question est un « rapport d'enquête » qui porte sur quelques 50 000 accidents du travail et 3 000 cas de maladie survenus sur une période de 9 à 25 mois dans quatre usines d'armement pendant la Grande Guerre. Sur 45 pages manuscrites, denses et chargées de tableaux, l'auteur expose de manière limpide la problématique, la méthode d'enquête et les résultats. Il explore les liens entre intensité de la production, fatigue et accidents du travail. Au premier abord, c'est une mine d'or : la source, classée dans un fond bien connu (inventoriée dès 1992) - la sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale » -, est unique et inédite. Restait à comprendre les perspectives de recherche ouvertes par cette trouvaille. L'enquête prend alors une direction des plus classiques : identifier l'auteur, ses réseaux, ses objectifs etc. bref, restituer les conditions de production du document pour en rendre intelligible le contenu. Signé « H. Vernon » le rapport porte en entête la

¹²⁶ L. Murard, P. Zylberman, *L'hygiène dans la République, op. cit.*, p. 470.

mention « Comité de la santé des ouvriers des munitions, mémoire 21 », jusque là, rien de très énigmatique. Pourtant, après deux jours de recherches je n'ai nul Vernon susceptible d'avoir rédigé un tel rapport et pas la moindre trace du fameux Comité de santé. Une lecture plus internaliste n'apporte pas d'élément complémentaire. Je n'ai pas le moindre indice permettant d'identifier les producteurs du document et les 4 établissements dans lesquels l'enquête a été réalisée - dont j'espérais retrouver les archives aux AN, au SHD ou ailleurs - ne sont pas cités ; l'enquête tourne court.

Quelques mois plus tard cependant, alors que je m'intéresse au rôle des sciences et techniques du travail dans la sélection des travailleurs (notamment aux physiologistes comme Imbert ou Jules Amar)¹²⁷, une petite institution britannique, inconnue de moi, attire mon attention : le *Health of munition workers committee*. Chargé (à partir de septembre 1915) par le ministère de l'armement britannique (*Minister of munition of war*) d'étudier les questions de santé au travail, notamment du point de vue de la durée du travail et des effets de la fatigue industrielle, il avait rendu 21 rapports, celui du Dr H.M Vernon, publié en 1918, était le dernier. Le comité de la santé des ouvriers était donc une institution anglaise, j'avais résolu une partie du problème. L'histoire aurait pu s'arrêter là dans le sens où le monde anglo-saxon ne faisait pas parti de mon périmètre d'investigation. Mais l'existence même de cette traduction dans les archives versée par le Ministère du Travail posait questions. Comment est-elle arrivée là ?

On peut faire une première hypothèse au regard de l'importance quantitative des pièces émanant de l'Armement et/ou de la Guerre dans ce fond versé par le Ministère du Travail et considérer qu'une part significative de ces documents (cartons 532 à 539) a été rassemblée par l'inspecteur du travail Marcel Frois alors qu'il était attaché au cabinet d'Albert Thomas. Si elle est plus que probable, cette origine ne nous dit rien cependant des liens que pouvaient entretenir les réformateurs sociaux du cabinet Thomas et les hommes du HMWC sur lesquels l'historiographie française est peu disserte. S'agissait-il d'une simple traduction, d'une collaboration épisodique et de circonstance ou d'un réseau institué qui a permis que circulent des savoirs et savoir-faire en matière de santé au travail ? Comment expliquer qu'aucune enquête de ce genre n'ait été menée en France pendant la guerre ? Comment comprendre que - dans une séquence historique qui se caractérise par une forte demande sociale de statistique¹²⁸ une intensification de la

¹²⁷ Voir Georges Ribeill, « Les débuts de l'ergonomie en France à la veille de la Première Guerre Mondiale », art. cité, p. Thomas Le Bianic, « Le Conservatoire National des Arts et Métiers et la Machine Humaine. Naissance et développement des sciences de l'homme au travail au CNAM (1910-1990) », *Revue d'histoire des sciences humaines* 2004/2, N°11, p. 185-214. Marco Saraceno, *De la mesure du corps à la politique des corps. Une histoire des sciences du travail 1880-1920*, thèse de doctorat en sociologie et en histoire des sciences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013.

¹²⁸ Voir Raymond Dartevelle, « La lente construction d'une tarification des corps : entre pratique assurancielles du risque industriel, actuariat, expertise médico-légale et enseignement (années 1890-1905) »,

production et une rationalisation du travail industriel¹²⁹ - la question « accident du travail » n'ait pas été constituée en enjeu, qu'aucun travail d'objectivation (ni statistique, ni médical) n'ait été mené sur ce terrain ? La plupart des usines de guerre, on l'a vu, bénéficiaient d'un régime d'exception dans le régime des « établissements classés », qui dispensait les administrations de la guerre et de l'armement d'y faire appliquer la réglementation sur l'hygiène et la sécurité intérieures¹³⁰. L'explication de l'invisibilité du fait social accidents du travail réside en partie dans ce statut dérogatoire, mais celui-ci ne fait pas tout. La loi de 1898 s'applique dans ces usines et elle est même devenue « *l'élément clef du statut de la main-d'œuvre mobilisée* »¹³¹. Comment dans ces conditions rendre compte de l'invisibilité (partielle et relative ?) du fait social accident du travail pendant la Grande Guerre.

Répondre à ces questions suppose d'expliquer pourquoi les paradigmes dominants à partir desquels est appréhendée la question des accidents du travail sont différents de part et d'autre de la Manche. La problématique physiologiste de la « fatigue », si centrale en France pendant les années 1900¹³² semble comme démonétisée pendant la guerre, comme si elle ne présentait plus d'intérêt intellectuel et clinique alors qu'elle reste, semble-t-il, le paradigme dominant en Grande-Bretagne. À mon sens, deux types de facteurs, étroitement solidaires permettent d'expliquer cette « disparition ». On constate d'une part que les rares tentatives engagées avant guerre pour constituer « la médecine des accidents du travail » en spécialité clinique échouent¹³³. D'autre part, on voit que l'intérêt des physiologistes du travail qui, avant la guerre, pensent en terme de fatigue et portent cette problématique se déplace. Ces derniers sont en effet très liés aux agents et aux institutions de l'hygiène sociale¹³⁴ sous l'impulsion desquels ce sont la santé des femmes (pensées comme des mères ou futures mères) et les intoxications

Thomas Le Roux (éd.), *Risques industriels : Savoirs, régulations, politiques d'assistance, fin XVIII^e-début XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes, p.67-95. doi :10.4000/books.pur.47403.

¹²⁹ Voir. Patrick Fridenson Patrick, « 14-18, l'autre front », Cahier du Mouvement social n°2, Paris, Les éditions ouvrières, 1977. Aimée Moutet, « La rencontre des traditions militaires et civiles de rationalisation à l'occasion de Première Guerre mondiale et ses conséquences », dans Dominique Pestre (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'Armement en France. De Gribeauvall à la force de frappe*, CNRS éd., Paris, 2005, p. 241-259.

¹³⁰ Vincent Viet, « Hygiène intérieure et salubrité extérieure : un point aveugle de l'action publique ? Chronique de deux domaines séparés en France (1810-1917) », *Travail et emploi*, vol. 148, no. 4, 2016, p. 81-101.

¹³¹ Vincent Viet, « La loi de 1898 sur les accidents du travail et l'émergence de la tarification des corps en Europe », Journée d'étude, Calenda, Publié le lundi 26 mars 2012, <http://calenda.org/207867>.

¹³² Voir Anne Rasmussen, « Expérimenter la santé des grands nombres », *op. cit.*, p. 87.

¹³³ C'est le cas du groupe qui s'est constitué autour du Dr Georges Couremenos (1855-19 ??), de son « hôpital « des accidents du travail » et de la revue *Clinique Médico-chirurgicale des Accidents du Travail* (1908-1912) échoue à constituer Sur l'objectif de constitution d'une spécialité, lire la présentation de la revue : Georges Couremenos, « Au lecteur », *Clinique Médico-chirurgicale des Accidents du Travail*, n°1, 1908.

¹³⁴ Fabrice Cahen Adrien Minard, « Les mobilisations contre les « fléaux sociaux » dans l'entre-deux-guerres. Essai de cartographie sociale », *Histoire & Mesure*, 31-2, 2017, p.141-170.

professionnelles qui polarisent les enjeux politiques et cliniques. Or c'est précisément sur ce terrain que se déplace l'intérêt des « sciences et techniques du travail ».

2 Le Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques (GSCS) ou les limites d'une entreprise d'avant-garde

Le second cas d'étude de ce sixième et dernier chapitre explore une courte séquence dans la Grande Guerre et propose de revenir sur l'histoire d'une petite institution appelée officiellement Groupement des services chirurgicaux et scientifiques (GSCS). Créée au sein du Service de Santé Militaire (SSM) de l'Armée française en avril 1917 sur deux hôpitaux de l'avant, Prouilly (puis Bouleuse en juillet 1917 après la destruction de Prouilly) et Épernay, dans la zone de la V^e Armée, à l'ouest de Reims, le GSCS est dissout fin mai 1918 à la suite du bombardement de Bouleuse lors de l'offensive allemande du printemps 1918. Malgré sa brièveté – moins d'un an de fonctionnement effectif –, l'expérience du Groupement, souvent à tort réduite à celle du seul hôpital de Bouleuse, est un cas particulièrement intéressant qui permet de rendre compte du processus général de reconfiguration de la « santé aux armées », dont elle est à la fois le produit et un moteur, et de mieux comprendre le rôle joué pendant la guerre par les élites hospitalières et universitaires engagées au côté du secrétaire d'État Justin Godart (juillet 1915-février 1918). Reconnu comme une expérimentation originale et très précoce de « centre hospitalo-universitaire » au Front (soin, enseignement et recherche en médecine et en chirurgie), le Groupement ambitionne d'améliorer la prise en charge des blessés et malades de guerre sur le plan des soins et de l'évacuation vers l'arrière, d'une part en intégrant les progrès scientifiques, notamment en matière radiologique et bactériologique, dans les pratiques de soins, d'autre part en diffusant les « bonnes pratiques » via l'enseignement des médecins en poste aux armées. Ce projet bénéficie du recrutement de spécialistes patentés dans leur domaine, dont le plus illustre et le plus souvent cité est le chirurgien René Leriche.

Le GSCS n'ayant laissé aucune archive dans les fonds habituels de la santé militaire (SHD, Val-de-Grâce, SAMHA), l'historiographie n'a pu s'appuyer jusqu'à présent que sur une documentation éparse et lacunaire. Les développements qui vont suivre résultent en revanche de l'exploitation des archives privées du directeur scientifique du Groupement, Claudius Regaud, déposées aux archives du Musée de l'Institut Curie dans les années 2000 et inventoriées tout récemment¹³⁵. Ce fond, qui mérite d'être complété

¹³⁵ Le catalogue est en ligne sur Calames : <http://www.calames.abes.fr/pub/>. Le Musée Curie doit être remercié pour son accueil et, plus particulièrement, Anaïs Massiot et Natalie Pigeard-Micault dont les connaissances des archives et les conseils ont été d'une aide précieuse. Pour une présentation du fond *Voir*

par d'autres sources conservées dans la maison familiale¹³⁶, est composé de 24 cartons, dont 15 consacrés à l'abondante correspondance reçue par Regaud sur la période 1912-1926¹³⁷, et 6 à des documents écrits par Regaud en tant que directeur du Groupement (notes et brouillons et copies de la correspondance officielle). Pour cette étude de cas, je m'appuie sur le dépouillement exhaustif des documents relatifs au centre d'instruction médico-militaire de Bouleuse¹³⁸, des écrits de Regaud en tant que directeur du Groupement¹³⁹, et sur l'intégralité de la correspondance échangée entre janvier 1917 et juin 1918¹⁴⁰, complétée le cas échéant par la correspondance de l'année 1915. Ces archives permettent de renouveler en profondeur l'histoire du Groupement, car en donnant à voir le fonctionnement de l'institution de l'intérieur, en quelque sorte depuis les coulisses, du point de vue de son directeur et de ses collaborateurs mais aussi de certains supérieurs hiérarchiques, elles fournissent l'occasion de mieux décrire et comprendre une entreprise réformatrice à l'œuvre, avec ses ambitions, ses coups, ses tactiques et ses difficultés.

Ces fonds présentent inévitablement un certain nombre de biais et notamment deux manques, étonnants au premier abord. Les crises politiques et les combats militaires n'y apparaissent que très épisodiquement. Alors que l'inauguration du Groupement se fait sur fond d'enquêtes menées par la Commission d'hygiène de la Chambre des députés et la Commission Supérieure Consultative du Service de Santé Militaire (CSCSS) à la suite du « désastre sanitaire du Chemin des Dames » en avril 1917¹⁴¹, la correspondance d'avril ou mai 1917 ne l'évoque pas ; de même, la démission de Justin Godart le 1^{er} février 1918 n'apparaît quasiment pas dans les échanges écrits. Quant aux combats militaires, ils semblent assez loin de ces hommes qui vivent pourtant dans l'arrière front, à quelques kilomètres des lignes ennemies – seuls deux correspondants de Regaud, dont l'un est son propre frère Francisque, en parlent régulièrement. Certes, la période de juillet 1917 à mai 1918 est relativement calme à cet endroit du front. Mais il demeure étonnant qu'aucun

Anais Massiot, Natalie Pigéard-Micault, « Le fonds Hôpitaux d'Origine d'Étape de Bouleuse, Prouilly et Épernay (1917-1918) », *Histoire des sciences médicales*, , 2013/47, n°3, p. 355-362. On trouvera également des éléments intéressants dans A. Massiot, N. Pigéard-Micault, *Marie Curie et la grande Guerre*, Paris, Glyphe, 2014.

¹³⁶ J'ai pu y passer une journée en 2014 ce qui m'a permis un premier contact avec les documents. J'ai pu y lire notamment les « agendas » de Claudius Regaud dont j'espérais qu'ils me permettent de reconstituer son activité au SSESSM dont on ne sait rien ou presque. Mais ses carnets et agendas, Regaud les a utilisés comme « pense-bête » ce qui les rend quasi incompréhensibles et au final ils n'ont été d'aucun secours.

¹³⁷ Voir Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-Correspondance privée.

¹³⁸ *Ibid.*, CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire.

¹³⁹ *Ibid.*, CR-HOE/C Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. La série compte 173 pièces, toutes numérotées et classées par ordre chronologique. La numérotation commence pièce 51 mais elle est discontinue, passant des pièces 210 à 1000, et des cotes manquent. Le classement est celui de Regaud lui-même.

¹⁴⁰ *Ibid.*, CR-Correspondance privée. Soit 926 lettres pour la période considérée.

¹⁴¹ A. Prost, « Le désastre sanitaire du Chemin des Dames », dans Nicolas Offenstadt (dir.), *Le Chemin des Dames, de l'événement à la mémoire*, Paris, Stock, 2004, p. 137-151.

des collaborateurs de Regaud n'évoque la menace des combats alors que la série d'offensives allemandes du printemps 1918 bat son plein et que la bataille de l'Aisne engagée le 27 mai oblige les hommes du GSCS à quitter Bouleuse, bombardé puis occupé, pour Épernay. Quels que soient les facteurs, nombreux sans doute, de ces silences (cloisonnement administratif et contrôle des informations, voire censure ; dévouement des médecins à leurs propres tâches, etc.), ils ne peuvent manquer d'entretenir la représentation communément acceptée de Bouleuse comme « hôpital-modèle » fonctionnant « hors-sol », en toute autonomie, indépendamment des aléas politiques et des contraintes militaires. Mais le « dit » des archives dément largement cette représentation idéalisée, conforme aux intérêts d'une histoire militaire de la médecine militaire qui l'a longtemps entretenue¹⁴².

Claudius Regaud (1870-1940), l'acteur central de cette histoire et celui qui est à l'origine de ces sources, est une figure bien connue de l'histoire médicale, et notamment de l'histoire de la cancérologie, puisque, co-fondateur de l'Institut Curie en 1913 et défenseur de l'association de la chirurgie et de radiologie, il participe de la naissance de la Ligue contre le Cancer après la guerre, et dirige le plus important centre anticancéreux du pays dans les années 1930¹⁴³. Histologiste de formation, Regaud est l'élève de Joseph Renault, premier titulaire de la chaire d'anatomie générale et d'histologie de la Faculté de médecine de Lyon en 1877¹⁴⁴. Reçu au concours de l'internat à l'automne 1891, Regaud effectue son stage de 2^e année à l'Institut Pasteur (sur le conseil de Renault, lui-même passé par Pasteur), où il suit le cours de microbiologie d'Émile Roux. De retour à Lyon, il se consacre à l'activité clinique et au travail de laboratoire (histologie) délaissant peu à peu la filière hospitalière au profit de la formation scientifique. Docteur en 1897 et reçu à l'agrégation d'anatomie en 1901, il fait évoluer l'histologie d'une science descriptive - une anatomo-pathologie microscopique - vers une approche expérimentale, portée par la physiologie et ouvrant la voie à des applications thérapeutiques. Pour Regaud, l'histologie physiologique, chimique et expérimentale est appelée à devenir la base de la biologie. À la suite des découvertes de Tribondeau et Bergonié en 1904 sur l'effet des rayons X sur les cellules, Regaud s'intéresse aux radiations, et après plusieurs années de recherches, les

¹⁴² Vincent Viet livre à ce sujet une « anecdote » tout à fait significative. Rappelant que les histoires du SSM écrites depuis la fin de la guerre ont été « Rédigées par d'anciens militaires hauts gradés, gardiens sourcilieux de la mémoire de l'institution » qui « se garderont de valoriser le rôle des rares dirigeants civils du Service de Santé militaire », il précise qu'on est allé jusqu'à décrocher le portrait de Godart du musée du Val de Grâce, pourtant à l'origine de sa création. V. Viet, *La santé en guerre*, *op.cit.*

¹⁴³ P. Pinell, *Naissance d'un fléau : op.cit.*, p 107-128. Une biographie de Claudius Regaud a été rédigée par son fils: Jean Regaud, *Claudius Regaud (1870-1940), pionnier de la cancérologie*, créateur de la Fondation Curie : chronique de sa vie et son œuvre, Paris, Maloine, 1982, 233 p. Voir aussi Christian Girod, «L'histologie », dans Alain Bouchet (dir.), *La Médecine à Lyon des origines à nos jours*, Paris, Hervas, 1987, p 281-282.

¹⁴⁴ Christian Girod, «L'histologie », art. cité, p. 280.

utilise sur des patients atteints de cancers inopérables. Ses travaux participent ainsi de l'ouverture de la clinique hospitalière au laboratoire (encore très décriée à l'époque) et de la thérapeutique à la démarche scientifique expérimentale. Agrégé en exercice mais toujours sans chaire, insuffisamment rémunéré pour faire vivre sa famille comme il l'entend, Regaud décide en 1913 de quitter Lyon pour Paris, et de renoncer à la Faculté pour la recherche : Sur proposition d'Émile Roux, il prend la direction du laboratoire de radiophysologie au sein de l'Institut du Radium créé par Marie Curie et l'Institut Pasteur, où il est nommé directeur de la section biologique et professeur d'histologie. Le choix étonne quand on sait que Renaut, dont il est l'héritier le plus évident, est alors âgé de 69 ans et à la tête de la chaire d'anatomie générale et d'histologie depuis 36 ans ; en choisissant Pasteur, Regaud renonce à une succession presque évidente, qui profite finalement à l'un de ses élèves, Albert Policard, après la guerre (Renaut meurt en 1917).

Au moment de la mobilisation, Regaud se trouve donc à un tournant de sa carrière même si, en tant que lyonnais tout juste monté dans la capitale, qui plus est radiophysioleogiste et pasteurien, il demeure encore largement un *outsider* dans le milieu médical parisien. Mais le conflit lui offre une opportunité décisive de s'élever dans le champ médical. Mobilisé en tant que médecin au grade de médecin-major de 2^e classe, il est d'abord nommé médecin-chef de l'HOE n°31 à Gérardmer, où son efficacité le fait remarquer au point de lui voir décerner la légion d'honneur dès l'hiver 1914-1915, sur proposition du médecin inspecteur général Paul Chavasse. En septembre 1915, sur les conseils de son frère Francisque, capitaine à l'état-major du 13^e bataillon de chasseur à pied et intime de Charles François (chef du « cabinet particulier » de Justin Godart)¹⁴⁵, Regaud, devenu médecin-major de 1^{ère} classe, fait parvenir au secrétaire d'État un rapport sur « l'hospitalisation sur place et l'évacuation des grands blessés »¹⁴⁶. Comme l'espéraient les deux frères, Justin Godart lui propose en retour d'intégrer son cabinet¹⁴⁷. Désigné dans un premier temps « secrétaire de la Mission permanente de prophylaxie dans la zone de l'Intérieur », il est ensuite chargé des questions d'hospitalisation et d'évacuation. En 18 mois, il accède à une position influente dont témoignent largement les multiples faveurs ou recommandations qu'on lui demande et les remerciements qu'on lui adresse. Dès lors, il porte et incarne, avec d'autres, l'ambition réformatrice du service de santé au Sous-secrétariat. Sa nomination en mars 1917 comme directeur « scientifique » (le titre n'est pas anodin) d'un Groupement situé dans la zone des armées constitue une suite logique et

¹⁴⁵ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-Correspondance privée, année 1915. Lettre de Francisque à Claudius du 7 septembre 1915.

¹⁴⁶ *Ibid.*, Le Médecin-major de 1ère classe Regaud, Médecin-chef de l'hôpital d'évacuation n°21 – 1ère section, à Monsieur le Sous-Secrétaire d'état. Lettre du 13 septembre 1915, Regaud.

¹⁴⁷ *Ibid.*, Ministère de la Guerre – Cabinet du Sous-secrétariat d'Etat à M. Médecin-chef de l'hôpital d'évacuation n°21. Lettre du 16 septembre 1915, Justin Godart.

tout à fait voulue par lui de cette ambition réformatrice : une expérimentation grandeur nature d'un projet de refondation de la santé militaire.

À travers le cas particulier du Groupement et de son directeur, il s'agit donc d'essayer de penser à nouveaux frais les modalités de la mise en guerre des professions de santé et ses effets à la fois sur l'institution militaire et sur le champ médical. Interroger les sources en leur posant la question de « la mise en guerre » des agents qui font le GSCS, c'est d'abord décrire la participation intense des médecins à l'effort de guerre, en mettant de côté, quitte à y revenir plus tard, la lancinante question des motifs de leur « mobilisation » entre adhésion idéologique, soumission consentie à l'État et devoir humanitaire. C'est donc décrire un processus d'institutionnalisation largement contrarié – une histoire en train de se faire, mais aussi de se défaire et de se refaire (autrement). Mais le cas d'espèce que constitue le Groupement permet aussi d'observer la mobilisation autour de (et par) Regaud de segments très spécifiques du champ médical, formés par (ses) différents réseaux, lyonnais d'abord, pasteurien pour partie mais aussi au sein de la médecine militaire, dont les aspirations réformatrices sont sinon le moteur, du moins une ressource pour la transformation du Service de Santé militaire. Le Groupement permet encore de comprendre comment les agents tentent de contourner les règles et de transformer les logiques et les pratiques de l'institution du SSM. La mise en guerre de la clinique, de la médecine sociale et des sciences médicales ouvre en effet un espace d'opportunités, en offrant la possibilité d'utiliser des ressources étatiques démultipliées pour créer, par exemple, des services de spécialité ou des centres. Procédant à une étatisation du champ médical, la guerre ne peut manquer en retour d'affecter et de modifier la concurrence des différents sous-champs en lutte avant-guerre. Bien comprendre ce qui se joue dans la réforme de la médecine militaire suppose ainsi de repérer les rapports de force au sein du champ médical, voire les anticipations de la fin du conflit.

La démonstration proposera d'abord une présentation critique sur l'expérience du Groupement : au-delà des intentions parfaitement saisies par l'historiographie, le Groupement scientifique constitue largement une expérience manquée, sinon ratée. Elle montrera ensuite les logiques de l'expérience réformatrice dans l'institution du SSM, et présentera quelques hypothèses sur ce qu'elles font au champ médical.

2.1 La difficile institutionnalisation d'un « poste avancé » de la réforme du Service de santé

Dépendant de la V^e armée (dirigée par le Général Micheler¹⁴⁸ du 22 mai 1917 au 10 juin 1918), le GSCS regroupe dans un premier temps des services (des « échelons ») appartenant à deux des plus importantes formations hospitalières jamais organisées à proximité du front : l'Hôpital d'Origine d'Étape (H.O.E.) de Prouilly et celui d'Épernay, tous deux issus de la réorganisation des HOE en 1916. Depuis l'instruction du GQG en date du 25 avril, les HOE sont conçus et mis en œuvre (plans et construction) par la Direction de l'Arrière (service du Génie) afin d'absorber les flots de blessés produit par les grandes offensives¹⁴⁹. Ils comptent au minimum 800 places et 15 à 18 équipes chirurgicales y travaillent. Prouilly, présentée comme une véritable « cité sanitaire », atteint les 3 000 lits. Paralysé par l'afflux incontrôlé des blessés en avril 1917 alors que sa construction n'est pas encore achevée, il est directement mis en cause lors des controverses et des enquêtes qui suivent le « Charleroi sanitaire du Chemin des Dames »¹⁵⁰. Bombardé, l'hôpital doit être évacué le 5 juin. L'échelon principal du jeune GSCS est alors réimplanté à Bouleuse, tandis que l'HOE d'Épernay accueille un échelon d'étape.

2.1.1 Brève description du Groupement : une institution modèle ?

La formation hospitalière de Bouleuse fait partie des H.O.E « primaires » situés à 20 ou 30 kilomètres des lignes. Composée de « *barraques* », de hangars et de tentes, elle concentre 3 des 4 divisions rattachées au GSCS. Celles-ci s'organisent selon une logique anatomo-clinique : la première dédiée au traitement des « *blessures des parties molles* » est dédoublée. L'Ambulance Chirurgicale Automobile 17 sous la direction de Robert Proust assure le nettoyage et le pansage avant l'évacuation vers un service du même nom dirigé par Fernand Lemaître¹⁵¹. La seconde division est spécialisée dans la prise en charge des « *blessures viscérales* » et dirigée par Jean-Louis Roux-Berger, spécialiste de chirurgie

¹⁴⁸ Joseph Alfred Micheler (1861-1931) débute la guerre comme Colonel avant d'être nommé Général de brigade en octobre 1914 puis Général de division à titre temporaire en mars 1916, grade auquel il est finalement promu en juin. Jusqu'en juillet 1915 il est chef d'état-major du 6^e corps d'armée (III^e armée, places fortes : Reims, Verdun, Châlon-sur Marne). Successivement commandant de la 53^e DI puis du 38^e CA, il commande ensuite la X^e armée (4 avril - 27 décembre 1916) au moment de la bataille de la Somme puis le Groupe d'Armées de Réserve (GAR) qui attaque sur le Chemin des Dames en avril 1917. Au 8 mai 1917, il prend la tête de la I^{re} armée (pour un mois seulement) avant de diriger la V^e dont il conserve le commandement jusqu'en juin 1918.

¹⁴⁹ Sur ce point Voir J-P. Fournier, *Évolution du Service de santé militaire français pendant la guerre de 1914-1918*, Thèse d'histoire, dir. Jules Maurin, 1996, Université Paul Valéry Montpellier III, vol.2, p 495-499. J-J. Ferrandis, A. Larcen, *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, éd. LBM, 2008, p.175-179.

¹⁵⁰ A. Prost, « Le désastre sanitaire du Chemin des Dames », art. cité., p. 137-151.

¹⁵¹ Sur l'histoire des ACA, leur composition, leur fonctionnement etc. Voir J-P. Fournier, *Évolution du Service de santé op- cit.* p. 486-491. et J-J. Ferrandis, A. Larcen, *Le Service de santé aux armées... , op.cit.*, p. 137-140.

thoracique. Enfin, la troisième, sous l'égide de René Leriche, s'occupe des « factures et lésions articulaires ».

Dans le rapport que Regaud adresse au sous-secrétaire d'État Justin Godart en juillet 1917, il fournit les indicateurs d'activité opératoire suivants : 28 équipes chirurgicales pourront travailler en rotation sur les 14 tables d'opération, mais l'effectif pourrait monter à 42 équipes (3 par table) qui demeureraient « *très à l'aise dans les locaux, qui sont particulièrement vastes* »¹⁵². Au plan de l'activité hospitalière, 10 tentes, 5 hangars et 22 « baraques » accueilleront respectivement 160, 450 et 836 patients pour un total de 1 446 lits. Quant aux « évacuables assis et couchés », l'HOE disposera à leur intention de 1 475 lits ce qui portera la capacité hospitalière du site à 2 921 lits. Les trois divisions se partageront 20 « baraques santé » (760 lits) et 3 hangars (270 lits), soit 1 030 lits au total. Deux autres « baraques santé » (76 lits) sont réservées à l'hospitalisation des officiers opérés. Sur le papier, Bouleuse prend à son tour des allures de « cité sanitaire », mais Regaud voit plus grand encore. Les travaux pourraient selon lui permettre de doubler les tables pour arriver au total impressionnant de 30 tables en comptant celles des évacuables. Munis d'installations radiologiques et desservis par un service central de stérilisation, les services pourraient recevoir 60 à 90 équipes chirurgicales¹⁵³ (le SSM en comptent 310 au total en 1918), fournir de 600 à 900 opérations par jour et coucher environ 3 000 blessés (alors que 775 encore sont assis). La 4^e division, spécialisée dans le traitement des « blessures du crâne » et dirigée par Paul Lecène à l'Hôpital complémentaire n°24 du quartier Margueritte à Épernay, compte 200 lits. L'échelon d'étape d'Épernay regroupe également les services des maladies infectieuses, des maladies vénériennes et cutanées, ainsi que ceux spécialisés dans le traitement des maladies psychiques, des traumatismes, des affections oculaires et des atteintes ORL. Le site accueille enfin le Laboratoire de recherches bactériologiques du Groupement, lequel peut également s'appuyer sur le laboratoire d'armée de Sappicourt quelques kilomètres plus au nord.

L'articulation au sein du GSCS des services et laboratoires d'Épernay et Bouleuse est conçue comme une expérimentation de « centre hospitalo-universitaire » : chargés d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des blessés et malades de guerre (soins et évacuation), les promoteurs de l'entreprise y développent conjointement la recherche et l'enseignement (à destination des médecins aides-majors prioritairement) –

¹⁵² Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. p. 59 : brouillon du « Projet d'organisation des services chirurgicaux à l'HOE de Bouleuse ».

¹⁵³ Voir J.-J. Ferrandis, A. Larcen, *Le Service de santé aux armées...*, *op.cit.*, p. 136. Les auteurs indiquent qu'en 1918 le Service de santé dispose de 310 équipes chirurgicales au total. Les chiffres de 1917 ne sont pas connus mais ceux 1918 donnent un premier ordre de grandeur et une idée des ambitions de Regaud vis-à-vis de Bouleuse.

l'enseignement a lieu presque exclusivement à Bouleuse. L'hôpital se double alors d'un « centre d'instruction médico-militaire » (son appellation officielle) où médecins et chirurgiens des corps de troupe viennent se perfectionner, se "retremper". Praticiens et chercheurs y sont associés selon une logique pluridisciplinaire alliant sciences biologiques et médicales. Le « centre d'études médico-chirurgicales », soutenu par le sous-secrétaire d'État s'assigne une triple mission : soigner les soldats blessés et malades, faire de la recherche et enseigner. Il se présente comme un hôpital modèle doublé d'une véritable « *Université chirurgicale de guerre* » au Front créée « *pour le grand profit de nos blessés, nos médecins, notre pays.* »¹⁵⁴. Les objectifs sont clairs : faire des sciences médicales le creuset d'une refonte de la chirurgie et de la médecine de guerre, diffuser les résultats de cette collaboration entre chirurgiens et hommes de laboratoire par l'enseignement et travailler ainsi à l'unification de doctrines et de pratiques (re)légitimées par le travail scientifique. Regaud présente le Groupement comme « un progrès et un honneur » pour le SSM, un établissement « modèle » « d'excellence », destiné « aux hautes études et à l'enseignement supérieur chirurgical »¹⁵⁵.

Jusque-là, rien que l'historiographie n'ait déjà montré. Historiens de la Grande Guerre et/ou de la médecine, professionnels et amateurs, ont en effet décrit ces caractéristiques de « Bouleuse » à plusieurs reprises. Le problème est qu'ils mobilisent en général la même documentation de seconde main ainsi que différents fragments de témoignages, dans lesquels le Groupement ne constitue généralement qu'un objet très secondaire¹⁵⁶. L'historiographie tend du coup à récrire sans cesse le même récit du GSCS comme œuvre (heureusement) soumise à un processus d'amélioration presque continu de la prise en charge des blessés et malades de guerre, et à valider la même description du Groupement comme formation modèle et symbole de l'adaptation du Service de santé aux réalités de la guerre. A rebours de cette image d'Épinal – produit exemplaire d'une histoire de la médecine écrite du point de vue médical que reprend à son compte une

¹⁵⁴ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / At Centre d'instruction médico-militaire., dossier a 1.2 « Conférences et démonstrations pratiques relatives à la chirurgie de guerre – Juillet-Octobre 1917 », texte du discours d'inauguration du groupement prononcé. Non daté, mais prononcé avant le 9 Juillet 1917, puisque Regaud s'exprime au futur : « vous aurez, pendant vos quatre jours de séjour à l'HOE 8 conférences ».

¹⁵⁵ *Ibid.*, CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques, p.103, copie d'un rapport au SSE au sujet de l'organisation et des premiers résultats du service de chirurgie nerveuse d'Épernay, au médecin-inspecteur Sieur, 22 août 1917.

¹⁵⁶ Les travaux consacrés à l'histoire du service de santé pendant la Grande Guerre mobilisent largement sur ce sujet (et sur bien d'autres) l'impressionnante somme d'Alfred Mignon évoqué supra : A. Mignon, *Le Service de santé pendant la guerre ... op.cit.* Quelques extraits de témoignages viennent compléter cette première source sans toutefois que les logiques de leur sélection ne soient explicitées. Leriche qui évoque Bouleuse dans une autobiographie publiée presque quarante ans après les faits (R. Leriche, *Souvenirs de ma vie morte*, Paris, Seuil, 1956) est cité à plusieurs reprises. Le témoignage du médecin de corps de troupe Chagnaud est également convoqué pour les pages qu'il consacre aux contenus des enseignements délivrés dans les deux séries, chirurgicale et médicale: Dr Chagnaud, *Avec le 15-2: Journal et lettres de guerre*, Paris, Payot, 1933.

part substantielle de l'historiographie -, Bouleuse et Épernay sont loin de fonctionner conformément aux intentions de Regaud. Comme souvent, il y a loin du projet à sa concrétisation. Sous la plume du directeur (et de ses collaborateurs), le GSCS apparaît d'abord et avant tout comme un chantier inachevé. Certaines archives de Regaud, tout particulièrement les réécritures des rapports et les brouillons de courriers envoyés aux différents échelons de la hiérarchie, présentent l'intérêt de dévoiler ce qui ne peut être dit ou écrit publiquement et donnent à voir parfois crûment la très grande vulnérabilité de l'entreprise. La labilité des manières de désigner le Groupement offre un bon indicateur des incertitudes auxquelles est confronté le projet. Parfois désigné comme « *Groupement chirurgical et scientifique* » (sans les « *services* », donc) de manière bien ajustée à son ambition scientifique, le GSCS est aussi présenté comme le « *Centre de recherches et d'enseignement de Bouleuse et d'Épernay* »¹⁵⁷, le « *Centre de Recherches et d'Instruction médico-chirurgicales* »¹⁵⁸ ou la « *Section d'études et d'enseignement du service de santé aux armées* », dénomination qui, selon Regaud « *correspond mieux à la réalité* »¹⁵⁹. L'alternance des termes « Groupement », « centre » ou « section » comme la tendance qui déplace du soin et de la recherche vers l'enseignement sont révélatrices d'un processus d'institutionnalisation qui connaît des évolutions imprévues. « L'œuvre modèle » sur le papier est d'abord et avant tout une œuvre fragile et menacée qui doit sans cesse travailler à sa pérennisation.

2.1.2 L'histoire d'un échec ?

S'il quitte fin avril « *le Cabinet de M. J. Godart, pour, avec, l'appui du Sous-secrétaire d'État, organiser et diriger aux armées un Centre de recherches médico-chirurgicales et une École de perfectionnement pour les médecins* »¹⁶⁰, Regaud ne dispose pas de ressources illimitées. Dès sa prise de fonction, il lutte au quotidien pour doter le Groupement en personnel et en équipement, et imposer une logique médicale et scientifique d'organisation qui s'émancipe du carcan militaire. « Au quotidien » doit être entendu au sens propre : une fois à Bouleuse, Regaud produit des demandes ou des notes quasiment tous les jours au cours de l'été 1917.

¹⁵⁷ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. P 206, Lettre de Regaud au Médecin-Inspecteur Rouget, 15 février 1918.

¹⁵⁸ *Ibid.*, P 200, Brouillon du compte-rendu « relatif à l'enseignement de perfectionnement fait à des médecins américains et français » rédigé le 30 janvier, transmis à Bécharde le 9 février 1918.

¹⁵⁹ *Ibid.*, P 1 006, lettre de Regaud au Médecin-Inspecteur-Général Sieur, 21 mars 1918.

¹⁶⁰ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire., dossier A1 a 3 : Leçon de chirurgie de guerre – Pochette A1 a 3.1 Correspondance avec l'éditeur et les auteurs. Institut du Radium – laboratoire de biologie. Lettre de Regaud à Joseph Reinach, 15 janvier 1919.

Les questions logistiques et matérielles sont centrales pour le GSCS qui se veut une vitrine de la « chirurgie française ». Regaud s'avère extrêmement méticuleux sur ce point. Le Groupement qui dépend de la V^e armée depuis qu'il a quitté Prouilly doit s'approvisionner via la 2^e division technique avec laquelle il a fort à faire. Les demandes de matériel radiologique et photographique donnent une idée assez juste de l'inertie à laquelle est confrontée l'institution naissante. Le matériel requis dès le 12 mai 1917 pour Prouilly et incomplètement livré est redemandé une première fois, par Regaud lui-même, le 23 août¹⁶¹. Le même jour, Regaud écrit à Godart avec l'aval de son supérieur hiérarchique immédiat, le Médecin-Inspecteur Général Béchar, médecin-chef supérieur de la V^e Armée, que « conformément à l'approbation que vous avez donnée à ma proposition », le GSCS demandera « directement » à l'administration centrale le matériel de toutes sortes dont il aura besoin pour ses services ou pour son enseignement ; « ainsi seront supprimés les délais et les difficultés qui se sont jusqu'ici présentés »¹⁶². Si les demandes plus nombreuses, souvent renouvelées au moins une fois avant d'aboutir, concernent du matériel radiologique et photographique (10 septembre et 8 octobre 1917), la quête des ressources matérielles nécessaires au fonctionnement du GSCS constitue une bonne part de l'activité du directeur, qui s'occupe aussi bien de faire installer le chauffage central dans les locaux opératoires que d'obtenir des équipements non moins indispensables quoique plus anodins en apparence comme une machine à écrire ou une horloge.

Pour l'homme de science qu'est Regaud, un centre de recherche scientifique ne se conçoit pas sans un centre de documentation bien doté. Dès juillet 1917, il demande l'achat et l'envoi de différents périodiques médicaux (collections « complètes depuis le début de la guerre » est-il précisé) et de livres (dont le *Traitement des fractures* en 2 volumes de Leriche)¹⁶³. Alors que l'été 1917 était principalement consacré à l'approvisionnement en matériel médical et logistique du Groupement (ainsi qu'au recrutement des hommes, on y revient), le mois de septembre voit Regaud se concentrer sur l'équipement scientifique de Bouleuse (la majorité des 31 demandes au cours du mois concerne l'équipement scientifique). L'urgence est au développement de tous les espaces nécessaires à la bactériologie, la radiologie, l'histologie, la photographie : il faut réorganiser les services généraux afin de faire de la place aux laboratoires de chimie biologique et de recherches physiologiques encore « quasi inexistantes », à la préparation et la conservation de pièces anatomiques, à une collection d'instruments et une salle de

¹⁶¹ *Ibid.*, CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. P 106 : Regaud à la 2e section technique, 23 août 1917.

¹⁶² *Ibid.*, P 105, lettre de Regaud à Justin Godart, 23 août 1917.

¹⁶³ *Ibid.*, P 54, demande du 6 juillet 1917.

démonstration, à des ateliers (moulage etc.)¹⁶⁴. Regaud se montre également très soucieux de la diffusion d'innovations techniques. Le 26 septembre, il écrit au médecin-chef Béchard au sujet de l'acquisition du matériel nécessaire à la mise en œuvre d'une nouvelle technique de transfusion sanguine, qui a été présentée par le professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, Émile Jeanbrau, chef d'une ACA à la 10^e armée¹⁶⁵. Convaincu par les résultats de ce procédé nouveau « très simple » de transfusion du sang (« de veine à veine »), Regaud fait acheter le matériel et envisage même la création d'équipes de transfuseurs, avec un ou deux donateurs de sang volontaire.

Si l'activité de soins et de recherche nécessite que le personnel soit tenu au courant des dernières évolutions de la pratique scientifique et médicale, la vision de Regaud en matière de documentation, bien plus large, englobe aussi l'enseignement, de manière très significative de l'ambition qu'il a pour le Groupement. Ainsi, dans une note à Godart en date du 26 septembre, Regaud propose tout simplement d'archiver à Bouleuse tout ce qui concerne le Service de Santé. Il envisage en effet de faire donner à Bouleuse des conférences aux Chefs des services spéciaux aux Armées et de l'Intérieur, donc aux cadres du Service de Santé¹⁶⁶. Or, « les questions qui seront traitées dans ces conférences ont fait, pour la plupart, l'objet d'Instructions ministérielles, de rapports importants émanant des Chefs des Services spéciaux aux Armées et de l'Intérieur, de compte rendus de commissions ou d'Assemblées de spécialistes convoqués sur votre ordre, de documents statistiques, etc. Il y aurait un intérêt très grand à ce que ces documents puissent être mis à la disposition des médecins chargés de préparer les conférences, dans la mesure du moins où des considérations d'intérêt supérieur ne commanderaient pas de les tenir secrets »¹⁶⁷. Sont concernées les « principales questions de médecine, d'hygiène et d'épidémiologie militaires, sur lesquels l'archiviste pourrait conserver au GSCS des « dossiers documentaires formés de copies des pièces originales ». Mais l'enjeu n'est pas de stricte opportunité : « si, plus généralement, vous vouliez bien, dorénavant, m'envoyer au fur et à mesure un exemplaire de tous les documents d'ordre technique [...] émanant de votre Administration Centrale, je serai en mesure d'utiliser ces

¹⁶⁴ *Ibid.*, P 140, Proposition au sujet de l'organisation des laboratoires à Bouleuse, le 26 septembre 1917 (destinataire inconnu).

¹⁶⁵ Émile Jeanbrau (1873-1950) est installé comme médecin traitant à la station thermale de La Preste, située sur la frontière franco-espagnole des Pyrénées-Orientales entre 1901-1911. En 1905, il se spécialise en urologie et devient chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier en 1907, tout en fondant la clinique des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Général de Montpellier. Professeur agrégé et rapporteur au Congrès d'urologie de 1910, il attend 1922 pour obtenir la chaire d'urologie dont il est nommé premier titulaire.

¹⁶⁶ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. P 141 note à Justin Godart en date du 26 septembre 1917.

¹⁶⁷ *Ibid.*

documents pour l'enseignement, de les classer et de les conserver »¹⁶⁸. Dans l'esprit de Regaud, le Groupement a vocation à servir de mémoire du Service de santé tout entier.

Regaud, qui connaît les coulisses du Sous-secrétariat d'État et a conservé des contacts au cabinet de Godart, n'ignore pas que l'existence du GSCS est menacée dès l'été 1917. L'un des principaux défauts du Groupement réside dans son double emplacement. Bouleuse n'est pas seulement à achever et réorganiser, c'est aussi un hôpital éloigné, difficile d'accès et surtout, comme Épernay situé dans un secteur calme. Davantage encore que les problèmes logistiques, qui pèseront sur le fonctionnement du Groupement jusqu'en mai 1918, son implantation « subie » à Bouleuse présente de nombreux inconvénients. Pour autant, Regaud refuse avec force l'idée d'un nouveau déménagement, précisément parce que celui-ci serait interprété comme le signe de l'échec du projet :

« On [...] craint, vous savez, l'inactivité persistante de Bouleuse, et son accessibilité peut être difficile pendant la mauvaise saison. On regrette le choix qui fut fait de cet HOE pour le GSCS. Tout cela est juste. Mais après mûre réflexion, je suis convaincu qu'il ne faut pas que le GSCS quitte Bouleuse avant deux ou trois mois au moins. L'effet produit par un déménagement maintenant serait fatal à l'œuvre entreprise »¹⁶⁹.

Les difficultés tiennent aussi aux aléas, dont le plus connu est l'incendie survenu le 14 octobre au matin qui a détruit la division de Lemaître (« parties molles »). L'incident a des conséquences minimales : une baraque abattue, d'autres inondées, aucun blessé et une diminution marginale de la capacité d'hospitalisation (20 lits sur plus de 100 lits du quartier des « évacuables » alors que Bouleuse est censé en compter au total plus de 3000). Les conséquences sur les capacités opératoires sont plus lourdes (une diminution d'un tiers). Surtout, l'incendie retarde encore l'achèvement du chantier (dans une conférence en janvier 1918, Regaud déclare que trois mois sont encore nécessaires...) et souligne ses défauts de construction (l'origine du feu serait un tuyau de poêle dans une cloison de la salle de radiologie). L'incendie est le symbole des difficultés à tout simplement finir Bouleuse et à en faire un lieu d'accueil adapté à l'échelon principal d'une institution modèle comme le GSCS. Dans un tableau précis et sans concession rédigé à l'automne (26 novembre 1917), Regaud explique ainsi que si les services de « *policlinique des évacuables* » dirigés par les chirurgiens Roux-Berger, Leriche et Lemaître, forts de quelques 600 lits sont « *irréprochables* », les services généraux s'avèrent en revanche « *très en retard à tous les points de vue et extrêmement loin de pouvoir être montrés*

¹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 103, copie d'un rapport au SSE au sujet de l'organisation et des premiers résultats du service de chirurgie nerveuse d'Epernay, au médecin-inspecteur Sieur, 22 août 1917.

honorablement »¹⁷⁰. Les problèmes concernent pour partie la main d'œuvre, mais sont surtout intrinsèques à Bouleuse : « *l'établissement est vaste, dispersé, très long et difficile à mettre au point, très pénible à entretenir et exploiter* ». La conclusion, un modèle de rhétorique qui donne à voir toute l'habileté de Regaud comme entrepreneur de réforme (« faire avec » mais demander toujours plus), permet là aussi de mettre à distance encore un peu plus les représentations trop laudatives de l'institution :

« La V^e a beaucoup fait pour Bouleuse, mais la charge trop lourde pour une seule armée. Il paraît cependant d'autant plus nécessaire que celui-ci soit mis au point et bien entretenu qu'il est actuellement le seul Centre d'Études du SS pour toutes les armées, et que vous proposez de l'ouvrir à des médecins alliés. [...] Chargé par vous d'une organisation que l'expérience montre trop lente à s'achever, je ne puis, sans méconnaître les instructions que vous m'avez données, ne pas attirer votre attention sur l'insuffisance des moyens de réalisation »¹⁷¹.

Quelques jours plus tard, le 18 décembre, Regaud fait savoir au ministre de la Guerre que des travaux sont nécessaires si l'on veut faire visiter Bouleuse aux médecins américains le 10 janvier 1918. Rendant compte de la visite du général Micheler, commandant de la V^e armée, Regaud reconnaît que celui-ci est bien disposé à l'endroit de Bouleuse, que « la période est difficile », « que l'armée a besoin de toute la main d'œuvre pour les travaux urgents », avant d'exposer avec précision ses griefs : « *Les services généraux ne sont toujours pas montrables honorablement ; latrines indignes, cantonnements d'infirmiers immontrables aux américains* ». Il faut également construire des pare-éclats, mais les matériaux de construction manquent¹⁷². Et de conclure en dramatisant : « *nous craignons de ne jamais pouvoir montrer à Bouleuse une formation sanitaire au point comme vous désirez qu'elle soit. Mon ami, Raymond, qui se donne beaucoup de peine, est en proie, par moment, au découragement* » [Raymond est le médecin-chef de Bouleuse]¹⁷³.

Comment pourrait-on finalement caractériser l'expérience du Groupement entre début juillet 1917, lorsque Regaud s'installe à Bouleuse, et fin mai 1918, lorsqu'il doit l'évacuer avec son équipe devant l'avancée allemande ? Deux constantes, contradictoires, traversent la période. On vient de décrire la première, relative à l'inachèvement des structures censées accueillir les services du Groupement (dont un collaborateur comme Policard se plaint encore fin mai 1918 !). En fait d'institution modèle, le GSCS s'avère surtout très incomplète. Quant à la deuxième, l'insuffisance des blessés et malades à

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 140, « Proposition au sujet de l'organisation des laboratoires à Bouleuse », le 26 septembre 1917, destinataire inconnu.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 182, Rapport à Justin Godart sur l'enseignement donné à Bouleuse aux médecins des corps de troupe, des groupes de brancardiers et des ambulances, décembre 1917 (demandé par le Sous-secrétaire d'Etat le 26 novembre.)

¹⁷² *Ibid.*, p. 184, Lettre au ministre de la guerre, 18 décembre 1917. George Clémenceau occupe le poste de ministre de la guerre depuis le 16 novembre 1917.

¹⁷³ *Ibid.*.

soigner, sur laquelle on reviendra en deuxième partie, elle éloigne encore plus le Groupement d'un hôpital modèle : la période de calme traversée dans la zone entre deux destructions (Prouilly au printemps 17, Bouleuse au printemps 18) en font presque une « coquille vide ». On peut aussi séquencer l'expérience du Groupement en plusieurs périodes : les mois d'installation (juillet-août) sont suivis par une phase intense d'équipement scientifique (septembre), un peu vaine en ce que les missions pédagogiques assignées dès octobre par Godart et les ambitions de Regaud en la matière comme les besoins modérés sur le plan des soins, poussent le Groupement à mettre l'accent sur les enseignements et les conférences au détriment de la recherche au cours des mois suivants, ce au profit de publics de plus en plus variés et nombreux, et jusqu'aux médecins de l'armée américaine (trois sessions en février et en mai). Au demeurant, la démission de Godart début février 1918 marque un ralentissement certain de l'activité de Regaud, dont le principal souci est, de mars à mai, de réclamer en vain le transport de la presque totalité des services situés à Bouleuse vers Épernay, promu « échelon de base » du Groupement. Le désarroi pointe dès la mi-février, si l'on en croit le brouillon du discours d'adieu que Regaud écrit à l'occasion du départ du médecin-chef Raymond, agrégé du Val-de-Grâce, « *venu ici sur la demande [de Regaud lui-même], à l'époque où [il était] plein tout à la fois d'illusions et d'espérances au sujet de ce que deviendrait Bouleuse* ». Bien comprendre la lassitude du Directeur scientifique suppose de redonner toute leur place aux rapports de force qui l'opposent à l'Armée et à certains médecins militaires haut placés (mais pas tous) tout au long de ces mois du 2nd semestre 1917, et, dans un premier temps, de qualifier plus finement son action réformatrice.

2.1.3 L'ordinaire d'une entreprise de réforme en temps en guerre

Début juillet 1917, Regaud adresse au secrétaire d'État Godart un « projet d'organisation » qui présente sa conception de l'hôpital modèle que doit être Bouleuse (et seulement Bouleuse ici). A un premier niveau s'impose la distinction entre activité « intense » et « faible activité » : en cas de calme au front, donc de faibles besoins en termes de soins, la logique scientifique, pédagogique et médicale doit primer ; en cas d'activité intense (blessés et malades), le fonctionnement est entièrement dédié aux soins. Mais du point de vue thérapeutique, la situation en activité intense ne doit être qu'une « simple extension » du plan de fonctionnement en vigueur en situation de faible activité : ce plan (la première version du brouillon le disait explicitement) repose sur le « mode de répartition anatomo-clinique » des blessés et des malades, qui structure d'ailleurs les différentes divisions fondées sur les spécialités chirurgicales et médicales (plaies des parties molles, fractures et lésions articulaires, blessures viscérales à Bouleuse, blessés du crâne ou des yeux à Épernay).

Mieux, le 15 juillet, Regaud réclame l'autonomie administrative pour son Groupement : il demande officiellement à Godart de faire du GSCS « une formation ayant capacité de s'administrer elle-même », donc émancipée des deux HOE, et dotée non seulement d'un personnel scientifique (le médecin-chef, directeur scientifique ; les médecins, chefs de labo, etc. « affectés spécialement »), mais aussi d'un « officier d'administration gestionnaire » disposant de « la capacité d'acquisition, de prise en charge et de gestion du matériel », « une condition nécessaire de bon fonctionnement » pour cette jeune institution¹⁷⁴. Cette autonomie lui paraît légitime au nom de la primauté de la logique scientifique et médicale sur la logique militaire en matière de soins. Une revendication (précoce) d'autonomie s'exprime ainsi dans une note en date du 28 juillet dans laquelle Regaud plaide pour les blessés du crâne opérés dans le service de Lecène, à Épernay, soient dirigés vers le service du Professeur Marie à La Salpêtrière pour « observation prolongée » : l'objectif est proprement « scientifique », ces blessés ne doivent pas être « perdus de vue »¹⁷⁵.

Les objectifs mêmes du Groupement, enfin, exigent que ses services soient suffisamment pourvus en blessés et malades : sans eux, l'excellence thérapeutique ne peut faire les preuves des vertus de l'association entre la chirurgie et les sciences de laboratoire, et ces avancées ne peuvent profiter aux médecins des armées, à tous les élèves. Dans une note du 3 septembre pour Godard, signée du Médecin-inspecteur général Sieur et préparée par Regaud, l'argument de la nécessaire diffusion des innovations médicales par l'enseignement vient à l'appui de la demande de blessés : pour améliorer les pratiques médicales, il faut bien que les professeurs aient des blessés dans leur enseignement. La création du GSCS est :

« [...] venue combler une lacune dont la dernière offensive de Verdun a montré l'existence. Si quelques médecins cherchent constamment les moyens de faire réaliser des progrès à l'art de guérir, il en est d'autres qui, sans être réfractaires aux nouveautés, se contentent facilement des procédés thérapeutiques qui leur sont familiers et ne cherchent nullement à les améliorer. La guerre, ayant été pour tous une grande éducatrice, il est indispensable de généraliser l'emploi des méthodes qui, de l'aveu de tout le monde, constituent un progrès marqué sur celles d'avant-guerre, et qui ont pour effet de permettre une récupération certaine et plus rapide de toute une catégorie de blessés et de restreindre le nombre et la gravité des complications des plaies de guerre. »

« Mais si l'on veut que l'enseignement puisse être donné avec fruit, il faut que les deux Centres de Bouleuse et d'Épernay reçoivent quotidiennement des blessés en nombre

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 64, lettre à Justin Godart, 15 juillet 1917.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 78, Note pour le Service des évacuations et le Bureau des armées, au cabinet du SSE, 28 juillet 1917.

suffisant ; que les chefs supérieurs des SS des corps d'armée s'entendent donc pour des évacuations par voitures sanitaires. »¹⁷⁶

Au moment de préparer cette note, Regaud sait parfaitement, comme on l'a déjà signalé, que l'existence du GSCS est menacée. Loin de renoncer, Regaud insiste pour faire valoir la logique médicale. Il demande ainsi d'obliger (« par ordre supérieur ») que les blessés des deux armées voisines, la X^e et la IV^e, soit évacués vers Bouleuse et Épernay (c'est une « nécessité immédiate » que de remplir les tables d'opération et les lits), pas forcément en trop grand nombre (« 25 à 30 blessés, venant de l'armée voisine, seraient pour le moment bien suffisants »). Mieux, il faut non seulement achever Épernay et Bouleuse, « un progrès et un honneur » pour le Service de Santé, mais créer des Centres sanitaires ou médico-chirurgicaux dans toutes les armées afin de développer l'instruction du personnel. Il ne s'agit pas exactement de généraliser le modèle du GSCS, établissement dont les ressources sont « trop rares » pour être éparpillées ; au demeurant, multiplier les GSCS serait un gâchis. Regaud retourne habilement la critique du désœuvrement et de l'inactivité en période calme en convenant que « l'expérience montre que les variations de l'activité militaire – donc aussi chirurgicales – dans les divers points du front sont difficilement compatibles avec le fonctionnement constamment égal, avec le minimum d'activité que doit avoir le GCS »¹⁷⁷. Il propose finalement de créer seulement deux autres Centres sur le front.

On le voit, la logique médicale doit l'emporter, au moins en période calme : Regaud n'est pas loin de regretter que les « *variations de l'activité militaire* » contrarient le fonctionnement régulier du GSCS ! On voit surtout la manière avec laquelle Regaud dirige son entreprise réformatrice : il s'agit de demander toujours plus (quitte à ce que les problèmes s'ajustent aux solutions proposées) et de ne refuser aucune nouvelle proposition. De même, il est impératif, en rendant compte des expériences réalisées, de ne pas se contenter des bons résultats obtenus, mais aussi de présenter les points négatifs comme autant de défauts à améliorer – ce qu'on appelle aujourd'hui le « retour d'expérience ». Regaud, instruit par 18 mois de vie de cabinet, a sans doute eu l'occasion de réfléchir aux meilleures façons de faire bouger le Service de santé militaire, et tout semble indiquer qu'il maîtrise le langage de la réforme, qu'il a pu d'ailleurs acquérir dans les cercles lyonnais de l'avant-guerre. Il énonce ainsi fréquemment l'idée qu'il est important d'aller observer sur place les pratiques médicales. Le voyage scientifique est un poncif de la pensée réformatrice, et Regaud, quand il était au cabinet, semble avoir toujours appuyé favorablement les nombreuses demandes qui lui étaient faites de visiter

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 101, « Note du Médecin-inspecteur général Sieur, relative au fonctionnement du groupement des services chirurgicaux et scientifiques de l'H.O.E. de bouleuse et d'Épernay », 3 septembre 1917.

¹⁷⁷ *Ibid.*

certains établissements modèles, principalement l'hôpital de Compiègne dirigé par Alexis Carrel et l'hôtel de La Panne en Belgique dirigé par Lepage. On sait que Godart aimait se déplacer au Front ; Regaud semble avoir tout autant apprécié la pratique (« J'aimerais, quand les organisations dont je m'occupe seront au point, voir ce qui se fait dans les autres parties du front, comme j'ai fait, pendant longtemps en accompagnant les Chirurgiens consultants. Les idées viennent en voyant et en écoutant : or, on ne voit et on écoute qu'en voyageant »)¹⁷⁸. Plus généralement, Regaud considère explicitement que la guerre a ouvert une fenêtre d'opportunité pour la réforme de la santé militaire et pour son autonomisation par rapport au commandement :

« Il faut aussi qu'on achève Épernay et Bouleuse, et rapidement. La guerre est, je l'espère bien, un état temporaire : que le Service de Santé réalise vite ! Dans cet ordre d'idées je crois que dans chaque armée, le Chef Supérieur du Service de Santé devrait alternativement concentrer et déployer le personnel de ses formations sanitaires ; cette idée me paraît depuis longtemps juste et réalisable. Je proposerai au Sous-secrétaire d'État du Service de Santé les idées générales contenues dans les notes que je vous communique, dès son retour »¹⁷⁹.

Autant dire que les ambitions du directeur scientifique du Groupement dépassent largement le cas de Bouleuse.

2.2 Au-delà de Bouleuse : Service de santé et champ médical à l'épreuve de la mise en guerre

Le cas du Groupement n'est pas seulement intéressant en lui-même, mais aussi et surtout pour ce qu'il révèle des logiques et des modalités de l'expérience réformatrice au sein du Service de Santé comme au sein du champ médical.

2.2.1 Se compter et bâtir une équipe : décloisonnement de la médecine militaire ou entre soi scientifique ?

L'entreprise de réforme du Service de santé s'appuie d'abord, comme on a pu le voir au chapitre précédent, sur la mise en avant systématique de la compétence comme principe de légitimité de l'action médicale, c'est elle qui fonde le recrutement de l'équipe du Groupement par Regaud. Elle s'appuie ensuite sur les capacités de Regaud lui-même, non seulement médecin et homme de science, mais aussi administrateur de talent disposant du capital d'État acquis par son passage dans le cabinet de Godart et, plus généralement, d'un capital social accumulé au cours de sa carrière. L'entreprise réformatrice tente, enfin, de valoriser ce fait majeur qu'est la colonisation du Service de

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 101, Note privée à destination de Sieur. Regaud indique qu'elle fait « suite aux conversations qui ont eu lieu au SSE depuis quelques semaines, à propos du GSCS. 22 août 1917.

¹⁷⁹ *Ibid.*

santé par les médecins civils, simples médecin-aide-majors voire auxiliaires car encore étudiants en médecine, en diffusant le plus massivement possible auprès d'eux les « bonnes pratiques » en vigueur à Bouleuse et Épernay.

Les archives dépouillées offrent une vision globale mais asymétrique des relations de Regaud. En effet, ses écrits en tant que directeur scientifique s'adressent souvent aux supérieurs hiérarchiques de Regaud (et contiennent parfois les réponses) : Godart, bien sûr, mais aussi quelques médecins-inspecteurs, souvent généraux, dont la plupart soutiennent le projet réformateur. C'est le cas de Sieur (Inspecteur général du Service de santé au GQG, 27 juin 1917), Simonin (chef de la Direction technique au Secrétariat d'État), Béchard (médecin-chef supérieur de la V^e armée) ou Lemoine (médecin-chef de l'hôpital militaire installé aux Hospice de la charité à Lyon) et du Médecin-Major 1^{er} classe Uzac (chef du service de santé à la direction de l'arrière). Mais ces supérieurs dans la hiérarchie militaire ne font pas partie de la correspondance privée (où ils sont parfois évoqués), laquelle s'avère en revanche très riche en ce qui concerne les collègues, les amis et les élèves de Regaud dans le champ médical. Au final, on dispose malgré tout d'informations nombreuses et concordantes sur la manière dont Regaud recrute : sur les demandes qu'il fait, et sur celles qu'on lui fait.

Regaud n'intervient pas seulement pour les radiologues, bactériologistes, médecins et chirurgiens auxquels il entend confier les laboratoires et les services du Groupement : il s'enquiert aussi en permanence du recrutement du personnel subalterne. Le 5 juillet, il réclame par exemple 5 infirmières temporaires des hôpitaux militaires pour le service de chirurgie de Lemaître, toutes « *au courant de la méthode de Carrel* » (qui sera appliquée à Épernay)¹⁸⁰. Il s'occupe encore de faire recruter un bibliothécaire, « *un sergent [...] archiviste* », qui « *doit classer, conserver les observations cliniques* » et auquel « *il faut un adjoint* »¹⁸¹. Le 6 juillet, il demande l'affectation comme aide-chirurgien de Leriche du médecin aide-major de 2^e classe Gaston Oulie, interne des hôpitaux de Paris qui après 30 mois au front, dont 20 mois de régiment, est en poste au Mans (IV^e région militaire), en précisant que la V^e armée remettra un autre médecin en échange. Le procédé, souvent utilisé, permet à Regaud de choisir ses collaborateurs tout en apurant le Groupement des éléments qui selon lui n'y ont pas leur place.

Mais Regaud s'occupe avant tout des médecins, à commencer par le poste de médecin-chef de Bouleuse dont le titulaire, Debève, est en convalescence, et ne lui

¹⁸⁰ *Ibid.*, P 53 : lettre à Justin Godart, 5 juillet 1917. Début 1915, à l'hôpital temporaire n°21 de Compiègne, le chirurgien et biologiste Alexis Carrel et le chimiste Anglais Henry. D. Dakin mettent au point une nouvelle méthode de traitement anti-infectieux des blessures en créant une solution au pouvoir bactéricide avec laquelle ils irriguent les plaies.

¹⁸¹ *Ibid.*, P 133 : demande faite à Béchard entre le 24 et 27 septembre 1917.

convient pas. Avec le soutien de Béchar, il obtient ainsi, à force d'insistance, la nomination non pas de son premier choix Morvan, dont il avait pu apprécier personnellement les qualités, mais d'un professeur agrégé au Val-de-Grâce, Raymond, médecin consultant à la III^e Armée et l'adjoint technique de Mignon, avec lequel la collaboration sera fructueuse¹⁸².

Regaud consacre cependant l'essentiel de ses efforts de recrutement aux médecins, et justifie ses choix par la compétence des candidats. Début août 1917, il sollicite Uzac afin qu'il accélère l'avancement de plusieurs dossiers de nomination toujours en instance¹⁸³. Il a manifestement toute confiance en son correspondant, auquel il livre le fond de sa pensée sur la nécessaire académisation du Service de santé. Regrettant qu'il n'ait pas été prévu « *qu'un chirurgien [en poste aux Armées] pourrait avoir deux aides, comme un chef de service civil a deux internes* », tout en concédant que cette bataille-là ne peut pas être gagnée, Regaud insiste pour obtenir les meilleurs médecins et chirurgiens au moins sur le plan de l'enseignement y compris en provenance d'autres Armées (sans pour autant les dépouiller, il faudra rendre « en échange » d'autres médecins) ; « *ce qui importe et ce que j'ai à cœur de réaliser, c'est l'amélioration des services chirurgicaux destinés à l'enseignement* ». Mais les bons praticiens sont aussi les bons enseignants dans l'esprit de Regaud : les services du Groupement doivent garantir l'excellence thérapeutique. C'est justement parce qu'aux meilleurs chirurgiens il faut d'excellents aides, donc des internes en chirurgie, que Regaud défend explicitement l'idée que la logique militaire du grade (« *conception funeste* ») doit être remplacée par la logique médicale de la compétence : « *chacun à sa place, selon sa compétence* ».

« Des chefs ont une tendance à croire qu'un chirurgien peut dresser un aide quelconque ; on croit même qu'il est avantageux de placer dans cette fonction des médecins d'un certain âge, afin de réserver aux emplois de corps de troupes les jeunes, fussent-ils internes en chirurgie des hôpitaux. C'est une erreur complète. Un jeune aide-major n'est pas plus embusqué dans une équipe chirurgicale, s'il est capable de bien remplir la fonction d'aide et de devenir plus tard chirurgien, que n'est embusqué un combattant remis à l'usine. Chacun à sa place, selon sa compétence ».

« Une des fautes les plus lourdes qu'ait commises le Service de Santé avant la Guerre, ç'a été de considérer comme interchangeables – ou à peu près – à grade égal, le personnel. Il est nécessaire que cette conception funeste soit écartée pour toujours ; je crains, par ce que je vois, que nous soyons encore assez loin du but ».

Les échanges de ce type, nombreux et répétés, disent bien la critique virulente de l'armée et de sa gestion du personnel médical. Les médecins mobilisés ont été soit relégués à des postes subalternes, soit mal employés (voyant les malades trop vite, ou des

¹⁸² *Ibid.*, p. 61 Brouillon de lettre à Godard, 13 juillet.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 87, Lettre au MM 1^{er} cl. Uzac, chef du SS à la Direction de l'arrière, GQG. 5 août 1917.

malades trop légers). Ils se sont enlisés, ont désappris pour certains, et doivent de manière générale être « retrempés », selon l'expression même de Regaud¹⁸⁴. Malgré quelques 20 000 mutations sous Godart¹⁸⁵ l'affectation des « capacitaires » à des postes correspondant à leurs aptitudes et à leurs compétences est ainsi loin d'être réalisée à la fin de 1917. Elle est un élément structurant de la correspondance privée de Regaud qui s'avère des plus riches sur ce terrain, car débarrassée par moments de la retenue exigée dans les prises de position publique.

C'est particulièrement net dans le portrait, tout en défense, qu'il dresse le 8 mars 1917 de son ami et ancien collaborateur pendant une dizaine d'années, le radiologue lyonnais Nogier, celui-là même qui l'a initié à la radiologie. Dans un brouillon de lettre vraisemblablement destinée à Béchard, Regaud, alors au cabinet de Godart, entend empêcher que Nogier, médecin-major de 2^e classe, radiologue à la V^e Armée (groupe complémentaire de chirurgie n° 148), soit contraint de « prendre son tour » dans une autre armée. Cependant Nogier n'est pas un « radiologue quelconque » (version rayée), mais depuis une dizaine d'années agrégé « de physique biologique » de Lyon, où il a été le « collaborateur scientifique » de Regaud, et a acquis une grande notoriété par des travaux très importants en radiologie ». Il compte parmi les plus « compétents » en matière de rayons X et de technique radiographique pratique »¹⁸⁶ ? Regaud obtiendra gain de cause, et pourra accueillir Nogier à Épernay au sein du Groupement (qui dépend de la V^e armée).

Si le directeur justifie ses recrutements par la compétence scientifique, médicale et pédagogique, il puise de préférence dans des viviers relativement restreints, ceux qu'il connaît par expérience : la faculté de Lyon, l'Institut Pasteur ainsi que les hôpitaux militaires par lesquels il est passé (surtout Gérardmer). La faculté de Lyon, que Regaud a quitté seulement en 1913, constitue indiscutablement son milieu social. Pas moins de 28 médecins de la faculté (d'après l'annuaire de 1913) apparaissent dans la correspondance privée de 1917-1918, soit comme correspondants, soit parce qu'ils sont cités ! Ces sources montrent sans ambiguïté possible que Regaud est très proche de son maître Renaud, mais aussi de professeurs en chaire comme les frères Jules et Paul Courmont (respectivement hygiène et médecine expérimentale et comparée), ou Jean Lépine (clinique des maladies mentales), ou d'agregés en exercice, souvent chargés de cours ou chefs de travaux, comme Leriche, Nogier et Policard, évidemment, mais aussi Bérard, Nové-Josserand ou Latarjet. Si la « star » de la génération est sans nul doute Alexis Carrel, parti tôt aux États-Unis,

¹⁸⁴ À plusieurs reprises, notamment p.178 et p.182.

¹⁸⁵ Voir J-J. Ferrandis, A. Larcen, *Le Service de santé aux armées, op.cit.*, p. 83.

¹⁸⁶ Archives du Musée Curie, Fonds privé, CR-Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 8 mars : brouillon de Regaud.

prix Nobel de « physiologie ou médecine » en 1912, et responsable d'un HOE réputé « modèle » de Compiègne¹⁸⁷, les amis de Regaud sont appelés à être des figures de la chirurgie (René Leriche) et de l'hygiénisme après guerre. Frère cadet de Jules Courmont, figure pionnière de l'hygiénisme à Lyon et conseiller d'E. Herriot avant-guerre, Paul Courmont prend sa succession à la tête de l'Institut de bactériologie et dirige le combat contre la tuberculose après-guerre. Intime de Regaud, Jean Lépine devient le doyen de la Faculté et le patron de la médecine lyonnaise après-guerre (à ce titre l'interlocuteur des américains de la Rockefeller Foundation). Regaud participe pleinement de ce monde : c'est sans doute parce que, à l'instar de ses collègues (notamment Jules Courmont), il considère important de se former auprès des meilleurs, y compris hors de France (lui-même a fait le voyage en Allemagne pendant ses études), qu'il soutient par exemple systématiquement les visites de médecins français dans l'hôpital modèle de La Panne, en Belgique. L'implication des médecins lyonnais dans l'hygiénisme et la médecine sociale, qui suppose une certaine proximité au pouvoir municipal, est donc forte dès l'avant-guerre. Mais ses liens sont moins évidents avec la médecine militaire, très présente à Lyon, qui possède deux hôpitaux militaires et l'école du service de santé et qui forme un des principaux complexes hospitaliers de l'arrière pendant la Grande Guerre (on n'a pas de trace d'une sociabilité de Regaud avec ces cercles à l'exception de ses relations avec Policard). La force (toute relative sans doute) du réseau lyonnais repose bien sûr largement sur la trajectoire de Godart lui-même.

Les liens avec l'Institut Pasteur ou les HOE traversés sont moins forts, mais non négligeables. Regaud écrit à plusieurs reprises à son « cher maître » Émile Roux, pour lui demander du personnel de laboratoire¹⁸⁸ et les bactériologistes. Dans une lettre début juillet 1917, après avoir décrit les difficultés qu'il rencontre, il demande à Roux de lui désigner deux bactériologistes, un pour Épernay et l'autre pour Bouleuse, car les noms qu'on lui a donné lui sont étrangers (l'un, Weissenbach est pourtant de l'Institut Pasteur). « Je vous serais bien reconnaissant de faire vous-même le choix des personnes, pour l'un et l'autre échelon, et me le faire connaître, après leur acceptation, afin que je puisse les faire désigner le plus tôt possible »¹⁸⁹. Parmi les médecins (presque exclusivement civils et agrégés de médecine) chargés de donner les « leçons de chirurgie et de médecine de guerre » aux américains en janvier 1918 figure un pastorien, Tissier¹⁹⁰. Le

¹⁸⁷ Inauguré au début de 1915, l'Hôpital Temporaire n°21 est créé par Carrel avec le soutien du médecin directeur général du service de santé des armées du Nord, Paul Chavasse qui le 9 octobre 1914 c'est confier se poste de directeur de l'Avant au près du GQG. L'HOE de Compiègne à particularité de disposer d'une section de laboratoire (chimie, bactériologie, expérimentation, radiologie) subventionnée par la Rockefeller Foundation.

¹⁸⁸ Voir par exemple P73 à P75, P110 : un infirmier préparateur, un médecin chef de laboratoire, un infirmier photographe.

¹⁸⁹ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ... P 57, sans date, mais entre le 5 et le 6 juillet.

¹⁹⁰ Henry Tissier, qui a découvert le bifidus actif en 1899.

Groupement recrute finalement deux pastoriens, Weissenbach et Masson, également chargé des cours sur la bactériologie. Quant aux anciens des HOE, et surtout de Gérardmer, ils sollicitent fréquemment leur ancien médecin-chef pour une aide (la correspondance contient quelques exemples), sans savoir parfois que le pouvoir d'intermédiation de Regaud est moindre (mais pas nul) à partir du moment où il a quitté le cabinet de Godart. Le cas du chirurgien lyonnais Damas, un ancien de Gérardmer, est le plus intéressant. Damas fait partie de ces disciples ou amis de Regaud (en l'occurrence, c'est plutôt un ami, sans doute un aîné), qui racontent (outre leur conviction de la qualité des lyonnais) dans leurs lettres leur piètre opinion de l'organisation militaire de la médecine et rapportent différentes anecdotes édifiantes (lettre du 1^{er} juillet 1917) ; il est aussi de ceux qui apprécient Regaud et son projet (les deux étant inséparables) au point d'espérer rejoindre le Groupement¹⁹¹.

Deux conclusions contradictoires peuvent être tirées de ces logiques du recrutement chez Regaud. D'un côté, l'homme est habile à intéresser ses pairs et/ou le projet est bien fait pour les intéresser. L'aspect personnel n'est pas à rejeter : tout se passe comme si Regaud savait convaincre là où il passe, et accumulait ainsi un capital de relations non négligeables, se donnant les moyens de nourrir son projet en hommes capables et de bonne volonté. D'un autre côté et inversement, sans même insister sur le biais de sources qui ne donnent à voir que ceux qui sollicitent on peut tout aussi bien lire les réseaux de Regaud comme l'indice d'une position encore dominée car très dépendante de la trajectoire passée du directeur scientifique du Groupement. Malgré 18 mois de cabinet, et si l'on met de côté les soutiens gagnés par Regaud chez une partie (minime) de l'élite de la médecine militaire, Regaud ne peut compter que sur les milieux qu'il connaît déjà (Lyon, Pasteur, Gérardmer, Belfort¹⁹²), et ne semble guère s'être rapproché de l'élite hospitalière et facultaire parisienne. Faut-il alors penser Regaud comme un chef charismatique ? La notion ne semble pas forcément heuristique, mais elle invite au moins à approfondir le portrait de Regaud par ses pairs (*cf. infra*).

À travers le groupement, Regaud est porteur d'un projet plus vaste de transformation du Service de Santé qui passe par la reprise en main de la formation aux armées, du développement du progrès scientifique mais aussi, plus largement du remplacement de la logique de la règle et du grade par celle de la compétence (« *à chacun sa place, selon sa compétence* ») : on pourrait parler d'académisation, au sens d'un alignement des règles de fonctionnement et des principes de légitimité de l'institution

¹⁹¹ Correspondance privée / C. Reg. 1917. Courrier classé sans date ; Damas le sollicite à propos de Bouleuse d'une formule certes ambiguë : « il y a pour le vieux sceptique que je suis un tel réconfort à vivre auprès de vous, après les contacts que vous connaissez ! ».

¹⁹² Belfort est la quatrième affectation en tant que Médecin-chef de Regaud en 1915, il y a au moins 3 contacts.

militaire sur celles et ceux supposés en vigueur dans les Facultés de médecine. La critique de l'armée, de son fonctionnement, de la position du corps de santé et de son inertie se traduit chez Regaud et nombre de ses correspondants par une rhétorique de la disqualification dont la critique en incompetence est la pierre de touche, et ce depuis les toutes premières semaines de la guerre. L'enjeu récurrent de la cohérence de « l'équipe chirurgicale » brisée par la logique purement administrative de l'affectation militaire est très significative : les chirurgiens (mais pas seulement¹⁹³) se plaignent de logiques d'affectation qui échappent à la logique de la pratique médicale, où la compétence acquise par l'expérience d'un aide-chirurgien ou d'un infirmier s'avère irremplaçable. Regaud et ses alliés défendent finalement l'autonomie médicale au nom de la compétence, non seulement en vertu de la supériorité de ce principe de légitimité dans leur espace professionnel (qu'il s'agit d'importer dans l'armée), mais aussi au nom de l'entreprise réformatrice à l'œuvre, dont il est la clef de voûte.

Même pour cette fraction de la bourgeoisie, la guerre s'impose, elle est là, et on est bien obligé parfois d'oublier son métier, voire sa spécialité : il faut servir. Ainsi de ce membre du cabinet de Godart, histologiste de formation, qui se plaint à Regaud, en janvier 1918 :

« Je trouve tout à fait regrettable qu'on ne pense pas à demander aux histologistes officiels à faire de l'histologie dès le moment que cette science trouve des applications militaires, et j'ai l'intention d'en parler à Hartmann puis à Teissier. Car mon métier actuel me semble d'autant plus pénible que tous nos confrères en histologie trouvent peu à peu une place de labo. N'ai-je pas assez fait le sacrifice de mes goûts et de ma personnalité ? N'aurais-je pas l'air, après la guerre, du paresseux qui s'est contenté d'une besogne stupide ? Bref, vous qui connaissez M. Godart, croyez-vous qu'il serait choqué si je lui demandais de me débarquer et de me verser dans un service scientifique ? N'aurais je pas l'air d'un lâcheur et d'un ingrat ? »¹⁹⁴.

Les affectations, la distribution des postes et la concentration des ressources que Regaud réalise dans le Groupement constituent des enjeux décisifs pour bien des médecins, dont beaucoup considèrent le Groupement comme une destination éminemment souhaitable. Les modalités de la mise en guerre du champ médical leur paraissent inégalitaires¹⁹⁵ et absurdes, et le fonctionnement du Service de santé comme une expérience de désajustement, voire de déclassement, notamment en termes de revenus¹⁹⁶. Leur mise en guerre (mobilisation et trajectoire dans l'institution) leur

¹⁹³ Voir la lettre du radiologue (pionnier de la radiologie à Lyon) Destot. Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 7 mars.

¹⁹⁴ Correspondance privée / C. Reg. 1918 / 18 janvier.

¹⁹⁵ On retrouve ici le discours sur les embusqués, ceux qui sont restés et ont conservé une clientèle, d'autres partis "au soleil".

¹⁹⁶ La solde dans ce cas précis est légèrement inférieure à 4 000 francs annuels quand le traitement d'un chef de service hospitalier, agrégés et professeurs d'Université se situe plutôt entre 8 000 et 12 000 francs par an.

donnent le sentiment d'une perte d'autonomie et nourrissent chez eux une forme de ressentiment à l'endroit d'un ordre militaire jugé illégitime par bien des aspects. L'habitus de ces scientifiques et universitaires, tel qu'il se donne à voir dans la relation épistolaire semble très éloigné des normes et des valeurs qui règlent l'ordre militaire. Finalement, les réformateurs sont sans doute bel et bien convaincus que leur projet réformateur est au service de la cause des blessés, mais la proposition inverse peut tout à fait être défendue : la promotion de la cause des blessés est également au service de l'entreprise réformatrice, elle offre une ressource dans la lutte pour la transformation du service de santé. Autrement dit, on peut faire l'hypothèse que l'expérience de mise en guerre vécue par ces médecins – un désajustement voire une négation de leur habitus professionnel, un rapport malheureux à l'institution – est pour partie au principe de la réforme : leur désir d'un réajustement de leurs positions (individuelles et collectives) contribue à leur intense participation, tout autant que les motifs habituellement convoqués par les herméneutes de l'adhésion à la guerre (adhésion idéologique, soumission consentie à l'État, devoir humanitaire, dévouement). Mais deux éléments viennent nuancer cette hypothèse. D'une part, la réforme suppose évidemment de jouer dans l'institution, donc de faire souvent avec elle, de céder parfois, etc. : le désajustement de nos réformateurs n'est pas si fort au point de les empêcher d'agir dans l'institution, et d'arriver souvent à leurs fins (au moins personnelles). D'autre part, certains, Regaud le premier, semblent posséder des dispositions à bien jouer le jeu de l'institution, renforcées pour partie par l'expérience de guerre sans doute, mais sans doute déjà acquises par la socialisation professionnelle. Médecin et homme de science, Regaud est également un redoutable administrateur.

2.2.2 « et le droit de demander, et l'espoir d'obtenir » : dispositions et transgressions réformatrices

Regaud conclut par les mots suivants la lettre dans laquelle il demande au médecin-inspecteur Sieur d'alimenter son Groupement avec des blessés des armées proches de la V^e et de lui éviter ainsi une inactivité qui lui serait préjudiciable :

« Je me permets de recommander à votre intervention nos organisations de Bouleuse Épernay. Je crois vraiment qu'elles seront pour le Service de Santé militaire un progrès et un honneur. Mes collaborateurs – bien choisis – et moi, nous n'y voyons qu'une belle œuvre et désintéressée : ce qui me donne et le droit de demander et l'espoir d'obtenir¹⁹⁷ ».

Sur les soldes des officiers Voir Le tableau des soldes et allocations individuelles en derniers régularisés sur revenus, vol. mis à jour à la date du 1er août 1914, Paris, Henry Charles Lavauzelle.

¹⁹⁷ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ... P 104.

Le propos est révélateur de ce que sont pour le directeur l'enjeu du Groupement (« un progrès et un honneur »), la qualité des hommes qui y travaillent (« bien choisis ») et les valeurs défendues par la science d'État (de « désintéressement »). Quant à la formule finale, elle signale sans doute le bourgeois lettré habile à manier les mots, mais elle rappelle surtout la position d'un homme habitué à solliciter et à être sollicité, un homme d'institution : elle rappelle la légitimité du solliciteur tout en ménageant une marge de liberté au sollicité... De fait, Regaud est un « patron », un homme de pouvoir, qui a pris du galon en prenant la tête d'une direction à l'Institut Curie en 1913, puis, après avoir été nommé médecin-chef d'un hôpital, en étant recruté auprès d'un membre du gouvernement, au cœur du pouvoir politique. L'habileté rhétorique de Regaud doit ainsi être comprise comme une dimension de sa capacité à jouer le jeu de l'institution militaire à son profit.

Il faudrait analyser les écarts entre les différentes versions (souvent deux, parfois trois) des brouillons de Regaud : on montrerait alors comment le directeur du GSCS travaille à rendre ses sollicitations acceptables pour le commandement. On pourrait également comparer les écarts entre ce discours public ou officiel, transmis à un supérieur, où le ton est le plus souvent mesuré, et les échanges critiques sinon virulents de ses collègues contre l'institution militaire. Un bon exemple de critique est offert par le chirurgien Santy dans une lettre écrite le 4 août 1917 alors qu'il vient d'être « expulsé de son équipe »¹⁹⁸.

« La perspective [que Leriche] fait briller à mes yeux d'aller un jour à vos côtés arrive un peu à point pour calmer le gros désappointement que me cause l'application incohérente du règlement sur les équipes chirurgicales, pourtant si aisé à manier avec un peu d'intelligence ». Santy enrage de quitter son équipe, milieu qu'il connaît « depuis 3 ans » : milieu « que j'ai formé et éduqué, dont vous avez vu les possibilités, pour être jeté comme un nouveau venu dans une formation nouvelle, pour y recommencer les mêmes errements de matériel, de personnel inconnu que j'ai affrontés déjà trop souvent ».

Mais on pourrait aussi multiplier les exemples de critiques plus virulentes, comme celle de ce collègue (non identifié) qui se plaint le 7 juillet 1917 à son « cher Regaud »¹⁹⁹ :

« J'avais cru que le Ministre par une conception logique et fort louable avait, en créant les HOE de fractures, vu que cette qualité de blessés exigeait des soins spéciaux, et que remis de suite et désinfectés, appareillés correctement, secondairement, ils devraient enfin être dirigés vers des formations d'arrière où le traitement orthopédique définitif les mettrait en état, soit de reprendre le service, soit lorsqu'ils sont trop amochés de subir un traitement tel que leur infirmité définitive soit réduite au minimum[...]. Cette conception est trop naturelle pour être militaire, et on continuera de s'efforcer de faire passer les blessés pour les incompetents les plus monstrueux, pour partager les responsabilités des désastres. [...]

¹⁹⁸ Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 4 Août. Santy.

¹⁹⁹ *Ibid.*, 7 juillet. Non identifié.

« Toutes les séquelles ortho-articulaires que je vois au grand Palais dans un état lamentable ont une histoire, où la part de l'imbécillité chirurgicale est triplée par la stupidité administrative. »

Le croisement des courriers, enfin, montrerait que Regaud obtient souvent satisfaction : les remerciements plus ou moins appuyés se comptent par dizaines. On lui prête d'ailleurs beaucoup, et souvent par anticipation, dans les lettres de demandes de faveurs diverses (mobilités, affectations et mutations, décorations) qu'il reçoit lorsqu'il est au cabinet (d'octobre 1915 à avril 1917). L'un de ses anciens élèves, Favre, il est le vrai, le plus obséquieux à son égard, le place « *dans le secret des dieux* » (avril 1917) ; le directeur de l'École vétérinaire de Lyon, « [le] sachant près du Soleil » lui demande d'intervenir pour son propre fils (septembre 1917) ; un collègue Lyonnais, Mollard, lui rapporte qu'un de ses internes « s' imagine qu'un mot de moi à vous et au besoin l'assistance de L. seraient efficaces pour la réalisation de son désir » d'être affecté dans une ambulance (4 juillet 1917). Bref, ce qu'on lui reconnaît, ce sont d'abord « ses relations avec notre grand chef », pour reprendre la formule de son ami Lépine, resté à l'arrière (Lyon) et qui désespère d'être promu Grand-croix de la Légion d'honneur (5 novembre 1917). Mais pas seulement. Ce sont aussi les qualités « d'organisateur médico-militaire » dont parle Favre dans une autre lettre²⁰⁰ qui font le succès de Regaud. Ce dernier, de fait, est un homme qui aime lancer les projets, et semble globalement apprécier sa position de directeur scientifique (au moins les six premiers mois). Ainsi, dans le brouillon d'une réponse à Marcilhacy, un ancien de Belfort qui lui renouvelait « l'expression de [sa] profonde reconnaissance », il écrit (les mots entre crochets ont été rajoutés à la marge) :

« Vous savez [peut-être, par nos conversations de Belfort] que l'enseignement [complémentaire à faire] aux médecins [mobilisés] était une de mes idées les plus chères. J'ai fini par m'y donner complètement. [Pourvu d'une mission permanente du Sous-secrétaire d'État au Service de Santé Militaire, j'ai organisé dans une armée un « Groupement de services chirurgicaux et scientifiques », sorte d'Institut destiné à l'étude, au progrès et à l'enseignement de la Chirurgie de guerre. C'est une œuvre très difficile, et qui exigera de moi, pour réussir, une ténacité et une persévérance à toute épreuve. Je ne puis encore me flatter d'avoir réussi, et l'ère des difficultés n'est pas close. Mais j'ai comme compensation des camarades et des collaborateurs exquis... comme ceux de Belfort. Il est vrai que j'ai eu l'avantage [cette fois] de les choisir. [Je suis heureux de savoir que vos fonctions actuelles vous plaisent]. Si jamais vous devez ou vous voulez retourner aux armées, je serai heureux de vous avoir avec moi. Veuillez etc.²⁰¹ ».

La correspondance contient plusieurs exemples où s'exprime ainsi la satisfaction sinon la fierté de Regaud à l'égard de son œuvre, « une sorte d'Institut » (ce qui est encore

²⁰⁰ *Ibid.*, 23 août. Il ajoute : « je n'avais pas prévu, à Lyon, quand j'avais le bonheur d'être votre élève, cette adaptation nouvelle. Quand vous retrouverai-je Maître-es-arts histologiques ? Je vous remercie, mon cher Maître, je suis désormais assuré du succès de ma requête ».

²⁰¹ *Ibid.*, Marcilhacy. 30 août.

mieux qu'une Faculté²⁰²), où il a pu choisir ses hommes (et laisse croire qu'il peut encore le faire...), mais où il a dû endurer bien des épreuves (c'est une œuvre « très difficile »). Le fait qu'il justifie toujours ses choix par la compétence des candidats recrutés ne peut que rehausser encore sa clairvoyance comme chef, même si l'exemple montre bien que d'autres qualités sont requises chez eux (des « camarades et des collaborateurs exquis » : la formule suggère à la fois l'entre-soi, la hiérarchie, et le bon goût²⁰³). Mais, on l'a vue, il y a loin des intentions à la réalisation du projet, et Regaud et « ses » hommes doivent aussi savoir encaisser les coups que leur assène parfois la hiérarchie militaire, surtout après le départ de Godart en février 1918. Ainsi Lecène, chirurgien-consultant en plus d'être chef de division à Épernay, se plaint-il fin mars 1918 de ce qu'il considère comme un « abus de pouvoir » sans pour autant le dénoncer publiquement.

« La suite attendue me tombe sur la tête. Béchard vient d'arriver triomphant me dire qu'il m'emmenait demain vendredi 29 à 11 heures avec l'état-major de la Ve armée qui s'en va vers l'ouest. Je quitte tout, je plante tout là par ordre pour suivre le Mn Insp Général [médecin inspecteur général]. Entre nous, c'est un abus de pouvoir. Mais que faire actuellement ? Obéir. Je me réserve le droit de rouspéter après. Hélas ! Quelle sinistre fonction que celle de ch. cons. [chirurgien consultant] et comme je m'en méfiais ! Enfin – « nos destins sont sur les genoux des dieux » me disait le vieil homme. Il faut les suivre sans résister. Mille amitiés à tous les amis de Bouleuse » (28 mars)

« Mon départ désorganise naturellement le service. J'ai demandé pour Cleisz (?) une équipe B à M le médecin inspecteur général Lemoine – c'est ce qui lui faut. Mais il reste Boutier – le pauvre garçon a peur qu'on ne l'utilise pas rationnellement – ce qui est assez ds [dans] le probable. Ne pourriez-vous pas signaler son cas à M le médecin inspecteur général Lemoine ? Peut-être auprès de Guillain serait-il à sa place. La liaison avec le service de G. Marie disparaissant, Boutier a peur des suites inopinées. C'est un excellent travailleur qui mérite d'être bien employé. Voulez-vous avoir l'obligeance de ne pas le laisser tomber ? » (29 mars)

Il faut considérer l'obéissance de Lecène comme l'indice d'une capacité à bien jouer le jeu de l'institution, c'est-à-dire à recevoir les coups quand on ne peut faire autrement²⁰⁴ afin de pouvoir encore s'occuper de « ses » hommes, ceux de son service (surtout ceux qui ont bien travaillé). La question est de savoir d'où viennent ces dispositions. On peut penser qu'elles relèvent largement du passage au cabinet de Godart qui a permis à

²⁰² Son élève et ami Antoine Lacassagne, qui souhaite rejoindre Bouleuse, évoque « une sorte de Faculté » le 7 octobre 1917 ; un collègue Lyonnais, de même, clame sa satisfaction d'apprendre que Regaud dirige « une Faculté de médecine de guerre » (25 décembre 1917) ; un autre disciple, Duvernay lui demande si sa « Faculté » « marche » bien (2 janvier 1918).

²⁰³ Le matériau de la correspondance privée mériterait une analyse des rapports sociaux de classe telle que Nicolas Mariot a pu la mener (*Tous unis dans la tranchée ?*). « Mes » médecins présentent bien des points communs avec les intellectuels montés du rang étudiés par Mariot (notamment la hantise de l'inactivité intellectuelle), mais ils s'en séparent sur un point essentiel : membres de l'élite médicale aux armées, ils vivent entre eux et cultivent avec soin leur entre-soi.

²⁰⁴ C'est dans la même logique que Regaud, dès août 1917, avait renoncé à « déménager Bouleuse » pour ne pas donner l'image d'un projet mal conçu alors même que l'inactivité et la mauvaise accessibilité du site constituaient des handicaps importants du site.

Regaud d'accumuler un capital proprement étatique. Mais la citation de Lecène suggère aussi que la logique facultaire de promotion continue de jouer à plein en milieu militaire : il est probable que l'habitus académique de Regaud contribue pour une part à jouer le jeu de l'institution. De fait, le principe hiérarchique au cœur de l'organisation et du fonctionnement des Facultés de médecine s'ajuste parfaitement à l'institution militaire ; tout laisse penser que si l'idée d'obéissance inconditionnée déplaît à beaucoup de ces médecins et scientifiques, la loyauté à l'égard du chef les rapproche des officiers de l'active qu'ils sont amenés à côtoyer. L'impératif de protection du maître bienveillant en faveur de ses élèves respectueux (et plus largement de tous ceux qui ont eu à travailler sous ses ordres, à Lyon ou à l'Armée), s'impose à Regaud, très régulièrement sollicité (sinon harcelé)²⁰⁵. Plusieurs indices laissent d'ailleurs penser que le départ de Regaud de Lyon pour Paris n'est pas encore jugé irréversible, car Regaud était le successeur « naturel » de Renaud à la chaire d'histologie²⁰⁶, donc un « patron » en puissance. Plus généralement, Regaud ne dispose sans doute pas de réseaux si importants en 1918²⁰⁷, mais les relations y semblent particulièrement denses et étroites ; ce sont deux de ses élèves les plus proches, Albert Policard et Antoine Lacassagne qui occupent la place qu'il aurait pu occuper (Policard succède à Renaud en 1919) et lui accède à celle qui l'a occupé (Lacassagne prend la tête du laboratoire de Regaud en 1937). En outre, Regaud n'a pas attendu la création de la Faculté de guerre pour s'intéresser de près aux études de médecine. Secrétaire général de l'association du corps enseignant des facultés de médecine avant-guerre, Regaud n'est pas un agrégé lambda, mais le porteur (avec d'autres) de réformes de l'organisation des études (et notamment de la thèse et de l'agrégation)²⁰⁸. Le (relativement) jeune lyonnais recruté à Pasteur possède ainsi une vision assez précise du possible et du souhaitable dans son propre espace d'activité.

Mais plus important est le fait qu'au printemps 1917, au moment du lancement du Groupement, Regaud est dans sa troisième année de guerre, et qu'il dispose, surtout par son passage au cabinet de Godart, d'une connaissance très étendue de l'institution dans et contre laquelle il entend jouer. Il faudrait ici évaluer de manière approfondie les leçons qu'il a pu tirer de ses expériences passées en HOE, à Gérardmer puis Belfort, c'est-à-dire au niveau opérationnel, « en bas » ; il faudrait aussi faire le bilan des informations qu'il reçoit de son frère Francisque (lequel lui rapporte encore en mars 1918 ce qu'il voit du service de santé sur le terrain), d'autres amis engagés sur le front, ou de ses chers

²⁰⁵ J'ai repéré 9 anciens disciples dans la correspondance 1917-1918.

²⁰⁶ Quelques jours après la mort de Renaud, l'un de ses anciens élèves, Duverney exprime explicitement le souhait de le voir nommer comme successeur.

²⁰⁷ Mais ils lui serviront dans l'après-guerre, où il est au cœur du développement de la cancérologie.

²⁰⁸ Regaud publie dans *La tribune médicale* du 16 septembre 1909 un article intitulé « Pourquoi et comment on devrait réformer la thèse du doctorat en médecine ? ».

collègues qui, à l'arrière dans les hôpitaux parisiens et surtout lyonnais, lui rendent compte de leurs difficultés. Un dépouillement systématique de la correspondance sur l'ensemble de la guerre pourrait permettre d'analyser finement ce que les positions successives que Regaud occupe font à sa vision de l'institution du Service de Santé. Mais le passage en cabinet est, à tous égards, décisif. Sans doute, l'appartenance à un cabinet dirigé par un avocat résolu à déposséder d'une partie de ses attributions un corps militaire pluriséculaire a fermé bien des portes à Regaud, médecin-civil. Mais à l'évidence, celui-ci a su malgré tout sinon « se faire apprécier », du moins accumuler du capital social d'État sous forme objectivée et subjectivée. En témoignent les relations de confiance qu'il noue avec différents médecins militaires de haut rang au sein du ministère, ou le pouvoir d'intermédiation qu'il possède manifestement pour faire nommer, muter ou décorer ceux qui le sollicitent, ainsi que ce qu'il obtient malgré tout à Bouleuse (les hommes qu'il veut) ; en témoigne aussi le fait que la croyance de ses correspondants en sa puissance d'action persiste alors même que, en tant que directeur scientifique, il n'en dispose plus vraiment.

2.2.3 Devenir une "Université médicale de guerre"

Si le retour à l'Avant de Regaud peut être lu comme l'histoire d'un ambitieux projet réformateur mené en territoire hostile et constamment entravé, l'observation des modalités concrètes de mise en œuvre de l'enseignement à Bouleuse permet de comprendre un peu plus finement ce qui se joue avec l'académisation du service de santé dans et hors l'institution militaire et de voir comment ses promoteurs réajustent leurs ambitions et stratégies. Lors de sa création, on l'a vu, le Groupement est associé à l'excellence au plan thérapeutique, scientifique et se présente comme un centre modèle destiné aux « hautes études ». L'enseignement n'est donc pas une activité annexe du Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques comme cette dénomination pourrait le laisser supposer. Elle est au contraire consubstantielle au projet. Rapidement cependant, les difficultés à faire exister la science au front et la baisse de l'activité opératoire s'imposent aux autorités en charge du Groupement. Un glissement s'opère, qui peu à peu, conduit à renforcer encore la place de l'enseignement. Celui-ci phagocyte les autres activités à mesure que ses publics cibles se diversifient. Le centre peine à devenir un modèle au plan thérapeutique et scientifique, peut-être est-il possible d'en faire une vraie Université médicale de guerre ?

La profession est massivement mobilisée²⁰⁹ et « pour un grand nombre » de médecins la médecine de guerre est « un métier nouveau » auquel « les études et la pratique

²⁰⁹ « La moitié à deux tiers des médecins et étudiants français » écrit Regaud dans CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / At Centre d'instruction médico-militaire /At a 3.2 – Préface aux Leçons de

médicale civile » les ont mal préparés. Elles ont fourni des connaissances professionnelles indiscutables certes, « *mais sur bien des points insuffisantes et déjà lointaines.[...]* ». Pour le scientifique qu'est Regaud, l'offre de formation du Groupement se justifie par la nécessité de lutter contre l'isolement intellectuel et professionnel des médecins mobilisés :

Pendant ces trois années la chirurgie et la médecine de guerre ont fait de très grands progrès mais beaucoup de médecins [...] les ignorent ou ne les connaissent que très imparfaitement par des informations fragmentées, lues au hasard de la lecture de quelques journaux médicaux. Bref, bien des médecins ont le sentiment et le regret de leur enlèvement progressif dans l'ignorance des choses et des progrès de la médecine. Les conférences sont, pour eux, un retrempeage professionnel [...]²¹⁰

La correspondance (privée surtout) de Regaud rappelle à de nombreuses reprises combien la question occupe une place centrale dans sa conception de la réforme. On y évoque la création d'une École, d'une Faculté, d'une Université médicale de guerre et même d'un « *Institut destiné à l'étude, au progrès et à l'enseignement de la Chirurgie de guerre* »²¹¹. Pour autant, au printemps 1917, la mission assignée à Regaud est d'une ambition plus modeste. Il s'agit d'abord de créer un « centre d'instruction médico-militaire »²¹² pour remédier au déficit de compétences chirurgicales du SSM, enjeu de tout premier plan sur lequel nombre d'acteurs se sont mobilisés dès le début de la guerre.

Lorsque le GSCS est inauguré en juillet, le centre d'instruction de Bouleuse a donc une fonction purement militaire, de perfectionnement des chirurgiens et médecins mobilisés en zone des armées. Regaud tente donc de mettre en place une formation pratique pour les équipes chirurgicales²¹³. Il s'agit d'abord d'assurer le perfectionnement des équipes de passage qui « prendront leur part de travail tout en perfectionnant leur instruction »²¹⁴. Temporairement détachées, celles-ci opérent sous la direction des chefs de service. Deux équipes sont déjà à l'œuvre chez Proust précise-t-il et 9 autres

chirurgie de guerre. Estimation assez proche des taux donnés par l'historiographie qui estime à 27 000 environ la population totale de médecins et de carabins, dont 10 à 18 000 mobilisés selon les périodes et les sources.

²¹⁰ *Ibid.*, A1a2.2 : Programmes de cours d'instruction fait aux chefs de laboratoires chirurgicaux de la (sic) «Us Army.

²¹¹ Archives du Musée Curie, Fonds privés, CR-Correspondance privée, Août 1917. Brouillon de la réponse à lettre de Marilhacy datée du 30 août.

²¹² Trois mois après l'arrivée de Regaud au cabinet, le Sous-Secrétariat d'État au Service de Santé Militaire (SSESSM) met en place un "enseignement de perfectionnement destiné aux médecins de corps de troupes affectés en zone des armées. Les rapports des médecins d'armée que Godart reçoit sont très critiques quant à la valeur des enseignements qui y sont délivrés. Surtout, l'éparpillement des centres empêche d'unifier les doctrines et n'améliore guère la diffusion des innovations. Ces centres fonctionneront jusqu'au printemps 1917 avant que le sous-secrétaire ne décide d'en changer la formule (27 mai) et ne renvoie Regaud aux armées pour développer un « centre modèle ».

²¹³ Sur l'histoire des équipes chirurgicales Voir J - P. Fournier, Évolution du Service de santé op.cit. p. 470-476. et J-J. Ferrandis, A. Larcen, Le Service de santé aux armées... , *op.cit.*, p. 136.

²¹⁴ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ... P.59.

pourraient suivre dans les 4 divisions²¹⁵. Très vite, il envisage une première extension du programme d'instruction et demande le détachement de tous les services de chirurgie disponibles dans les ambulances (en sus des équipes « de passage ») et précise l'organisation qu'il imagine. Chaque équipe effectuerait un stage de 2 semaines par roulement dans chacun des trois services (blessures viscérales, fractures, parties molles). La période d'instruction durerait alors 6 semaines. Dans chaque groupe d'ambulances, une ou deux équipes de garde (« soumises à un roulement ») seraient laissées sur place et les équipes détachées seraient mobilisables sur appel téléphonique (« en une heure et demie au plus »). Mais là encore, le projet suppose une coopération des QG d'armée et quelques en soient les raisons, le fait est que cette première tentative d'extension du domaine d'action du Groupement échoue. Regaud l'exprime sans détours en septembre 1918. Rappelant l'apport décisif de radiologie en matière de localisation des projectiles, il écrit :

« Lemaître l'a appliquée et démontré au centre d'instruction de Bouleuse pendant 10 mois. Combien de chirurgiens lui-a-t-on envoyés pour les instruire pratiquement ? Pas deux douzaines! [...]»²¹⁶

L'enseignement de perfectionnement trouve une expression plus aboutie avec la formation des médecins de corps de troupes et d'ambulance. En dépit des difficultés quotidiennes auxquelles le groupement doit faire face, le « retrempage » (essentiellement des aides-majors) démarre le 9 juillet 1917, avant même que le centre d'instruction, encore inachevé, ne soit officiellement ouvert (en septembre). Les personnels du corps de santé de la V^e armée (16 médecins aides-majors et 1 médecin major de 2^e classe) inaugurent la première série de huit « conférences et causeries chirurgicales ». Dans un premier temps, l'enseignement se résume à ces conférences, dispensées au rythme de deux par jour (la première à 8h, la seconde à 17h) pendant 4 jours. Celles-ci sont conçues de manière à donner aux auditeurs une approche pratique des sujets les plus centraux de la chirurgie de guerre. Les séries débutent par une approche générale (« blessures de guerre en général » par Proust, Roux-Berger ou Lecène) puis ciblent des points plus spécifiques (les « hémorragies dans les blessures de guerre ») et s'attachent à décrire les blessures de l'abdomen et du thorax (Roux-Berger), les blessures du crâne et du rachis (Okynczyk), les fractures diaphysaires et articulaires (Leriche), ou encore les « *troubles psychiques et nerveux chez les combattants* » (Abadie), les « *notions fournies à la chirurgie de guerre par la biologie des tissus* » et le « *processus de cicatrisation* » (Policard). Elles en présentent les complications éventuelles et les « principes généraux de traitement ».

²¹⁵ *Ibid.*, Pièce 96.

²¹⁶ CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire /A1 a 3.2. Regaud, Préface aux « Leçons de chirurgie de guerre », version de septembre 18.

Soucieux de bien contrôler ce « ballon d'essai » avant de recevoir les médecins des autres armées (la VI^e et la X^e notamment), Regaud demande des retours d'expérience. Il sollicite le médecin-chef de l'ambulance 3/45 qui lui fait part de la satisfaction générale mais lui suggère toutefois deux types d'améliorations. D'abord, il serait bienvenu de réorganiser la formation dans ses aspects purement pratique : il faudrait organiser les visites de services, voire des initiations pratiques, en rapport avec les conférences du jour, et non laisser les médecins libres de se rendre dans les services. Ensuite, certains médecins réclament des mises au point de « jurisprudence militaire » sur des questions médico-légales. Par conséquent il conviendrait écrit Capdevielle, d'augmenter la durée des stages²¹⁷. Regaud adresse alors à son supérieur Béchar, à peine les premières conférences achevées, un « projet de programme » pour améliorer l'enseignement de perfectionnement. Il y souligne à son tour la satisfaction qu'ont manifesté les élèves, mais fait aussi la liste des améliorations qui leur semblent souhaitables (un enseignement plus pratique, plus méthodique), et celles qu'il propose lui-même (recentrer sur la chirurgie des blessures, et faire des conférences à part sur la l'hygiène et la médecine interne ; organiser des visites dans les services de Bouleuse et Épernay, associer les chirurgiens de la X^e armée).

Regaud ajuste alors l'offre de cours et règle le déroulement des journées. A partir de septembre, les médecins sont répartis par groupes pour des démonstrations et exercices de bactériologie et de radiologie (Rosenthal), d'immobilisation des fractures (Leriche) ou encore d'asepsie et stérilisation (Vignes). Par alternance, ils assistent aux opérations de M riche, Proust, Roux-Berger et Viard (les chefs de services), visitent l'intégralité de l'HOE de Bouleuse (Raymond) ou le laboratoire d'armée de Sappicourt. Les conférences de Milian sur la « syphilis aux armées » et de Nogier sur les « procédés de repérages des projectiles » viennent compléter l'enseignement théorique. Le stage dure désormais 6 jours (14 à 16 conférences). Au final, environ 108 conférences sont données à quelques 350 médecins (23 à 25 par série en moyenne) dans le cadre des 12 séries chirurgicales organisées entre le 9 juillet et le 15 octobre.

Du 1^{er} au 21 octobre, deux séries de conférences médicales complètent l'enseignement. Raymond, médecin-chef de l'HOE consacre deux conférences aux questions d'« *immunités, vaccins, sérum thérapeutique et anaphylaxie* », deux autres au paludisme et deux encore au « *pied de tranchée* ». Tanon intervient à 6 reprises également exposant tour à tour sur les maladies contagieuses éruptives, la diphtérie et affections dysentériques. Rosenthal, Pagniez (médecin consultant de la X^e armée), Gausse, Mougeot (X^e armée) et Duvoir présentent chacun une conférence lors des deux séries et

²¹⁷ Lettre du Médecin-major Capdevielle, du 29 juillet.

abordent respectivement la méningite-cérébrospinale, les affections typhoïdiques et la vaccination, la lutte anti-tuberculose, la cardiopathie et les intoxications par les gaz. Milian dispense trois conférences sur les maladies vénériennes et une sur les affections dermatologiques tandis qu'Abadie traite (trois conférences également) des questions de Neurologie médicale de guerre. S'y ajoutent en deuxième semaine une intervention de Cayrel consacrée à la stérilisation de l'eau et une de Pagniez consacrée aux Ictères. L'organisation et les principes sont identiques à ceux des conférences chirurgicales et les deux séries donnent lieu au total à 32 conférences ; 67 médecins y ont assisté. Si les aides-majors y demeurent majoritaires dans une moindre proportion, ces derniers représentent tout de même 90 % environ de l'effectif cumulé (un peu plus de 400 médecins) des 14 séries.

Si, contrairement à ce qu'on peut lire sous la plume de Mignon, Regaud (qu'on ne peut suspecter d'auto-complaisance) dresse dans un premier temps un bilan globalement positif²¹⁸ de ces 140 conférences, c'est notamment parce qu'à la différence des autres centres d'instruction créés en 1916, l'enjeu de l'enseignement de perfectionnement délivré à Bouleuse ne consiste pas seulement à former des chirurgiens, il a aussi pour but de former des aides instruits et compétents :

« Les conférences ne sauraient avoir pour résultats de créer des chirurgiens ou des spécialistes. Leur but est tout différent [...]. Elles doivent être surtout [...] se mettre dans l'esprit du camarade qui n'aura pas à opérer, mais [il raye : "qui doit savoir"] à trier, à diagnostiquer, à pronostiquer, à prévoir, à savoir ce qui arrivera, à donner les premiers soins appropriés au traitement ultérieurs, à rédiger un billet d'hôpital, une observation sommaire²¹⁹ ».

La solution mise en œuvre au GSCS promeut ainsi bien davantage qu'une mise à niveau. L'enseignement militaire est conçu comme une condition de possibilité à la généralisation d'une organisation collective du travail médico-chirurgical, selon un modèle encore très minoritaire dans le champ médical qui suppose la formation des personnels subalternes, indispensable dès lors qu'on pense en terme de travail en équipe. Mais il y a plus que cette promotion en acte de la médecine collective. En faisant la démonstration de l'apport des sciences auxiliaires à la chirurgie (et à la médecine) clinique, l'action du groupement contribue à en redéfinir les critères de légitimité. Les enseignements qui y sont délivrés travaillent à la production d'une nouvelle définition de

²¹⁸ Résultats « excellents », soutien du général commandant et du MIG Bécard (« s'y est intéressé personnellement, et sa présence fréquente a été pour les auditeurs comme pour les conférenciers, un encouragement précieux »).

²¹⁹ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ... P182 : Rapport à JG (2e semaine de septembre) réponse à sa demande du 26 novembre sur « l'enseignement donné à Bouleuse aux médecins des corps de troupe, des groupes de brancardiers et des ambulances ». Regaud note un autre « cet exemplaire de ce rapport a été remis par moi-même et en mains propres à M. Le SSE du SSM aucun exemple n'a été envoyé par la voie hiérarchique ».

la chirurgie, qui semble ne valoir qu'associée et fécondée par les sciences expérimentales, notamment la radiologie. Limitée aux médecins et chirurgiens en postes à l'avant, l'entreprise ne suscite guère d'opposition hors de l'institution du SSM. Les débats qui ont eu lieu à la Société de chirurgie ou au sein de l'Académie de médecine laissent plutôt à penser que les réformateurs l'ont emporté sur ce terrain.

De ce point de vue, l'automne 1917 marque un tournant. Une semaine après la dernière série de conférences, le Groupement est sommé d'« *instruire une soixantaine d'étudiants en médecine* ». La décision impose d'interrompre les séries de perfectionnement destinées aux médecins, mais surtout elle modifie profondément la nature des enjeux et contribue à la production de conflits inédits, notamment avec l'Université.

Le décret présidentiel du 18 janvier 1917²²⁰ et l'instruction du 5 avril qui en organise l'application, permettent aux étudiants de médecine mobilisés d'être nommés à des grades supérieurs, et de bénéficier d'un « *avancement élargi* » correspondant mieux à leur « *mérite et à leur dévouement* » et autorisant une progression dans le grade fondée sur la « *compétence professionnelle* » et non plus sur les titres acquis lors de la préparation militaire. Cette possibilité est cependant assortie d'obligations nouvelles. Elle est notamment conditionnée à la validation d'un certificat d'aptitude à l'issue d'une période d'instruction de trois mois. Pour les étudiants mobilisés à l'arrière, les Facultés qui continuent de fonctionner assurent l'enseignement. Pour ceux appartenant aux formations de l'Avant en revanche, la situation est plus complexe. Le Commandement refuse de les autoriser à quitter la zone des armées pour poursuivre leurs études dans les villes universitaires, ce qui produit une situation des plus inégalitaires entre ces deux catégories d'étudiants. Les autorités universitaires et le ministère de la guerre négocient (commission du 29 septembre 1917) et trouvent un premier compromis dont résulte l'ordre 17 006 du Commandant en chef des armées du Nord et de l'Est daté du 14 octobre 1917. Huit centres d'enseignement sont créés en zone des armées. Chaque centre dépend d'une armée, sauf celui de Bouleuse qui est rattaché à la V^e et à la X^e. Ils sont en charge de l'enseignement théorique et pratique (conférences, stages hospitaliers et travaux pratiques) mais l'Université garde la maîtrise des programmes et Regaud, nommé directeur des études, doit faire avec. Ceux-ci correspondent au second cycle d'enseignement théorique et pratique des Facultés de médecine habituellement réalisé sur un an. Il imagine dans un premier temps faire dispenser 18 leçons par semaine mais cela apparaît vite trop chargé et le directeur réduit la voilure à 15 leçons hebdomadaires. Mais 45 leçons par série constituent un planning encore trop chargé pour des étudiants qui lui

²²⁰ Décret Relatif aux nominations en cas de mobilisation au grade de sous-aide-major et à l'emploi de médecin auxiliaire.

paraissent « incapables d'absorber plus de 2 leçons par jour et n'en veulent pas le dimanche »²²¹. Au final, ce sera 12 leçons par semaine.

L'organisation une fois de plus n'est pas exempte de critiques : la brièveté de l'enseignement au regard de l'étendue du programme et l'insuffisance de l'enseignement clinique posent notamment problème. Dans ces conditions, deux options se présentent : « *enseigner par les livres, enseigner par les cours* ». La seconde est privilégiée mais les 140 cours d'une heure ne suffisent pas à combler les manques. Les stages cliniques de chirurgie dans les services de Roux-Berger, Leriche et Lemaître donnent en revanche « *pleine satisfaction* ». L'appréciation est identique pour les stages de médecine dans les services de Rosenthal et Levy, jugés « excellents » et plus intéressants et utiles que les cours. Si des « cours spéciaux » sont mis en place en histologie (Policard), physiologie (Delaunay) et anatomo-pathologie (Masson), rien n'est encore organisé à Bouleuse pour les stages au plan de « *l'ophtalmo* », de « *l'oto-rhino* », « *ni des maladies vénériennes et lou contagieuses* »²²². Malgré ces ajustements, le programme demeure trop vaste pour un temps trop court aux yeux des « maîtres » qui avertissent du danger du « bourrage »²²³. Mais Regaud n'est pas seulement chargé d'évaluer Bouleuse, il doit également évaluer l'intégralité du dispositif (les 7 autres centres)²²⁴. Le retour critique qu'il fournit s'accompagne d'un projet de réforme dont une rapide présentation permet de comprendre comment il se positionne entre les étudiants, l'armée, le service de santé et l'Université, et le rôle qu'il entend désormais faire tenir au Groupement.

L'organisation adoptée (à l'élaboration de laquelle il n'a pas participé) articule selon lui une série de « demi-mesures » qui posent autant de problèmes qu'elles n'en résolvent. La scolarité des étudiants est toujours interrompue et ces derniers, qui s'inquiètent de « leur intérêts professionnels civils », s'étonnent de ce que l'instruction militaire qu'ils reçoivent ne puisse faire avancer leur scolarité universitaire :

« pour parler net, ils s'attendaient en général à ce que l'enseignement qui leur est donné soit sanctionné par des inscriptions et des examens définitifs »²²⁵.

Pour l'Université, l'adoption d'une telle mesure, qui reviendrait à lui faire perdre en partie le contrôle de la scolarité, est inenvisageable. Regaud entrevoit toutefois un *modus*

²²¹- CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire /A1 a 1.2 Conférences et démonstrations pratiques relatives à la chirurgie de guerre – Juillet-Octobre 1917.

²²² Rapport sur l'enseignement ... à Bouleuse de fin nov 17!

²²³ Exécution des prescriptions de l'ordre n°17006 du Général commandant en chef des armées du Nord et l'Est en date du 14 octobre 1917. Compte-rendu et appréciations sur les conditions générales de l'enseignement et propositions.

²²⁴ Arb2. 3: Comptes rendus et rapports d'activité, Demande de rapport par J. Godart et notes rapides au brouillon de Regaud.

²²⁵ Arb2. 1: Brouillon : « au sujet de l'enseignement des étudiants de médecine (2nd cycle) au centre d'instruction de Bouleuse.

vivendi qui permettrait de ne léser les intérêts d'aucune des parties, tout en plaçant le Groupement au centre du jeu. Il faut selon lui créer d'authentiques « études médicales de guerre » donnant lieu à une série de 4 examens permettant d'obtenir un diplôme « d'officier militaire de santé ». Celui-ci n'autoriserait cependant pas l'exercice de la médecine civile. Le principe d'équivalence adopté permettrait bien de valider de manière « rétroactive et définitive » une partie du doctorat mais pas au delà du cinquième examen. L'Université garderait ainsi le contrôle de l'entrée dans la profession. Les développements de Regaud donnent aussi à voir la manière dont il hiérarchise les intérêts. Il insiste à plusieurs reprises sur la primauté de deux principes : l'enseignement aux armées doit se faire aux armées étant tout au bénéfice du Service de santé. Autrement dit, il s'agit de garder la main, notamment parce que le Service de santé est le plus à même de faire de ces étudiants de « bons médecins militaires ». Pour autant, ceux-ci ne doivent pas pâtir davantage de cette situation et « *tout ce qu'il sera possible de faire pour*[qu'ils] *tirent un bénéfice civil définitif de l'enseignement militaire doit être fait* ». Quant à l'Université, il insiste : elle n'a pas le monopole des enseignements, seulement celui de la scolarité et ne peut de ce fait imposer ses critères de sélection pour enseigner aux armées²²⁶, allusion à peine voilée aux tensions suscitées par la composition de sa propre équipe, composée de maîtres qui, selon ses propres mots, « *le furent si peu* » (et qui n'avaient de fait pas tous l'agrégation, titre requis à l'université pour enseigner)²²⁷. Si la piste mérite d'être explorée plus avant, on sent bien ici que Regaud travaille à autonomiser l'enseignement médical militaire dont le Groupement est devenu un avant-poste. Cette fois cependant, ce n'est plus de l'emprise du haut commandement dont il faut parvenir à se dégager mais de celle de l'Université. La position de Regaud sur ce point ne souffre aucune ambiguïté : l'accord avec l'Université « *si hautement désirable qu'il soit passe nécessairement au second plan* »²²⁸ et la constitution d'une véritable scolarité de guerre se fera « *avec ou sans elle* »²²⁹.

La direction que prend alors le GSCS le conforte sans doute dans sa position. À partir de janvier 1918, l'enseignement de perfectionnement reprend et ses publics se diversifient. Pendant la deuxième quinzaine de janvier (du 14 au 26), 29 médecins américains et 25 français, 6 chirurgiens, 12 radiologues suivent les cours et visites aux côtés des 59 étudiants en médecine (officiers et sous-officiers) présents à Bouleuse. Plus encore peut-être que la variété et le nombre, c'est aussi la composition sociale de l'auditoire qui se transforme. Du côté américain, la délégation est composée des chefs de sections sanitaires accompagnés du directeur de l'école du Service de Santé de l'armée

²²⁶ L'instruction du 8 avril fixe les attributs nécessaires pour enseigner. Nous ne développons pas ici, mais par 2 fois Regaud revient sur cette question.

²²⁷ A1b2. 1: Brouillon : « au sujet de l'enseignement ... ».

²²⁸ *Ibid...*

²²⁹ *Ibid...*

américaine en campagne (Ashford), de son adjoint (Porter), et de l'adjoint sanitaire au GQG américain (Shockley). Côté français, on compte désormais un nombre substantiel d'officiers. En janvier, ils sont 72 (de passage ou en stage) à suivre les enseignements et sont souvent « de grade élevé » précise Regaud²³⁰. Les buts essentiels et l'organisation restent les mêmes. La première série d'enseignements compte 26 leçons qui se tiennent le matin. Les auditeurs visitent ensuite les services en petits groupes. Les chefs de laboratoires et leurs assistants procèdent à des démonstrations de bactériologie, d'histologie/pathologie des plaies et de radiologie. Toutes les connaissances sont répétées le soir, en anglais, par le Surgeon-Colonel Ashford, tandis que le major Dubouchet (chirurgien consultant de l'armée) assure la traduction. Les 28 et 29, les médecins américains sont admis à visiter les organisations sanitaires du front, visite qui a paru « extrêmement utile ». À l'exception des problèmes d'administration et de logistique que le succès du Groupement rend plus saillants, le bilan est indéniablement positif aux yeux de la direction (Regaud et Policard devenu directeur adjoint). Les américains ont fait preuve d'un comportement exemplaire (discipline, tenue, exactitude) et sont repartis « *très satisfaits* ».

Forte de ce premier succès, l'opération est renouvelée en avril (15 médecins du 14 au 25) et en mai (20 médecins du 5 au 16) mais des « circonstances particulières » rendent plus difficile l'exécution des programmes d'enseignement pratique. Confronté à une « *pénurie de blessés et de malades en traitement à l'HOE de Bouleuse* » qui résulte de l'« *inactivité militaire* » et de « *l'étroitesse du secteur qui évacue sur cet HOE* », Regaud compense en faisant visiter les installations sanitaires autour de Bouleuse (postes de secours régimentaires, ambulances de triage, postes chirurgicaux avancés, postes de traitement pour intoxiqués par les gaz, ambulances chirurgicales et hôpitaux, dont Épernay). Regaud ajuste, adapte, peaufine, le programme comporte moins de leçons que de visites détaillées, combinées avec des « causeries » et des conférences. Les résultats de cette articulation sont jugés « excellents » de part et d'autre²³¹.

Qu'il s'agisse de l'enseignement destiné aux médecins des corps de troupes français et américains, ou de l'enseignement destiné aux étudiants, on ne peut qu'être frappé par le bilan assez mitigé du « centre modèle ». L'enseignement médical à Bouleuse n'a de cesse de s'étendre, mais l'expérience ne parvient jamais à s'institutionnaliser et au moment où elle semble enfin rencontrer un certain succès, elle est en quelques sortes rattrapée par la guerre. Regaud le reconnaît volontiers dans la lettre qu'il écrit, en dernier recours, à Joseph Reinach en 1919, le GSCS a subi de ce point de vue une défaite. On lui a opposé un « veto formel toute reconstitution », et la réforme « par le bas » du Corps de

²³⁰ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ...P1002 3 mars.

²³¹ CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur ...P1014 18 mai.

santé, qu'il eut été « si simple de réaliser », attendra. Pour autant, on voit bien qu'autre chose se joue à Bouleuse, notamment à travers le conflit latent avec l'Université et l'arrivée des médecins américains.

Si la mise en guerre du champ médical est l'occasion pour une fraction spécifique de la médecine civile – sinon ici l'élite universitaire, du moins des outsiders de l'université lyonnaise - de tenter de réformer la médecine militaire (Regaud à Sieur, août 1917 : « La guerre est, je l'espère bien, un état temporaire : que le Service de Santé réalise vite ! »), cette fraction est loin d'oublier son champ professionnel, qu'elle compte retrouver aussitôt la guerre finie – Regaud pressent début 1918 qu'elle le retrouvera dans l'année. L'entreprise réformatrice du Service de santé est en bref provisoire : il faut profiter de l'aubaine de la guerre pour la mener à bien. Les évolutions du champ médical, en revanche, concernent bien plus directement l'avenir des médecins civils qui entourent Regaud.

Au service de la nation, Regaud et ses alliés n'en sont pas moins des scientifiques et des médecins intéressés par l'évolution de leurs pratiques au-delà de l'amélioration de la médecine et de la chirurgie de guerre. Ils se passionnent pour les innovations médicales à diffuser (la méthode Carrel, la méthode Jeanbrau, comme les équipements chirurgicaux ou logistiques), mais échangent aussi à propos de problèmes plus fondamentaux de recherche. Ils souffrent de ne plus pratiquer leur métier ou leur spécialité, de perdre du temps à lever les obstacles administratifs de toute sorte ou de ne plus pouvoir mener d'expérience. Ils s'inquiètent, faute de temps, de ne plus être à la page, eux qui sont chargés d'enseigner les bonnes pratiques aux internes et aux médecins. Quand ils le peuvent, c'est-à-dire quand ils sont en poste à l'arrière (comme beaucoup de lyonnais), ils peuvent enfin « lire et travailler » et finir des choses qui « risquaient de moisir dans les cartons » (Jolly, le 14 août, qui rejette la proposition de Regaud) ; et ils préparent d'ores et déjà l'après-guerre.

Regaud, pour sa part, demeure pris dans les luttes universitaires lyonnaises, notamment lors de sa période de cabinet : les deux univers de la médecine militaire et de la médecine civile, pour séparés qu'ils soient largement, ne peuvent pas être imperméables l'un à l'autre quand la majorité des médecins civils dépend du Service de santé. Il est notamment sollicité par Paul Courmont au moment de la succession à la chaire d'hygiène et à l'Institut de bactériologie de son frère aîné, Jules Courmont, décédé brutalement en février 1917²³². Paul Courmont souhaite être nommé de manière permanente dans un hôpital lyonnais le plus tôt possible, afin d'empêcher la campagne d'un concurrent pour l'accession à la chaire à laquelle il prétend lui-même (et qu'il

²³² Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 1 mars : Lettre de Paul Courmont.

obtiendra). Courmont demande également à Regaud de faire en sorte que les (« très bons ») chefs de service de l'Institut de bactériologie soient exemptés du « tour de départ » exigé par le règlement militaire et classés « indispensables », et que ce soient les trois bactériologistes les plus jeunes, donc les « moins irremplaçables » qui soient touchés par le « tour de départ ». Fait rare dans ces sources, la lettre de Courmont indique clairement que Regaud ne dispose évidemment pas du monopole de l'accès à Godart :

« Il y a des dessous que tu ne soupçonnes pas. Certain gros professeur d'ici est très bien avec JG et pourrait l'influencer. Ne crois pas que je me crois persécuté – ce n'est pas dans mon optimisme habituel. Mais ce sont là des luttes inévitables ».

Surtout, quelques sources montrent que Regaud anticipe les transformations de l'après-guerre dans le champ médical et la place qu'il pourra y occuper. Ainsi, à son collègue histologiste qui, placé au cabinet de Godart, s'inquiète de voir tous leurs « confrères en histologie » trouver « peu à peu des places en labo » alors que lui-même demeure assigné à une « besogne stupide » (le « gouvernement des infirmières », d'après Regaud), Regaud répond de manière rassurante²³³. Sans doute, la prise en charge des militaires atteints de cancer par le Service de santé a permis de créer trois centres et de les équiper en préparateurs, mais Regaud se fait fort, une fois la guerre finie, de « nettoyer les tranchées » de tous les farceurs qui auront pris les places.

« On crée, en effet, et on projette de multiplier des Groupements d'études (je pense, aussi et surtout, d'intérêts) qui ont comme points de ralliement le radium ou la lutte contre le cancer. L'importance de cela, au point de vue du S de S militaire, est extrêmement faible ; les cancéreux militaires, rares, ne sont évidemment qu'un prétexte [...]. Mais les hommes comme vous et moi seront rendus à leurs occupations normales et rentreront chez eux, ils auront leurs poches bourrées de grenades – arme efficace pour le nettoyage de tranchées. Faites et pensez comme moi, mon cher ami ! J'enregistre, et je réserve mes réactions. Mais redevenu civil, gare aux intrus et aux farceurs ! Je suis et resterai, pour mon poste en temps de paix, à Paris, de tous les facteurs nécessaire à l'indépendance. Je les emploierai à mon propre usage, et à celui de camarades comme vous, pour qui je n'ai qu'estime et amitié. Si nous sommes tous unis, on nous respectera. Donc prenez patience, et laissez le mauvais préparateur jouir de sa petite bonne fortune [...] ».

L'anticipation d'une autre guerre de tranchée, pour les postes et les budgets, s'impose à ceux qui ont du sacrifier leur carrière scientifique pour les fonctions plus administrative, éreintantes et peu satisfaisantes, que leur a imposé la guerre ;

« Si vous avez l'occasion de parler à M. Godart, dites lui ce que vous pensez, et que le gouvernement des infirmières n'est pas votre métier définitif. Mais restez. J'ai l'idée que notre carrière militaire prendra fin en 1918 : encore quelques mois à patienter. J'aurai comme vous des raisons de m'évader. Le gouvernement du Centre de recherches et d'instructions de Bouleuse me coûte beaucoup et ne me rapportera rien. Je ne suis pas

²³³ *Ibid.*, Lettre déjà citée de janvier 1918 ; accompagnée d'un brouillon de la réponse de Regaud.

fait pour gouverner, et j'ai assez de secouer les inerties inutilement. Je ne peux pas travailler pour moi. Depuis 1914, j'ai dû laisser, faute de temps pour lire et écrire, une riche moisson... que d'autres cueillent. C'est la guerre. Pensons à ceux qui sont morts, et jugeons nous, comme il est exact, très privilégiés »

On ne peut que spéculer sur le nom des adversaires visés par Regaud, lequel connaît bien et semble plutôt en accord avec les trois chefs de service des centres anti-cancéreux créés en 1917 (Bérard, lyonnais, est un ami ; il fréquente nécessairement Hartmann et Forgues). Il est indiscutable en tous cas que la Grande guerre en général, et l'expérience du Groupement en particulier, ont « grandi » Regaud. Dans ses engagements d'après guerre en faveur de la cancérologie, Regaud peut non seulement accéder à de nouveaux réseaux (ceux de Godart et de la Ligue contre le cancer), mais aussi s'appuyer sur les connaissances qu'il a acquises par l'exercice (au HOE), la supervision et l'organisation (au cabinet), enfin l'enseignement et la recherche (au Groupement) de la chirurgie et de la médecine de guerre, sans négliger les contacts intenses avec les médecins américains. Regaud fait partie de ceux qui fondent la cancérologie en repensant l'approche thérapeutique (collective et non plus individuelle) par l'alliance de la chirurgie avec les sciences fondamentales (biologie, radiologie), sinon l'inverse (la chirurgie n'a pas nécessairement la préséance) dans une logique nouvelle car indépendante de la faculté de médecine. La mobilisation a ainsi donné à Regaud les moyens d'exploiter pleinement la position potentiellement centrale qu'il avait obtenue dès 1913 en accédant à la direction du nouveau laboratoire de l'Institut du Radium. Au-delà de Regaud, on pourrait s'intéresser aux trajectoires de ses proches, dont plusieurs (Leriche, Policard, Lacassagne) semblent aussi avoir su tirer profit de leur mise en guerre.

Plus largement, la mise en guerre de la clinique, de la médecine sociale, des sciences médicales se présente finalement comme l'ouverture d'un espace d'opportunité en ce qu'elle offre à certains agents, qu'ils aient déjà partie liée à l'État avant la guerre ou non, la possibilité de mobiliser des ressources étatiques démultipliées. L'étatisation du champ médical provoquée par la mobilisation a pour corollaire la mise en concurrence de ses composantes pour la captation du capital d'État, ce qui modifie les luttes au sein de ces différents espaces. En ce sens, la mise en guerre du champ médical se traduit par des luttes pour un capital dont la valeur s'accroît en période de guerre et par une transformation, à court et à long terme, de l'espace des pratiques.

Quant à la question majeure de la transformation du champ médical par la Grande guerre, elle ne peut être tranchée de manière définitive avec nos sources. Mais elle apparaît évidente aux yeux de Regaud. La préface des *Leçons de chirurgie de guerre* le dit bien : la guerre a bouleversé non seulement les manières de faire (« l'organisation et les méthodes »), mais aussi les disciplines, favorisant certaines spécialités (chirurgie, radiologie, en particulier), tout en rendant leur diffusion (l'un des enjeux de Bouleuse)

d'autant plus difficile que les circuits et processus ordinaires de diffusion des connaissances dans le champ sont perturbés, désorganisés. Pour autant, le temps court de la guerre et, celui de l'expérience GSCS en particulier, permet que circulent et se diffusent des idées, des pratiques et des modèles fort peu usités ou inédits.

En organisant des formes de synergies entre un enseignement en milieu hospitalier (« Centre d'instruction ») et une recherche médicale alimentée par des spécialités encore étrangères à la culture des cliniciens mais en plein essor dans les laboratoires de l'intérieur (bactériologie et/ou microbiologie, histologie et radiobiologie : « un centre de recherche, par la collaboration de chirurgiens et de biologistes qualifiés, et un hôpital de démonstration »²³⁴), le Groupement inaugure à Bouleuse et Épernay un modèle hospitalo-centré inédit. La mise en guerre du champ médical permet en cela d'expérimenter des architectures institutionnelles et disciplinaires que le champ médical n'avait pas encore rendu possibles, comme si la médecine sociale, qui fonde la conception médicale du Service de santé militaire, avait abrité le rapprochement de la médecine clinique, dominante, et de la médecine biologique, encore émergente. Regaud du moins le conçoit ainsi : peut-être le Groupement, vaincu par les circonstances de guerre, a-t-il ouvert une « ère nouvelle [...] pour la recherche coordonnée et l'enseignement en chirurgie et médecine de guerre », et au-delà de la guerre, de la chirurgie et de la médecine en général.

²³⁴ Regaud A1 a 3.2. Préface - Préface ...septembre 18.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail visait à rendre compte de l'émergence, pendant la Grande Guerre, d'un nouveau régime d'administration des blessés et malades militaires, à restituer les conditions de possibilité, les logiques sociales et les limites pratiques de sa production. L'entreprise supposait donc de dire d'abord ce qu'était ce premier régime d'administration qui ne résista pas à l'évènement 14-18. Elle nécessitait ensuite d'expliquer comment ce « moment critique » avait pu être le lieu d'une transformation, incertaine, inachevée et par certains côtés temporaire, du gouvernement des corps blessés sous l'uniforme.

Médicalisation et politisation de la santé militaire

Dans un premier temps, l'enquête a mis en évidence le rôle des élites médicales intervenant aux armées dans la genèse de la logique de santé publique moderne. Elle a ensuite montré qu'il y avait loin de ces transformations cognitives et des premières expérimentations (de vaccine par exemple) à la mise en œuvre d'une politique de santé. Si elle est en partie née dans l'armée à la fin du XVIII^e siècle, la logique préservatrice ne s'y impose en effet que partiellement quand, à partir des années 1870, s'estompent (sans disparaître) les trois grands points de véto auxquels ses promoteurs se heurtent (pouvoir de l'intendance, domination de la clinique et suprématie de la chirurgie).

La recomposition de l'ordre politique (autonomisation du champ politique et démocratisation) et militaire (réforme de l'armée de construction d'une armée de « soldats-citoyens») qui suit la défaite de 1870 et la Commune, ouvre un espace d'opportunités politiques aux promoteurs de l'hygiénisation et de la médicalisation de l'armée. Ces derniers œuvrent pour faire de l'institution militaire une école de l'hygiène

tandis qu'une partie de l'élite du SSM s'efforce d'élaborer une médecine scientifique des épidémies qui esquisse un rapprochement entre la clinique dominante et la médecine biologique naissante. Alimentées par ce projet de médecine des grands nombres, les revendications d'autonomie du SSM, qui sont indissociables des ambitions scientifiques qu'elle nourrit, trouvent alors des relais dans l'armée et dans le champ politique. La prise en charge des problématiques de santé militaire dans l'arène parlementaire débouchent sur une victoire politique pour le corps de santé qui obtient l'autonomie revendiquée depuis plusieurs décennies (1882 et 1889). Mais la politisation des questions de santé militaire ne s'arrête pas une fois l'autonomie obtenue. Dans les années 1890-1900, la santé des troupes est devenue un enjeu de luttes dans le champ politique et une ressource pour dénoncer, contester les expéditions coloniales (Madagascar, la Tunisie, le Maroc), les nouvelles lois de recrutement (1905 et 1913) ou le pouvoir du commandement militaire. Elle fait l'objet d'usages politiques multiples qui alimentent la lutte entre médecins et commandement pour le gouvernement des corps sous l'uniforme.

L'analyse du fonctionnement et des logiques du régime d'administration des infirmités militaires issu de la loi sur les pensions d'avril 1831 confirme cette première analyse. Produite d'abord pour et par les officiers, la politique des pensions militaires n'est pas une politique de lutte contre la vulnérabilité sociale que produit l'institution lorsqu'elle enrôle des hommes jugés bons pour le service et qu'elle les libère diminués. La pension est une protection sociale statutaire, un régime spécial avant l'heure qui a d'abord pour fonction d'empêcher le déclassement des officiers devenu inaptes. Elle en est un mécanisme de reproduction et d'entretien de l'ordre social et militaire qui articule concession d'un droit étroitement conditionné pour une minorité et distribution des grâces (secours et gratifications) pour les autres. Et la construction d'une armée nationale, comme la politique de républicanisation de l'armée, ne bouleversent pas l'économie du dispositif. Alors qu'avec la généralisation du recrutement (lois de 1872 et 1889) il devient de plus en plus compliqué pour les enfants des classes dominantes d'éviter la caserne, la grande majorité des hommes qui quittent l'armée ou le service des suites d'une blessure ou d'une maladie relèvent d'une politique des secours et n'ont aucun droit. Loin d'une démocratisation du régime des pensions, c'est une bureaucratisation des faveurs qui s'opère sous la III^e République.

Dans les deux cas, les années 1890-1900 sont décisives : la santé des troupes et la vulnérabilité sociale des blessés et malades militaires y sont à la fois objectivées médicalement et politisées. Des médecins, juristes, publicistes, politiques et hauts fonctionnaires, majoritairement liés aux réseaux hygiénistes et/ou réformateurs, contestent le monopole de l'institution militaire sur le corps des hommes en armes. Pour ces agents, la construction d'une armée nationale fondée sur la généralisation de la

conscriptio impose une autre gestion, plus scientifique et moins disciplinaire, des « populations » militaires (envisagées comme un « capital humain » à préserver et entretenir) et la construction d'une véritable citoyenneté sociale sous l'uniforme. Mais dans les champs politique, bureaucratique et militaire, réformateurs sociaux et hygiénistes sont loin d'être en position de force. Ils se heurtent aux deux ministères les plus puissants : celui des Finances, qui refuse une loi de réparation qui imposerait à l'État de payer les « pots cassés » pour l'Armée, celui de la Guerre qui n'entend pas laisser primer la raison médicale sur celle de l'état-major. Les ressources mobilisées alors contre la mainmise du commandement sur le gouvernement des corps ne suffisent guère à transformer les pratiques d'une institution disciplinaire qui continue d'utiliser le troupière comme un matériau consommable à discrétion. En dépit de transformations bien réelles qui s'opèrent à partir des années 1880-1890, l'administration de la troupe dans l'armée - ce que fait l'institution militaire et non ce qu'elle prétend faire - demeure très éloigné de la rationalité préservatrice et du mythe du soldat-citoyen portés par les réformateurs civils et militaires. En août 1914, le troupière reste pour le commandement, qui prépare « une guerre à coups d'hommes », une ressource (et non un capital) que, dans la perspective d'une guerre courte, rien n'invite à préserver. Quant aux agents qui voulaient « faire une [18]98 des militaires », ils ont échoué, quelques semaines avant la guerre, à faire advenir la réforme et lorsque le pays entre en guerre, l'armée n'est pas comptable de sa gestion des hommes, elle peut consommer sans compter.

Deux conclusions complémentaires peuvent être dégagées de ces analyses. Il apparaît d'abord que la mise en problème de la situation faites aux blessés et malades militaires, quels que soient les registres de légitimation mobilisés (coûts des pertes pour l'armée, morale humanitaire, menace démographique, respect de la citoyenneté), relève bien d'un rapport de force entre différents groupes d'agents qui luttent pour imposer une représentation du monde conforme à l'ordre social qu'ils défendent ou appellent de leurs vœux. En l'espèce, le clivage oppose, en schématisant, les partisans de la raison d'État pour lesquels l'ordre disciplinaire de l'armée ne doit souffrir aucune remise en cause à ceux pour qui l'État, même dans ses missions les plus régaliennes, ne peut pas tout. L'émergence d'un nouveau régime d'administration des blessés et malades militaires pendant la Grande Guerre ne peut donc pas être réduit aux seuls effets de l'évènement, elle s'inscrit à l'évidence dans une histoire plus longue. Elle est moins une rupture que l'aboutissement, imprévu et imprévisible (un possible advenu), d'un processus de transformation des modalités historiques de la domination (militaire) engagé bien avant la Grande Guerre mais qui trouve dans le conflit les conditions de sa réalisation. En prendre acte suppose alors de dire comment l'évènement « 14-18 » l'a rendu possible.

De la médecine de guerre à la médecine en guerre

La séquence 14-18 est un moment singulier en ce qu'elle est d'abord un temps d'exception. L'état de siège est décrété, le parlement cesse de siéger et dans les départements de la zone des armées, le GQG de Joffre dispose des pleins pouvoirs. Alors que tout concourt à la dépolitisation des enjeux de santé (à la dépolitisation tout court), la situation des blessés et malades militaires est très rapidement constituée en problème dans l'espace médiatique et la direction du service de santé militaire est « mise en scandale ». L'enquête a mis en lumière la dynamique de ce scandale et montré que celui-ci était le produit de la déssectorisation partielle du monde militaire qui s'opère avec l'incorporation massive de civils dans les cadres de l'armée.

Mais la séquence 14-18 est aussi et surtout un moment singulier pendant lequel le fonctionnement social ordinaire du champ médical est suspendu par la mise en guerre de ses agents, un moment où le monde militaire et le monde médical se télescopent. Gravitant sur des orbites distinctes et ne se recoupant qu'en leurs marges (la médecine militaire) ces deux espaces sociaux en large partie étrangers l'un à l'autre se rencontrent à partir de l'été 14 quand 8 à 9 000 médecins (bientôt le double), chirurgiens, chefs de cliniques ou de laboratoires, internes et externes, libéraux ou hygiénistes sont incorporés dans ce qui devient la plus grande administration sanitaire de l'histoire du pays. Cette rencontre met ainsi en rapport des agents aux propriétés très différentes, porteurs de rationalités, de logiques d'action, de pratiques et de catégories d'entendement du monde fortement hétérogènes et souvent concurrentes. Placés en position de subalternes dans un corps de santé où prime une logique bureaucratique, jeunes patrons de la médecine universitaire, agrégés et internes, hospitaliers, chercheurs (fondamentalistes), vivent une expérience malheureuse de désajustement et de désœuvrement. Une partie de ces élites médicales mobilise alors ses réseaux institutionnels et politiques et appelle à une « réforme globale » de l'organisation sanitaire. Deux fractions du champ (hospitaliers et universitaires, et hygiénistes) sont alors engagées dans la production de programmes de réforme en partie concurrents mais qui ont en commun d'appeler à une « remise en ordre » de la médecine de guerre, c'est-à-dire à son alignement relatif sur les règles de la pratique en vigueur dans le champ médical. Cette normalisation de la médecine de guerre, cette « académisation » qui vise à la restauration des normes et hiérarchies ordinaires du champ apparaît alors à la fois comme un moteur, un enjeu de la réforme et, pour ceux qui la promeuvent, une condition de son succès. De ce point de vue, l'accès au pouvoir des réformateurs en juillet 1915, incarné par la création d'un sous-secrétariat au service de santé dirigé par Justin Godart, s'explique moins par la « prise de conscience » de la situation objective des blessés et malades ou par les mobilisations des premières associations de blessés (qu'il faudrait désamorcer) que par l'entrée dans le jeu des élites

hospitalo-universitaires et des parlementaire à partir de janvier 1915. Elle procède en effet d'un réaménagement des relations entre différentes fractions de l'élite composant le champ du pouvoir (élites politiques, militaires, médicales), d'une reconfiguration de l'espace de production de la santé en guerre. Mais la dynamique sociale de la réforme ne porte pas qu'une remise en ordre du champ, elle est aussi le produit et le véhicule d'une transformation de ce dernier.

Le champ médical en ses métamorphoses

En suivant au plus près l'expérience de « l'inspection médicale » des usines de guerre ou du Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques pour saisir les logiques sociales et les limites pratiques de l'entreprise réformatrice, l'enquête a mis en évidence certains nombre de ses « effets retours » dans le champ. L'inspection des usines de guerre a par exemple contribué à faire de la maladie professionnelle, de l'intoxication notamment, un objet de recherche légitime dans l'espace clinique. Elle a permis que se réalise pour la première fois à grande échelle l'articulation entre « hygiène des ateliers » et « toxicologie ». Mais l'institution de cette démarche plus spécialisée, fondée sur des savoirs cliniques et expérimentaux liant analyse toxicologique et expertise des modes de fabrication, a aussi favorisé la captation de la problématique santé au travail par la médecine légale universitaire. Et ce déplacement qui s'est institutionnalisé est une particularité française : dans tous les pays voisins, c'est l'hygiène industrielle qui prend en charge ces problématiques.

Le cas du GSCS, dont on considère souvent qu'il « préfigure » le futur hôpital moderne, est exemplaire des mutations qui interviennent dans le champ médical entre 1914 et 1918. C'est moins cependant l'articulation entre soins, recherches et enseignements qui est décisive (le second volet peine à exister) que la synergie des compétences et savoir-faire techniques que le groupement met en œuvre par l'association systématique du laboratoire à la clinique médicale et chirurgicale. Le titre a lui seul en dit long « *groupement des services* » et « *scientifiques* » : les spécialités et les sciences. Or c'est précisément en cela que la guerre change la donne, notamment en chirurgie où toute la chirurgie osseuse, nerveuse, viscérale se trouve requalifiée, à des degrés différents, par la bactériologie, la radiographie, la sérothérapie et « l'anesthésiologie » naissante. Ce qui se construit à Bouleuse (et ailleurs), c'est une médecine d'équipes qui, sans niveler les compétences, les associe à tous les niveaux (du diagnostic au suivi) en s'appuyant pour beaucoup sur des spécialités émergentes qui gagnent alors en légitimité. C'est très net pour la radiologie dont l'usage est encore largement contesté en chirurgie en 1914. C'est tout aussi évident pour la bactériologie dont l'institutionnalisation est plus avancée en

1914 mais que la guerre contribue à consacrer au plan institutionnel ; la faculté en reconnaît l'importance en créant en 1919 la première chaire.

Plus largement, les réformes et expériences menées pendant la guerre concourent à transformer le praticien en technicien du soin et en chef d'équipe (médico-scientifique), ce qu'il est encore loin d'être en 1914. Corollaire de ces transformations, il n'est plus possible/souhaitable d'exercer sans disposer de personnels subalternes bien formés et efficaces. De ce point de vue, le GSCS est à la fois un condensé et un avant-poste de ce que porte tout au long de la guerre l'équipe du SSESSM. La séquence 14-18 a été, pour ceux qui ont réussi à capter du capital d'État (comme Carrel à Compiègne dont je n'ai pas parlé mais qui construit lui aussi un « hôpital modèle »), un espace d'opportunités. L'étatisation du champ a contribué à transformer les manières de faire de la médecine, à faire émerger de nouveaux domaines de spécialités, à renforcer les dynamiques de spécialisation existantes tandis que d'autres (la mécano-thérapie) disparaissaient.

La thèse, qui d'une certaine manière est aussi un développement sur l'étatisation en situation de guerre, a montré comment l'État (l'armée) a massivement capté les ressources du champ médical (les personnels d'abord) et comment les agents qui le peuplent se sont en retour saisis des ressources que leur procurait l'État ce qui leur a permis d'expérimenter des architectures institutionnelles et disciplinaires que la structure du champ (notamment le pouvoir du pôle clinique) n'avait pas rendu possible avant 1914. La mise en guerre de la clinique, de la médecine sociale, des sciences médicales - l'étatisation du champ médical - a provoqué la mise en concurrence de ses composantes pour la captation du capital d'État dont la valeur s'accroît en période de guerre, elle a modifié les luttes internes au champ et transformé, à court terme au moins, les relations entre ces trois espaces des pratiques. Qu'en reste-t-il après la guerre ?

Peu de choses si l'on suit Patrice Pinell ou Vincent Viet. Certes, pour le premier « *la guerre impose une autre façon de faire de la médecine*¹ » quand le second note que le travail réalisé au sous-secrétariat d'état a contribué à la formation d'un véritable « *modèle de recherche/innovation médicale*² » inédit. Mais tous deux nuancent fortement l'idée d'une recomposition du champ médical par la guerre. Le retour à la paix et la fin de l'expérience militaire de la médecine se traduisent en effet par une reprise en main des libéraux et un désinvestissement de l'État, autre manière de dire que les configurations expérimentées pendant le conflit, celles qui ont permis le rapprochement de la clinique dominante et de la médecine biologique, disparaissent. Pour Patrice Pinell, le principal, sinon le seul changement d'importance lié à la guerre c'est l'articulation inédite qu'elle

¹ P. Pinell, *Naissance d'un fléau. op. cit.*, p.121.

² V. Viet, *La Santé en guerre, op. cit.*, p.563-565.

autorise entre philanthropie et médecine expérimentale, articulation décisive dans l'histoire des centres anticancéreux qui restent :

« un lieu où se perpétue la conception d'une "médecine de guerre", alors qu'avec le retour à la paix, le champ médical revient progressivement à des rapports sociaux de plus en plus semblables à ce qu'ils étaient avant la guerre³».

Le retour à la paix, parce qu'il est un retour à l'ordre libéral et clinicien du champ aurait donc démonétisé le capital d'État et remis à leur place les non-cliniciens (comme Regaud) dont les savoirs et savoir-faire avaient contribué à transformer la clinique.

À l'heure où les commémorations de l'armistice approchent et où la problématique des sorties ou retours de guerre s'impose sur l'agenda des chercheurs⁴, c'est une belle question que celle de la transformation (ou non) par la guerre des trajectoires professionnelles et académiques. Ils sont sans doute peu nombreux à avoir quitté l'uniforme grandi par l'expérience comme Regaud et à avoir connu avec la guerre une trajectoire sociale ascendante. Mais la question à vrai dire n'a jamais été posée. On pourrait commencer par tenter d'y répondre en reconstituant les trajectoires des hommes qui ont été liés au sous-secrétariat et notamment ceux appartenant aux réseaux lyonnais mobilisés par et autour de Godart et Regaud.

Mais on pourrait procéder différemment, en s'éloignant des élites cliniques et en s'intéressant aux centaines de médecins qui intègrent les commissions et services d'expertise des blessés et malades de guerre qui, à partir de 1916, s'autonomisent progressivement du ministère de la guerre pour intégrer celui des pensions. On pourrait alors voir si comme le laisse à penser l'annuaire de l'administration centrale des pensions⁵, le retour à la paix se traduit aussi par le reclassement massif dans la nouvelle administration des pensions des médecins-experts ayant officié pendant la guerre. Ce serait également une manière de comprendre qui sont les hommes qui, de la Commission Consultative Médicale (organe de la direction du contentieux) aux centres spéciaux de réforme, font l'expertise et disent qui est invalide et qui ne l'est pas. L'entreprise permettrait ainsi d'opérer un retour sur la fabrique des ayants droit et partant, de réexaminer la question des rapports entre guerre et intensification des liens à distance, de voir si le retour de guerre, en transformant le paysan lozérien ou breton (blessés ou malades) en ayant droit, est comme on peut le penser le lieu d'une « colonisation du monde vécu » largement inédite.

³ P. Pinell, *Naissance d'un fléau. op. cit.*, p.131.

⁴ Voir par exemple et parmi d'autres l'appel à communication pour le colloque « Les retours de guerre » (Guerre 14-18), organisé les 13-14 juin 2019 à Sciences Po-Lille.

⁵ Ministère de la guerre, *Annuaire de l'administration centrale des Pensions*, Paris, Imprimerie Nationale, 1922.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

I Archives

I.1 Guides des sources

SHD

Agnès Chablat-beyot, Amable Sablon du Corail, Guide des sources conservées par le Service Historique de la Défense relative à la Première Guerre Mondiale, Vincennes, Novembre 2008, p.5.

Michaël Chevrey, François Folscheid, Hélène Guillot, Emmanuel Pénicaud, Archives de la Défenses, Ministère de la Guerre, Archives rapatriées de Moscou, Direction du Contentieux, de la Justice militaire et de la gendarmerie 1877-1914. Sous-série 9NN10 répertoire numérique détaillé, Service Historique de la Défense, Centre historique des archives, Vincennes, 2015. Archives des Pensions (Caen).

Frédéric Queguineur, Archives de la Défenses, Ministère de la Guerre, Archives rapatriées de Moscou, Direction du service de santé Répertoire numérique détaillé, Sous-série 9 NN ; Récolée depuis devenue GR 9 NN 7.

Archives des Pensions : J'ai eu accès à un « pré-inventaire » intitulé « Analyse d'un échantillon des dossiers de pensions d'invalidité de la Direction des pensions collectés par le Centre Historique des archives - Synthèse des débats en cours sur le sort final de ces dossiers et propositions de critères de sélection ». Réalisé en novembre 2012 par Arnaud de Castelbajac, alors élève-conservateur de l'Institut National du Patrimoine, c'est un document de travail interne du SHD, qui n'est pas librement consultable. Ces archives ne sont toujours pas accessibles à ma connaissance.

AN

Bertrand Joly, Christèle Noulet, Annie Poinot, Sous-série F/7 Police (1789-1985), État numérique, Paris, Centre Historique des Archives Nationales, 2006.

Autres Fonds

Anaïs Massiot, Natalie Pigéard-Micault, « Le fonds Hôpitaux d'Origine d'Étape de Bouleuse, Prouilly et Épernay (1917-1918) », *Histoire des sciences médicales*, 47(3), 2013, p. 355-362.

BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II. Florence Callu et Marie-Odille Germain (dir.), *Correspondance de Maurice Barrès. Inventaire des lettres reçues 1874-1923*, Paris, éd. Bibliothèque Nationale, 1992.

Éloïse Perroud, Sophie Dikoff (dir.), *Fonds Moderne de la Faculté de Médecine – Administration générale (1794-1981)*, Répertoire numérique sommaire, Montpellier 2009.

1.2 Centre de documentation du Musée du Service de santé des armées du Val-de-Grâce, Archives de la direction du service de santé militaire (CDM/VdG/ADSSM)

CDM/Val-de-Grâce/ADSS/A 265 : « Avis de la section technique du Service de Santé sur l'avant-projet de loi appliquant aux militaires et marins diverses dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail », 2 p.

CDM/Val-de-Grâce/ADSSM, carton 266, dossiers: « Coupures de presse » ; septembre-décembre 1914.

CDM/Val-de-Grâce/ADSS/carton n°247 : « Pensions de guerre ». Pierre Massé, Rapport fait au nom de la commission des pensions civiles et militaires chargée d'examiner le projet de loi et les diverses propositions de loi sur Les Pensions des armées de terres et mer. JORF, Documents parlementaires, Annexe au PV de la séance du 21 juillet 1916, p.43. Archives du Musée du Val-de-Grâce (AMVG), Version annotée de la main du MIG Simonin, en charge des questions d'expertise médico-militaires.

CDM/Val-de-Grâce/ADSS/carton n°574 : MM. Doizy, Guiraud, Legros, Merlin, Navarre, Pottevin, Rapport général fait au nom de la commission d'hygiène, mai 1915.

1.3 Service Historique de la Défense

1.3.1 Service Historique de la défense, section Terre (SHDT)

Sous-série 5Ye « dossiers d'officiers 1848-1926 ».

SHD/6N14/ Pièce sans titre et non numérotée signée Troussaint. 12 septembre 1914.

SHD/ 6N14/ 7^e Direction Service de Santé - Cabinet du Directeur - Mobilisation / Note 9 315 C/7 pour l'État-major de l'Armée (4^e bureau). Bordeaux, le 26 septembre 1914.

SHD/6 N 14/ MG – 7^e direction du Service de Santé – Cabinet du directeur - Dossier sur l'hospitalisation sur le territoire national – *Situation numériques récapitulatives des malades et blessés* – « Compte-rendu récapitulatif de la situation sanitaire dans les armées. Période du 2 août au 31 décembre », 23 avril 1915.

SHD/6N14/ « Circulaires de la 7^e direction (septembre 1914-Juin 1915) », dépêche n° 10.055 C/7 21 mars 1915 et instruction n°10 548 C/7 du 25 mars 1915.

SHD/6N14/dépêche n° 14 494 C/7 du 25 avril 1915.

SHD/GR6N 22, Rapports de missions des médecins chargés d'enquêter aux armées ou dans la zone de l'Intérieur « Rapport de Mission » Roux, Laveran, Vaillard, 26 novembre 1914, 7 p. Sauf mention contraire, toutes les citations qui suivent sont extraites de ce rapport.

SHD /GR10N 63, État du personnel employé dans les établissements du service des Poudres (juillet 1916).

1.3.2 Centre des archives de l'Armement et du personnel civil (CAAPC-Châtellerauld) Sous-séries 2H2 Archives de la MAC, 2H3 MAT, 2G2 Bergerac, 3H10 Tarbes

SHD/AA 232 2H2 1 710 – IPFA au colonel directeur de la MAC – Dépêche du 25 octobre 1898.

SHD/AA 232 2H2 2 474 – 9^e Corps d'armée – MAC – Renseignements demandés au sujet de l'assistance médicale des ouvriers civils des établissements de l'artillerie, « Lettre collective du 22 août 1895 ».

SHD/AA 232 2H2 2 474 – Dépêche 201 – Le ministre de la Guerre à Monsieur le Général commandant le IX^e Corps d'armée, 4 septembre 1897.

SHD/AA 232 2H2 2474. MAC - Rapport médical annuel pour l'année 1900 – Docteurs Maillard, Dérouau et Brun.

SHD/AA 232 2H2 2 475 – Dépêche du Général Zurlinden, Ministre de la Guerre, 22 août 1895.

SHD/AA 232 2H2 2475 – 9^e Corps d'armée – Place de Châtelleraut – Rapport de la commission chargée d'examiner les conditions dans lesquelles pourra être assuré le service médical du personnel civil de la MAC, 21 septembre 1897.

SHD/AA 232 2H2 2475 – Ministère de la Guerre, IPFA, MAC, *Convention pour l'exécution du Service Médical*, 23 septembre 1900.

SHD/AA 232 2H2 2475, Tableau indiquant les frais de maladies des ouvriers et employés des Établissements constructeurs de l'Artillerie ressortissant de l'Inspection Permanentes des Fabrications de l'Artillerie pendant l'année 1906.

SHD/AA 232 2H2 2475 – MAC - Lieutenant Directeur Franiatte – Note sommaire sur l'organisation et le fonctionnement du service médical du personnel civil de l'établissement, 8 mars 1913.

SHD/AA 232 2H2 2475 – Dépêche n° 3.7000/5 – Au sujet de l'exécution du service médical, Général Lagrange, Inspecteur Permanent des Fabrications d'Artillerie au directeur de la MAC, 8 juin 1914.

1.4 Archives Nationales (AN)

1.4.1 Sous-série F/7 Police (1789-1985), F/7/12936 à 12939. « Guerre de 1914-1918 » Rapports des préfets et des commissaires de police.

AN/F7/12 936/Dossier 26 "Loire" - Commissaire Spécial de la gare de Saint-Etienne à la DGS, Rapport n°1 387, 23 août 1914.

AN/F7/12 936/ Dossier 19 - Commissaire Spécial des chemins de fer, du port et de l'émigration de Bordeaux à la DSG, Rapport n°2116 du 27 août 1914.

AN/F7/12 936/Préfecture de Charente Inférieure – Rapport journalier du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG), La Rochelle, 28 août 1914 et Préfecture de Charente - Rapports journaliers du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG) Angoulême, 24, 25, 27, 28 août 1914. Les passages soulignés sont de mon fait.

AN/F7/12 937/Préfecture de l'Ariège – Rapport journalier du Préfet au Ministre de l'Intérieur (DSG), Foix, 28 août 1914.

AN/F7/12 936/Rapport n°2129 du 29 août 1914.

AN/F7/12 936/Rapport n°2126 [sic] du 30 août 1914

AN/F7/12 936/ Dossier 44 : Ministère de la Guerre – Cabinet du Ministre. Note (776) pour la 7^e direction de la Guerre, Paris, le 31 août 1914.

AN/F7/I2 936/ Dossier 4, Préfecture des Bouches-du-Rhône – Cabinet du préfet – Direction de la Sûreté Générale – Mr le préfet à Mr Le Ministre de l'Intérieur – Marseille le 8 septembre 1914.

1.4.2 **Sous-série F/22 « Travail et sécurité sociale (1852-1951) » - F/22/530 à 542**
« Guerre de 14-18 : usines de guerre, placement des mutilés de guerre, transformation des fabriques de guerre en fabrique de paix, lutte contre le chômage. 1914-1919 ».

F22/532 – Lettre n°2816/A, Lieutenant-colonel Appert, directeur de l'École centrale de Pyrotechnie de Bourges au MAFG. Objet : Service médical. 28 juillet 1917.

F22/532 – SSESSM – « Note pour le MAFG » (n° 32 829 C/7) du 16 août 1917.

F22/532 – Brouillon de dépêche ministérielle non numérotée, 15 septembre 1917 (annotation manuscrite).

F22/532 - MAFG – DMO - 5^e Section - Arrêté du 28 octobre 1917.

F22/532 – MAFG au Sous-Lieutenant Chatard, dépêche 10 502 3/0 du 3 décembre 1917.

F22/532 - Contrôle régional de la main-d'œuvre de Lyon - Secteur de Nevers - courrier LG 3 192 du 8 décembre 1917.

F22/532 - MAFG – DMO - 5^e Section - Dépêche 8473-5/0 – Décision du MAFG – 29 décembre 1917.

F22/532 - MAFG – DMO - 5^e Section - Dépêche 11 493 4/0 du 24 mars 1918.

F22/532 - Dépêche 12583 4/0 Contrôleur Général de l'administration de l'armée Bossut à Mr le Dr Etienne Martin, "chef de mission". 4 mai 1918.

F 22/533 –MAFG – DMO 4^e section –« Établissements constructeurs de l'Artillerie. Situation des personnels au 1^{er} novembre 1917 » et « Poudreries. Situation des personnels au 1^{er} novembre 1917 ».

F22/539 – Godart à Thomas– Lettre n° 19 053 3/7 du 9 décembre 1916.

F22/539 –Dr E. Martin, M. Frois, *Rapport Général sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs*, 15 fév. 1917, p. 37.

F22/539 – Circulaire 432 Ci/7 : « Hygiène de la main-d'œuvre coloniale et étrangère employée dans les usines de guerre », 20 février 1917. Signée Thomas et Godart. Circulaire 516 Ci/7 « Hygiène des ateliers », 25 mai 1917. Signée Godart et Painlevé (MAFG par intérim). Thomas est en voyage en Russie.

F22/539 – SSESM à MAFG – Dépêche ministérielle 9 625 3/7, 17 avril 1917.

F22/539 – SSESSM au SO – 5^e section - Bordereau d'envoi 8 631 3/7 – Simonin, « Projet de circulaire sur l'organisation du Service médical dans les usines de guerre », 7 avril 1917.

F22/539 – MAFG (Service ouvrier - 5^e section) et SSESSM (1^{ère} division technique) - Circulaire 516 Ci/7 du 25 mai 1917. Les éléments soulignés le sont par nos soins.

F22/539 - MAM 1^{ère} Cl. Defossez, Rapport d'inspection des Usines Schneider et Cie du Havre, d'Harfleur et du Hoc, 24 juin 1917.

F22/539 – Pièce 475 970 – Réponse d'A. Thomas à H. Doizy (député, Président de la Commission de l'hygiène publique), 14 juillet 1917.

F22/539 – Lettre n° 6.779 / D, Lieutenant-colonel Charpy, directeur de la MAS à la 5e section de la DMO, 29 août 1917.

F22/539 – Lettre de H. Doizy au MAFG, 22 octobre 1917.

F22/539 – Lettre 6 557 2/FG, MAFG à H. Doizy , 8 novembre 1917.

F22/539 : MAM Pillet, Rapport sur l'organisation médicale de l'Atelier de chargement de Rennes, II, État sanitaire du personnel et fonctionnement du Service médical, p. 2-3.

F22/540 - Courrier du Lieutenant Pouillot au chef de Cabinet du SSEAM - 17 octobre 1915.

F22/540 - Courrier manuscrit du Lieutenant Pouillot au chef de Cabinet du SSEAM - 17 octobre 1915. C'est une réponse à sa convocation.

F22/540 - MT - Direction du Travail - 2^e bureau - à Mr le SSEAM - Minutes (et brouillon) non datés mais antérieurs au 15 novembre 1915.

F22/540 - Courrier du Sous-secrétaire d'État de la guerre au MT. Reçu le 12 novembre 1915 par la Direction du travail - 2^e bureau - Pièce 5 392.

F22/540 - MT - Direction du travail - Circulaire Métin du 15 novembre 1915 (non numérotée) envoyée aux Inspecteurs divisionnaires.

1.4.3 Dossiers Légion d'honneur:

Tous les dossiers sont accessibles sur la base de données LÉONORE des Archives Nationales : [<http://www2.culture.gouv.fr/documentation/leonore/recherche.htm>]. Les dossiers sont très inégaux, certains sont très pauvres, d'autres très riches. C'est total une ressource très utile pour obtenir ou compléter des données biographiques essentiellement lorsqu'on travaille sur les classes dominantes.

LH/34/105 (André)

LH/139/34 (Baudens)

LH/476/69 (Champouillon)

LH/ 571/41 (Chenu)

LH/1160/39 (Godelier)

LH/1165/21(Godlscheider)

LH/1486/87 (Larrey)

LH/1506/99 (Laveran)

LH /1629 / 67 (Levy)

LH/1677/36 (Lustremann)

LH/1726/55 (Marchal)

LH/1953 19/ (Mounier)

LH/2184 /25 (Poggiale)

LH/628/51 (Crétin)

LH/945/42 (Boutillier du Retail)

LH/2212/70 (du Halgouet de Poulpiquet)

LH/2009/15 (Oberlé)

LH n°19800035/1393/60862 (Rossy)

LH/1/54 (Abaut)

LH/1795/78 (Mauclert).

LH/1568/27 (Lejailles)

LH/464/32 (Chabbert)

LH/727/18 (Demmler).

LH/1793/47 (Matignon)

LH/990/5 (Follenfant)

LH/2654/57 (Troussaint)

LH/1434/57 (Laffon de Ladébat).

LH n°19800035/456/61072 (Cazin)	LH n° 19800035/292/39265 (Delorme)
LH n° 19800035/1407/62704(Rembert)	LH/1874/50 (Mignot)
LH/2637/59 (Tuffier)	LH/586/3(Coppin)
LH/1414/44 (Labbé)	LH/2621/71 (Toussaint)
LH/1466/38 (Dieulafoye)	LH/2647/9 (Thiéry)
LH/1084/3 (Gassouin)	LH 19800035/1329/54032 (Dastre)
LH/2461/77(Sartiaux)	

1.5 Archives du Musée Curie – Fonds Privés – Regaud, Claudius

Le catalogue est en ligne sur Calames : <http://www.calames.abes.fr/pub/>.

AMC, Fonds privés, Claudius Regaud-Correspondance privée.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée/ C. Reg. 1915. Lettre de Francisque Regaud à Claudius 7 septembre 1915.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée/ C. Reg. 1915. Le Médecin-major de 1ère classe Regaud, Médecin-chef de l'hôpital d'évacuation n°21 – 1ère section, à Monsieur le Sous-Secrétaire d'état. 13 septembre 1915, Regaud.

AMC/FP/CR-Correspondance privée, / C. Reg. 1915. Ministère de la Guerre – Cabinet du Sous-secrétariat d'Etat à M. Médecin-chef de l'hôpital d'évacuation n°21. Lettre du 16 septembre 1915, Justin Godart.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée /C. Reg. 1917 / 1^{er} mars. Lettre de Paul Courmont.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 8 mars. Brouillon de Regaud.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée / C. Reg. 1917 / 7 mars. Lettre du radiologue Destot

AMC/FP/ CR-Correspondance privée/ C. Reg. 1917 / 4 Août. Santy.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée / C. Reg. 1918 / 18 janvier.

AMC/FP/ CR-Correspondance privée/ C. Reg. 1917 / Brouillon réponse à Marcihacy 30 août.

1.5.1 AMC, Claudius Regaud/Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. (GSCS).

La série compte 173 pièces, toutes numérotées et classées par ordre chronologique. La numérotation commence pièce 51 mais elle est discontinue, passant des pièces 210 à 1000, et des cotes manquent. Le classement est celui de Regaud lui-même.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 59 : brouillon du « Projet d'organisation des services chirurgicaux à l'HOE de Bouleuse ».

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS, P.103, copie d'un rapport au SSE au sujet de l'organisation et des premiers résultats du service de chirurgie nerveuse d'Épernay, au médecin-inspecteur Sieur, 22 août 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 200, Brouillon du compte-rendu « relatif à l'enseignement de perfectionnement fait à des médecins américains et français » rédigé le 30 janvier, transmis à Béchard le 9 février 1918.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que du GSCS. P. 206, Lettre de Regaud au Médecin-Inspecteur Rouget, 15 février 1918.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 1006, lettre de Regaud au Médecin-Inspecteur-Général Sieur, 21 mars 1918.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. P 106 : Regaud à la 2e section technique, 23 août 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P 105, lettre de Regaud à Justin Godart, 23 août 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P 54, demande du 6 juillet 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P 140, Proposition au sujet de l'organisation des laboratoires à Bouleuse, le 26 septembre 1917 (destinataire inconnu).

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du Groupement des services chirurgicaux et scientifiques. P 141 note à Justin Godart en date du 26 septembre 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. p. 103, copie d'un rapport au SSE au sujet de l'organisation et des premiers résultats du service de chirurgie nerveuse d'Épernay, au médecin-inspecteur Sieur, 22 août 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. p. 140, « Proposition au sujet de l'organisation des laboratoires à Bouleuse », le 26 septembre 1917, destinataire inconnu.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 182, Rapport à Justin Godart sur l'enseignement donné à Bouleuse aux médecins des corps de troupe, des groupes de brancardiers et des ambulances, décembre 1917 (demandé par le Sous-secrétaire d'État le 26 novembre.)

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 184, Lettre au ministre de la guerre, 18 décembre 1917. George Clémenceau occupe le poste de ministre de la guerre depuis le 16 novembre 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 64, lettre à Justin Godart, 15 juillet 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 78, Note pour le Service des évacuations et le Bureau des armées, au cabinet du SSE, 28 juillet 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 101, « Note du Médecin-inspecteur général Sieur, relative au fonctionnement du groupement des

services chirurgicaux et scientifiques de l'H.O.E. de Bouleuse et d'Épernay », 3 septembre 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 53 : lettre à Justin Godart, 5 juillet 1917. Début 1915, à l'hôpital temporaire n°21 de Compiègne, le chirurgien et biologiste Alexis Carrel et le chimiste Anglais Henry. D. Dakin mettent au point une nouvelle méthode de traitement anti-infectieux des blessures en créant une solution au pouvoir bactéricide avec laquelle ils irriguent les plaies.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 133 : demande faite à Béchard entre le 24 et 27 septembre 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 61 Brouillon de lettre à Godard, 13 juillet 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P1002 3 mars 1918.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P1014 18 mai 1918.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P. 87, Lettre au MM^rère cl. Uzac, chef du SS à la Direction de l'arrière, GQG. 5 août 1917.

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. P 57, sans date, mais entre le 5 et le 6 juillet.

1.5.2 AMC, Claudius Regaud/Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire

AMC/FP/CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire, dossier a 1.2 « Conférences et démonstrations pratiques relatives à la chirurgie de guerre – Juillet-Octobre 1917 », texte du discours d'inauguration du groupement prononcé. Non daté, mais prononcé avant le 9 Juillet 1917, puisque Regaud s'exprime au futur : « vous aurez, pendant vos quatre jours de séjour à l'HOE 8 conférences ».

AMC/CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire /A1a2.2 : Programmes de cours d'instruction fait aux chefs de laboratoires chirurgicaux de la (sic) «Us Army ».

AMC/FP/CR-HOE/C - Écrits en tant que directeur du GSCS. CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire./Leçon de chirurgie de guerre A1 a3.1 Correspondance avec l'éditeur et les auteurs. Institut du Radium – laboratoire de biologie. Lettre de Regaud à Joseph Reinach, 15 janvier 1919.

AMC/CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire /A1 a3.2 – Préface aux Leçons de chirurgie de guerre.

AMC/CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire /A1b2. 1: Brouillon : « au sujet de l'enseignement ... ».

AMC/CR-HOE/A Hôpital d'Origine d'Étape de Bouleuse / A1 Centre d'instruction médico-militaire / A1b2. 3: Compte-rendu et rapports d'activité Demande de rapport par J. Godart et notes rapides (au brouillon) de Regaud.

1.6 BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II.

BNF, Fonds Maurice Barrès, Correspondance reçue, NAF 28210 II. Séries « civils » et « soldats » (par « soldats » il faut en réalité entendre « militaires » et la ventilation des courriers dans ces deux catégories est très approximative) dossiers « Septembre » et « Octobre ». Je note « P. » les pièces numérotées et « orth » les orthographes incertaines.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 148 - Hineux – curé du diocèse de Rouen. 3^e section d'infirmiers militaire de l'hôpital d'évacuation n°34 -train sanitaire n°2a.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 132 – Louis Lachurie – Hôpital temporaire de Poitiers – non datée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P.103 Dr Rembert – Gonesse – 20 septembre 1914 / Pièce non numérotée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre » (sic), Pièce non numérotée – Jules Saffray - Nantes – 20 sept 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée - Etienne Michel, caporal à la 13e section d'infirmiers militaires – Clermont-Ferrand – 24 Sept 1914

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 237 - Montchanin - 24 sept 1914, non signée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 147 - Trousselle (orth.)- curé à Hondainville (Oise) -2e section d'infirmiers militaires – Nantes - 24 sept 1914

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 202 - signé un infirmier volontaire - l'hôpital complémentaire n°30 de Trouville – 29 sept 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce numérotée 190, Quimper, 30 septembre. Dr. C (l'auteur se présente comme « chirurgien à Paris » et « médecin aide-major chargé du service chirurgical de la région »)

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 263 - Jean Pivot – Infirmier militaire – non datée.

NAF 28210 II, série « civils », septembre, P. 88, non datée, Mademoiselle Talairache-Bolinx.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », P. 64 - Ribera Infirmier civil – oct 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », P. 141 – Forestier - soldat infirmier Hôpital 35 - la Bourboule - 1^{er} octobre 1914. Pièce non numérotée - (composée de 2 cartes postales) - Paul Verdiez (orth) - 5^e section d'infirmier militaire du 113e RI – St Dizier – 1^{er} oct 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », P. 332 - J.M Fussy - 8^e section d'infirmiers militaires - Dijon 2 octobre 1914

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », / Pièce non numérotée – non signée (l'auteur indique MAM) – 31 oct 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », P. 183, Dr Meulle (orthographe incertaine) se présente comme « médecin auxiliaire du 9^e groupe cyclistes », « médecin de premières lignes ».

NAF 28210 II, série « soldats », Pièce non numérotée - Etienne Vidal - Orléans, Hospice Temporaire n°42, 29 septembre 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », Pièce non numérotée—Tapuscrit intitulé « histoire d'une ambulance » – Signé « Dr Dornoy ». C'est un civil non mobilisé qui se présente comme le fondateur de la structure, mais son courrier est classé dans la série « soldats ».

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre », P.167, Lieutenant-adjoint Lapareille, Nevers –1 er octobre.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée – Chef de bataillon Sanglier – non datée.

NAF 28210 II, série « soldats », Pièce non numérotée. Jean Duart - Autun - 20 août 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P. 129. Le courrier porte la mention « réclamations de blessés » qui est rayée et remplacée par « plainte contre un médecin ».L'auteur indique qu'il s'exprime au nom de « 500 blessés de la Marne hospitalisés chez les petites sœurs des pauvres à St Pern » (Ile et Vilaine).

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre » - Pièce non numérotées – annotée « réclamation de blessés » et corrigé « plainte contre un médecin ». La lettre est datée du 26 octobre 1914 et signée « un groupe de blessés d'Orléans ».

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée – Louis Chesnay – aumônier d'ambulance – Verdun – 22 sept 1914.

NAF 28210 II, série « civils », Dossier « Septembre », P.159 – Duboc – 20 sept1914. série « soldats », Dossier « Octobre », Pièce non numérotée—Tapuscrit intitulé "histoire d'une ambulance – Signée du Dr Dornoy.

NAF 28210 II, série « civils », Dossier « Septembre », P.91 - Hilaire Vivarez (commissaire priseur) – 20 sept 1914 ; pièce 158, Danozzio (orthographe incertaine) – Asnière – 26 sept 1914.

NAF 28210 II, série « civils », Dossier « Septembre », P.40 : Lepois (orth) – 20 sept1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée, Lettre « d'une infirmière CR » transmise par une amie, 23 sept 14. (là aussi le courrier est classé « soldats »)

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P.259 (raturée) – « Blessés » - Extrait tapuscrit d'une lettre de l'infirmière bénévole Duvernoy transmise par son mari – Vic-sur-Cère - non datée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P.223 – Jules Derriey - 22 sept 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Octobre » - P. 236 – annotée « Rapport d'un soldat sur le service de santé à Lérrouville (Oise) – 16 oct 1914.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P.221 – Jonnet – non datée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », Pièce non numérotée, Lettre de Marie Jeanne Bertrancy –infirmière à l'Hôtel Dieu – 25 sept 1914.

NAF 28210 II, Série « civils », Dossier « Septembre », P.62 – Madame Guitton – non datée.

NAF 28210 II, série « soldats », Dossier « Septembre », P.108 - « sur les mauvais soins donnés aux malades » et au « feutre » l'auteur lui-même « Notes d'un témoin (copiées couché ; d'où tremblement de l'écriture) Train sanitaire ». Albert Houtin.

NAF 28210 II, Série « civils », dossier « septembre » - P.33 – Georges Janin – 20 sept 14.

NAF 28210 II, Série « civils », P.41 – non signée, non datée.

1.7 Autres Fonds Archives du Sénat

1.7.1 Archives du Sénat

Commission des Finances – Carton 14 S 43 : PV de l'audition de M. Alexandre Millerand (ministre de la guerre) et Toussaint (sic) (directeur du service de santé) sur le matériel militaire et sur l'organisation du service de santé.

1.7.2 Archives de la Faculté de médecine de Montpellier

Guerre de 1914-1918 1 MED 126 à 1 MED 133.

1 MED 128 : Personnel : personnel mobilisé : listes nominatives des membres du personnel par fonction décrets et lois, correspondance (1914-1919) : militaires et mutilés de guerre, œuvres et dons : bons, correspondance (1915-1917).

Dossier A3-37/10 : Guerre 1914-1918 Personnel – mobilisation du personnel enseignant (1914-1919).

1.7.3 Archives et manuscrits de la bibliothèque interuniversitaire de santé

Ms 2397-2401 Papiers scientifiques du Professeur Paul Brouardel (1837-1906)

- Ms 2397 « Notes, essais, cartes, croquis, correspondance (1872-1903) », Lettre d'Ernest Constans, 13 mai 1891.

- Lettre de Charles de Freycinet, 10 mai 1891.

- Lettre de Paul Brouardel à Ernest Constans, 14 mai 1891.

- Lettre de Charles de Freycinet, 6 août 1891.

1.7.4 Archives et manuscrits de la Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine,

Papiers d'Académiciens et de savants, Fonds Carrel (1873-1944) 12. Correspondance Dossier n° 978, Télégramme du Dr. Tuffier à Alexis Carrel, Paris, 1er décembre 1915.

2 Sources imprimées

2.1 Données biographiques

2.1.1 Annuaire

Ministère de la guerre, *Annuaire officiel de l'Armée française pour l'année*, Paris, Berger-Levrault & Cie, années 1884, 1895, 1903, 1905 et 1911.

Ministère de la Guerre, *Annuaire Officiel de l'Armée Française*, troupes métropolitaines et troupes coloniales pour 1914, Paris, Levrault-Berger, 1913

Croix-Rouge française, *Société Française de Secours aux Blessés Militaire - Annuaire 1911*, Paris, Imprimerie de Vaugirard, 1911.

2.1.2 Notices biographiques/nécrologiques

Alfred Lacroix, « *La Vie de Moreau de Jonnés* », *Journal de la société statistique de Paris*, t. 74, 1933, p. 143-160. [http://archive.numdam.org/item/JSFS_1933_74_143_0]

« Georges Edmond Paulet », *Journal de la société de statistique de Paris*, vol. 77, 1936, p. 110.

BIT, « Nécrologie – Marcel Frois », *Informations sociales*, Genève, BIT, vol.32, N°9, p 386-387.

« Le Professeur Etienne Martin », *Paris Médical : la semaine du clinicien*, Paris, J.-B. Baillière et fils, n°12, 1913, p. 243.

2.2 Lois, décrets, instructions, circulaires

2.2.1 Publications officielles ministère de Guerre

Ministère de la guerre, *Journal Militaire Officiel - Partie réglementaire*, Année 1885.

Ministère de la Guerre, Instruction relative au service des secours, 27 août 1886, dans Ministère de la guerre, *Journal Militaire Officiel - Partie réglementaire*, Année 1886.

« Instruction ministérielle modificative de celle du 27 août 1886 sur le service des secours », dans Ministère de la guerre, *Journal Militaire*, Paris, Librairie militaire L. Baudoïn et C^e, 101^e année, 1890, vol.2. , p. 95-96.

Circulaire portant instruction pour la rédaction des certificats médicaux en matière de pensions et de gratifications de réforme » dans Secrétariat d'État à la guerre, Ministère de la guerre, *Journal Militaire*, Paris, Librairie militaire R. Chapelot et C^e, 115^e année, n°21, 1904, p. 297-298.

Général Zurlinden, « Note ministérielle du 30 mars 1895 au sujet de la nécessité de l'initiative pour assurer le maintien de la santé des troupes ». Elle fait office d'avant-propos à l'« Instruction ministérielle sur l'hygiène des hommes de troupes », publiée le même jour. Voir *Journal Militaire*, 1^{er} semestre 1895, n°9.

Note du 15 avril 1899 et Instruction du 26 juin 1899. Ministère de la Guerre, *Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre*, Paris, Henri-Charles Lavauzelle, 1899, p 245 et 466.

Décret du 13 janvier 1899. *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, partie supplémentaire, 1^{er} semestre 1899.

Rapport au Président de la République française sur l'organisation de l'administration centrale de la guerre, 13 janvier 1899, *Bulletin officiel du ministère de la guerre*, partie réglementaire, 1^{er} semestre 1899.

2.2.2 Statistiques médico-militaires

Ministère de la guerre, *Compte rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1839*, Paris Imprimerie Royale, Février 1841.

Ministère de la Guerre, 7^e direction, Section Technique du Service de Santé, *Instruction pour l'exécution de la loi du 22 janvier 1851 portant création de la statistique médicale de l'armée*, 9 juin 1888, B.O. partie réglementaire, p.763.

Ministère de la Guerre, 7^e direction, STSS, *Instruction pour l'établissement de la statistique médicale de l'armée du 6 mars 1901*, 3^e édition, mise à jour jusqu'au 1^{er} septembre 1907, Paris, Henri Charles Lavauzelle, 1907.

Ministère de la Guerre, *Statistique Médicale de l'armée pendant l'année 1898*, « Rapport, partie XXXVII Retraites et réformes pour maladies, blessures ou infirmité », Paris, Imprimerie nationale, 1900, p 169.

Ministère de l'industrie des Postes et des télégraphes, *Office du travail, Statistique Générale de France, Annuaire Statistique*, tous les volumes de 1889 à 1914.

2.2.3 Législations civile et militaire : Recueils et commentaires

Marais de Beaucham Arthur, *Recueil des lois et règlements sur l'enseignement supérieur : comprenant les décisions de la jurisprudence et les avis des conseils de l'Instruction publique et du Conseil d'État*, Tome I (1789-1847. [ark:/12148/bpt6k5408860g].

Décret impérial du 15/10/1810 relatif aux Manufactures et Ateliers qui répandent une odeur insalubre incommode.[https://aida.ineris.fr/consultation_document/3377] (consulté le 04/04/2018).

Jean-Baptiste Duvergier, *Collection complète des lois, ordonnances, règlements, et avis du Conseil d'État* (1788-1824), vol.45, 1831, Paris.

J-B. Duverger, *Collection complète des lois et décrets, ordonnances et avis du Conseil d'État*, tome 32e, Paris, 1842.

J. B. Duverger, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'État*, Paris, 1850.

Louis Durat Lasalle, *Droit et législation des armées de terre et de mer*, t.8, Paris, 1848, op. cit.. p124.

Philippe-Antoine Merlin (1754-1838), *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence*. Édition 4, Tome 9, Paris, Garnery, 1812.

Louis Durat Lasalle, *Droit et législation des armées de terre et de mer : recueil méthodique complet des lois, décrets, ordonnances, règlements, instructions, etc., actuellement en vigueur...* Tome 8, Paris, 1842, p. XVI-XX.

Tardieu, *Traité théorique et pratique de la législation des pensions de retraite*, Paris, Paul Dumont, 1906.

Brugère René, *Le Conseil d'État: son personnel et ses formations, évolution, tendances*, Thèse de droit, Toulouse, impr. Toulousaine, 1910.

René Worms, « La juridiction du Conseil d'État et ses tendances actuelles », *Séances et travaux de l'Académie des sciences morales et politiques*, 1905, p. 655-656.

2.2.4 Conseil d'État

M. N. Panhard, M.P. Gérard, M.V. Quentin, M.V Margé, *Recueil des arrêts du Conseil d'État statuant au contentieux, des décisions du Tribunal des conflits et de la Cour des Comptes*, 2^e série, tomes 63 à 84, Paris, L. Larose & Frogel éd. Tous les volumes de 1893 à 1914. Lacune : tome 65, année 1895.

Les dossiers et minutes de décisions du Contentieux: sont cotés AL 1583 à 1594 pour la période 1893-1894 et AL/2422 à 2519 pour 1895- 1905 et ceux correspondant à la période 1906-1914, AL/4573 à 4674. Dans les deux premières séries les affaires sont classées par numéro de dossier et dans la troisième série par séquence chronologique d'environ 3 à 4 semaines.

2.3 Sources Parlementaires

2.3.1 Débats et Annexes

JORF du 28 janvier, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu de la séance du 27 janvier 1899 : « Discussion de l'interpellation de M. Poulain sur les traitements infligés à quelques un de nos soldats et les mauvais soins qui leur sont donnés », p.194-197.

JORF du 24 février 1900, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 29e séance du 23 février, p. 598-600.

JORF du 26 novembre 1902, Débats parlementaires -Sénat, compte-rendu in extenso de la Session extraordinaire du 25 novembre 1902, p.1161-1164.

JORF du 4 février 1903, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 15e séance du 3 février, p. 403-404.

JORF du 13 novembre 1903, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 15e séance du 12 novembre p. 2647-2670.

JORF du 17 novembre 1903, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 19e séance du 16 novembre p. 2705-2707.

JORF du 4 mars 1905, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 2e séance du 3 mars 1905, p.735-742. JORF, *Documents Parlementaires, Chambre des députés*, Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 3 mars 1905.

JORF du 6 mars, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in extenso de la séance du 5 mars 1905, p745-746. JORF, *Documents Parlementaires, Chambre des députés*, Annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 6 mars 1905, n° 2305.

JORF du 11 décembre 1906, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in extenso de la séance du 10 décembre, p. 3098-3099.

JORF du 12 décembre 1906, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 1e séance du 11décembre 1906.

JORF du 22 mars 1907, Débats parlementaires. Chambre des députés, 23 mars 1907, p. 794-795. JORF, Documents Parlementaires, Chambre des députés, annexe au procès-verbal de la 2e séance du 23 mars 1907.

JORF du 17 mars, Documents Parlementaires. Chambre des députés, neuvième législature, session de 1911. Annexe au procès-verbal de la 1ère séance du 16 mars 1911, n° 827, p.223-224.

JORF du 29 mars 1912, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 2e séance du 28 mars 1912, p.1008-1009.

JORF, Documents Parlementaires. Chambre des députés, Annexe au procès-verbal de la 1ère séance du 7 juin 1912, n°1963, dixième législature, session de 1912.

JORF, Documents Parlementaires. Débats à la Chambre, 28 juin 1912, discussion des chapitres 51 «Allocation aux militaires soutiens de familles et gratifications de réformes» et 52 – secours aux anciens militaires – du projet de loi portant fixation du budget général de l'exercice 1913, p. 1824.

JORF du 14 mars 1912, Débats parlementaires. Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la 72e séance du 13 mars p. 16.

JORF, Documents Parlementaires. Chambre des députés, neuvième législature, session de 1914. Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 31 mars 1914, n° 3847, p.1804-1808.

Rapport du 29 février 1912, adopté à la Chambre le 30 et transmis au Sénat en mai. Le texte final est adopté le 23 juin et la loi promulguée le 17 juillet, Tables analytique des Travaux du Sénat - 1912-1914, 2e partie, p.242.

JORF du 25 juin, Débats parlementaires. Chambre des députés, Léon Accambray, Chambre des députés, Compte-rendu in-extenso de la séance du 24 juin 1915, p. 936.

2.3.2 Rapports Parlementaire janvier 14-juillet 1915

« Rapport présenté au nom de la Commission consultative du service de santé par Mr. Joseph Reinach», Paris, 2 mars 1915, JORF, 10 mars 1915, p 1260-1268. Le rapport est d'abord envoyé à Millerand et Poincaré le 2 mars.

Paul Cazeneuve, Rapport fait un nom de la sous-commission sanitaire sur le ravitaillement en médicament, n°42, 8 juin 1915, 9 p.

Decker-David, Rapport fait à la Commission de l'armée sur l'évacuation et l'hospitalisation des blessés du Corps expéditionnaire d'Orient, n°47, 9 juillet 1915, 11 p.

Debierre, Rapport fait au nom de la sous-commission des questions sanitaires sur le service de santé (Personnels et matériels), n °37, adopté par la commission le 9 juillet 1915, 22 p.

Docteur Doyen, *Le service de santé de notre armée. Les réformes urgentes* – Observations présentées par le Dr Doyen le 7 juillet 1915 à la commission de l'Armée du Sénat (Service de Santé) et à la Commission d'hygiène publique de la Chambre des Députés, 2e éd., 1915.

2.4 Protection sociale militaire

2.4.1 Assistance militaire

Solard, *Histoire de l'Hôtel des Invalides*, 2 vol, Paris, éd. Ch. Groubental J. Dumaine, 1845.

Anne-Honoré-Olivier Riencourt, *Insuffisance des pensions accordées aux militaires blessés. Moyen de les augmenter sans accroître les charges*, 1872.

A.-H.-O.de Riencourt, *Les militaires blessés et invalides: leur histoire, leur situation en France et à l'étranger*, Paris, France, J. Dumaine, 1875.

A.-H.-O.de Riencourt, *Manuel des blessés et malades de la guerre, à l'usage des personnes... qui désirent faire valoir les titres de ces militaires et ceux des veuves, orphelins et ascendants aux pensions, gratifications et secours*, par le Cte de Riencourt,..., Paris, J. Dumaine, 1876.

L. de Cazenove, *Compte-rendu du comité sectionnaire lyonnais de la Société Française de Secours aux blessés et malades des armées de terre et de mer*, Lyon, Imprimerie de Bellan, 1872.

Bulletin de la Société Française de Secours aux Blessés militaires des armées de terre et de mer, Assemblée Générales des membres fondateurs, 3 mars 1876. Duc de Nemours (président du Conseil d'administration), *Compte-rendu des opérations de la Société pendant l'année 1875*, p. 9t.

Manuel des œuvres : institutions religieuses et charitables de Paris et principaux établissements des départements pouvant recevoir des orphelins, des indigents et des malades de Paris. éd. C. Poussielgue, Paris, 1894.

« Nos frais généraux », *Le vétéran. Bulletin de Société nationale de retraites des vétérans des armées de terre et de mer*, 1870-1871, 1900, n°5, p.2.

Henri. A. Wauthoz, *Les ambulances et les ambulanciers à travers les siècles. Histoire des blessés militaires chez tous les peuples depuis le siège de Troie jusqu'à la convention de Genève*, Paris, Hachette-BNF, 2013 (éd.1906)

Office central des œuvres de bienfaisance et services sociaux, *Paris charitable et bienfaisant*, 1912.

Louis Battifol, « Les mutilés de la guerre sous l'Ancien Régime », *La Revue Hebdomadaire*, 26 mai 1917, p. 456.

Pensions militaires

THÈSES

Roger Leroy, *Pensions de l'armée de terre*, Thèse pour le doctorat, Université de Paris, Faculté de Droit, M. Berthélemy (dir.), soutenue le 18 juin 1901, Paris, éd. Arthur Rousseau, 1901.

Jules Saumur, *Pensions et secours. Recueil des lois, décrets, circulaires et décisions relatifs aux pensions militaires et civiles, aux gratifications permanentes, aux secours permanents et éventuels*, Paris, H.-Ch. Lavauzelle, 2e édition, 1902.

Lucien Bazin, *Le Risque professionnel dans le service militaire. Étude comparée de la législation de 1831 sur les pensions d'invalidité de l'armée et du système de 1898 sur les*

accidents du travail. Nécessité d'une réforme, Thèse pour le Doctorat, Président Armand Colin, 16 décembre 1907.

Iwan Hamant, *La réparation des accidents, blessures ou infirmités militaires*, Thèse pour le doctorat de Sciences Politiques et Économiques, Université de Lille, Faculté de Droit, Paris, Librairie de jurisprudence Édouard Duchemin, 1913, p.7.

Charles-Louis Valentino, *Législation industrielle et militaire comparées: accidents du travail et blessures de guerre*, Thèse de Doctorat, Université de Montpellier. Faculté de droit et des sciences économiques, France, 1917.

Eudore Bordenave, *Les pensions militaires d'invalidité – loi du 31 mars 1919* - Thèse pour le doctorat de sciences politiques et économiques, 3 juillet 1920, Faculté de Bordeaux, Toulon, imprimerie régionale, 1920.

ARTICLES

Lasvignes Henri, « Une Loi d'assurance militaire », *La Revue Blanche*, t. XXVII, Paris, 15 mars 1902, p. 401

Léon Mirman, « Les Accidents militaires », *Le Journal*, 29 mars 1905, p.1

Dr. Oberlé, « Accidents du travail. Ouvriers et soldats », *La Revue du Palais*, 15 juin 1905, p. 508.

Dr Larquier, « Les accidents dans le travail et dans le service militaire », 10 mars 1906, *Revue Politique et Parlementaire*, Paris, tome XLVII – janvier, février, mars 1906, p.477-484.

Louis Perrier, « Le risque professionnel dans les fonctions et emplois publics », 10 avril 1906, *Revue Politique et Parlementaire*, Paris, tome XLVIII – avril-mai-juin 1906, p. 88-117

Contrôleur général Créten, « De l'application de la loi du 9 avril 1898 aux accidents militaires », *Revue Pénitentiaire. Bulletin de la Société Générale des Prisons*, 31^e année, Paris, Librairie Marchal & Billard, n°1, janvier 1907, p 104-112.

Paul-Hubert Valleroux, « La marée montante des pensions de l'État », *La réforme Sociale*, juillet-décembre 1914, p.529-546.

Mutualité militaire

Gaston Chabbert, *Notes sur la mutualité dans l'armée*, Paris, Henri Charles Lavauzelle, 1904.

Revue de la solidarité sociale, Paris, n°9, mars 1905, p. 141. Pour les statuts voir « La mutualité militaire. Les statuts type » dans *La Mutualité Nouvelle*, 1^{er} avril 1905, p.618-619.

« La Mutualité militaire » dans *Le Vétérans. Bulletin de la Société nationale de retraites Les vétérans des armées de terre et de mer*, 1870-1871, n°24, 17 juin 1906, p.9

« La Mutualité dans l'armée », *Le Nord Mutualiste*, 10 juin 1907.

Gaston Chabbert, *La Mutualité dans l'armée*. Conférence faite le 12 janvier 1906 à l'École Militaire d'Artillerie et du Génie, Bordeaux, Librairie de la Mutualité, 1906.

Octave François Portier, Paul Auguste Fabre, *Application de la mutualité dans l'armée*, Oran, Imprimerie papeterie central, 1906.

2.4.2 Hygiène et médecine

DICIONNAIRE MÉDICAUX ET ENCYCLOPÉDIE

Félix Vicq d'Azir (éd.), *Encyclopédie Méthodique*, « Médecine, par une société de médecins. », Paris, Panckouke, 1816.

Pierre-Hubert Nysten, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires*, Paris, J-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 1855.

Émile Littré, Charles Robin, *Dictionnaire de Médecine, de chirurgie, de pharmacie, et des sciences qui s'y rapportent*, Paris, J-B. Baillière & Fils, 1878.

HYGIÈNE MILITAIRE ET ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE

François Richard de Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, Paris, Imprimerie royale, 1766. En ligne : [<http://gazetier-universel.gazettes18e.fr/periodique/recueil-dobservations-de-m-decine-des-h-pitaux-1766-1772>].

« *Avis sur les moyens de conserver ou rétablir la santé des troupes à l'Armée d'Italie* », 6 Prairial an IV (1796) [<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6571685t/f7.image>]

Alexandre Moreau de Jonnés, *Précis historique dur l'irruption de la fièvre jaune à la Martinique, en 1802*, en ligne [<http://www.manioc.org/patrimon/NAN13004>] et Alexandre Moreau de Jonnés, *Essai sur l'hygiène militaire des Antilles*, [s.l.], [éd.], 1817 en ligne également [<http://www.manioc.org/patrimon/NAN13007>].

Jules Gavarret, *Principes généraux de Statistique Médicale ou développement des règles qui doivent présider à son emploi*, Paris, Béchet jeune et Labbé, 1840.

Jean-Charles Chenu, *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie en 1859 et 1860 : service des ambulances et des hôpitaux militaires et civils*- Atlas, Paris, J. Dumaine, L. Hachette, V. Masson éd., 1869.

Pierre-Augustin Didiot, *Code des officiers de santé de l'armée de terre*, Paris, V. Rozier, 1863.

Pierre-Augustin Didiot, « Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine en 1861-1862 », *RMMCPM*, 3e série, t. XIV, 1865, p. 120-150.

Pierre-Augustin Didiot, « Histoire statistique du corps de santé militaire, de 1846 à 1865 », *Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône*, Marseille, Impr. Saniat, 1866, 46.p.

Jean-Charles Chenu, *Rapport au Conseil de santé des armées sur les résultats du service médicochirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français de Turquie pendant la campagne d'Orient en 1854-1855-1856*, Paris, Masson, J. Dumaine, 1865.

Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Baillière et fils, 1874.

Léon Colin, *Notice sur M. l'inspecteur L. Laveran ex-directeur de l'École du Val-de-Grâce*, Paris, Victor Rozier, 1879

Tollet Casimir, *Les logements collectifs. Casernes*, Paris, 1880.

Tollet Casimir, *La réforme du casernement ; les bains-douches : réduction de la mortalité dans l'armée française*, Conférence faite le 12 octobre 1877 dans la salle de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, Paris, V.A. Delahaye & Cie, 1877.

Georges Morache, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Baillière et fils, 1886.

Paul Brouardel, « Répartition de la fièvre typhoïde en France d'après les documents fournis par la statistique médicale de l'armée et la statistique de la population civile », *Recueils des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France*, séance du 20 avril 1891, vol. 21, p. 193-272.

[http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/numerisations/CCHP_TOME21_1891.pdf].

Lémure Jean, Madagascar. *L'Expédition au point de vue médical et hygiénique. L'acclimatement et la colonisation*, par le Dr Jean Lémure, 1896.

V. Lowenthal, « L'état sanitaire de l'Armée en 1900 », *Journal de la Société de Statistique de Paris*, Tome 44, 1903, p. 158-179.

Dr Louis-Joseph Millet, *La tuberculose dans l'armée*, Paris, Aux Bureaux de la Grande Revue, 1905.

Dr Etienne Viguier (médecin major), *Rôle de l'officier en matière d'hygiène*, Paris, R. Chapelot, 1907

Édouard Lachaud, *Pour la race, notre soldat, sa caserne*, Paris, Charles Lavauzelle, 1909.

Alliance d'hygiène sociale, *Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale* de Lyon - 15, 16, 17 juin 1914, Paris, Imprimerie Moderne.

2.4.3 Dans des périodiques

Quételet « Statement of the sizes of Men in different Counties of Scotland, taken from Local Militia », *Edinburg Medical and Surgical Journal*, 1817/n°50, vol.13. [<https://archive.org/stream/edinburghmedical45unkngoog#page/n276/mode/2up>].

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, [AHPML] Paris, Jean-Baptiste. 1829, vol.1 [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=90141>].

L.-F.Benoiston de Châteauneuf, « De la durée de la vie chez le riche et le pauvre », *AHPML*, 1830/n°1, vol.3, 1830, p.1-15.

L.-F.Benoiston de Châteauneuf, « Essai sur la mortalité dans l'infanterie française », *AHPML*, vol. X, 1833, p. 239-318.

Louis Laveran, « Recherches Statistiques sur les cause de la mortalité de l'armée servant à l'intérieur », *AHPML*, 1860/2, n°13, p.290-291.

Louis Laveran, « De la mortalité des armées en campagne du point de vue de l'étiologie », *AHPML*, 1863/2, n°19, p.241-279.

P. Mazel et J. Leclercq : *La main-d'œuvre nationale après la guerre* (1916) et « Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologique de l'ouvrier » publié 1917 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* avec R. Dujarric de la Rivière, sont repris et cités dans tous les travaux traitant la question.

Académie nationale de médecine (ANM), Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 62^e année, 3 série, tome 34, Paris, Masson et C^{ie}, 1898.

ANM, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 23 juin 1914, p 842-843.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires de 1815 à 1883 devient *Archives de médecine et de pharmacie militaires* :

[http://data.bnf.fr/34423330/journal_de_medecine__de_chirurgie_et_de_pharmacie_militaires/].

Bulletin de l'Union Fédérative des Médecin de Réserve et de Territoriale, 1908-1914.

Grandjux, «Médecine militaire, l'état d'âme des médecins militaires», *Le Bulletin médical*, 14 août 1912.

SMHP, *Bulletin et mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tome XXXVII, 3^e série, Paris, Masson & C^{ie} éditeurs, 1914, p. VIII-XII.

2.4.4 Expertise

Hippolyte Marestaing, « Définition des accidents du travail dans divers pays. Caractère distinctifs de ces accidents et des incapacités qui en résultent » dans Ministère du commerce, de l'industrie et des colonies, Exposition universelle internationale de 1889, *Congrès international des accidents du travail*, tome 1^{er}, Rapports, Paris, Librairie Polytechnique, 1889, p. 129.

A. Duchauffour, « Accidents du travail. Évaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations intervenues au tribunal civil de la Seine », *AHPML*, série 3, n°48, 1902 p.314-341.

Charles Vibert, *Les accidents du travail, études cliniques et médico-légale des affections internes produites par les accidents*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906, p.15.

George Brouardel, « Accidents du travail ; de l'évaluation des infirmités permanentes », *AHPML*, série 3, n°47, Paris, Jean-Baptiste Baillière 1902.

George Brouardel, *Les accidents de travail, guide du médecin expert*, coll. Actualités Médicales, J-B. Baillière & fils, Paris, 1903.

Paul Brouardel, *Les blessures et les accidents du travail*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906.

Paul Brouardel, *Cours de médecine légale de la faculté de Paris*, J-B. Baillière & fils, Paris, 1906, p 11.

Ollive et Le Meignen, *Accidents du travail, médecine légale, jurisprudence*, Paris, 1904.

Thoinot, *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, Paris, 1904.

A. Duchauffour, *Les accidents du travail manuel de conciliation – Résumé de la jurisprudence et évaluation des invalidités d'après les accords intervenus entre les parties*, J-B. Baillière & fils, Paris, 2^e édition, 1906.

Georges Couremenos, « Au lecteur », *Clinique Médico-chirurgicale des Accidents du Travail*, n°1, 1908.

2.4.5 Chirurgie et médecine de guerre

Ange Troussaint, *La direction du Service de Santé en campagne*, Paris, Henri-Charles Lavauzelles, 1911.

Edmond Delorme : *Titres et travaux scientifiques du Pr Edmond Delorme*, Paris, éd. H.Charles-Lavauzelle, 1912.

- Edmond Delorme, discours d'ouverture du 7 octobre au Congrès Chirurgie de 1912 in Association Française de Chirurgie, *Vingt-cinquième congrès de chirurgie*, Paris, 1912, Felix Alcan, p. 2-15.
- Edmond Delorme, « Des enseignements de la guerre des Balkans. Campagne de Thrace de 1912 », *Bulletin de l'Académie de médecine*, LXIX, 1913, p. 259.
- Edmond Delorme, "Des enseignements de la guerre des Balkans (campagne de Thrace, 1912) : blessures par les armes de guerre", *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 24 avril 1913, 26 p.
- Edmond Delorme, *Précis de chirurgie de guerre*, Paris, Masson et Cie éditeurs, 1914.
- Théodore Weiss, *Les Blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*, Paris, Berger-Levrault 1912.
- Théodore Weiss, *Les Leçons sanitaires de la guerre des Balkans*, Paris, Berger-Levrault 1913.
- Médecin-major Reverchon (conférence de), « Enseignements médicaux militaires de la guerre balkanique » (guerre serbo-bulgare), *Bulletin de l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale*, 1913, p. 806 et suivantes.
- Octave Laurent, *La guerre en Bulgarie et en Turquie: onze mois de campagne*, Paris, A. Maloine, 1914, 383. p.
- « Discours de M. Depage, président du Congrès » dans Léonardo Mayer (éd.) *Quatrième Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, New York, 13-16 avril 1914. Rapports, procès-verbaux et discussions*, Bruxelles, Hayez, 1914, pp. 484-490.
- Théodore Tuffier, « Contribution à l'étude de la chirurgie de guerre », dans Georges-Maurice Debove, Raphaël Blanchard, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 78^e année, 3^e série, tome LXXII, p.150-156.
- Henry de Varigny, « Notes de l'hôpital : Le principe de la chirurgie de guerre », *Journal des débats politiques et littéraire*, 24 septembre 1914, p.1. et du même « Notes de l'hôpital : les balles sont-elles stérile », *Journal des débats politiques et littéraire*, 29 octobre 1914, p.1.
- Henry de Varigny, « Notes de l'hôpital : Comment s'infectent les plaies », *Journal des débats politiques et littéraire*, 14 novembre 1914, p.1.
- Maurice Cazin, *Notes cliniques et thérapeutiques de chirurgie de guerre*, Paris, A. Maloine & fils, 1916, p.1.
- Mignon Alfred, *Le Service de santé pendant la guerre de 1914-1918*, 4 vol., Paris, Masson et Cie, 1916-1927.
- Science et Dévouement, Le service de santé militaire et la Croix-Rouge pendant la Grande guerre*, Paris, Aristide Quillet, 1918, p.93-97.

3 Bibliographie

- ACKERKNECHT Erwin. H., *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1967 (traduit et réédité en français aux éditions Payot en 1988).
- ALBERT Marie-Claude et al., *La Manufacture d'armes de Châtellerauld. Une histoire sociale, 1819-1968*, Geste éditions, 2013.

- ANDRETTA Élixa, *Roma medica. Anatomie d'un système médical au XVI siècle*, Rome, École française de Rome, 2011.
- AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, « Vers une histoire culturelle de la première guerre mondiale », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1994, vol. 41, n° 1, p. 5-8.
- AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, « Violence et consentement : la "culture de guerre" du premier mondial » dans Jean-Pierre Rioux et Jean-François Sirinelli (éd.), *Pour une histoire culturelle*, Paris, Seuil, 1997.
- AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, *14-18, retrouver la guerre*, Paris, Gallimard, coll. Bibliothèque des histoires, 2000.
- AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Jean-Jacques, *Encyclopédie de la Grande Guerre*, Paris, Fayard, 2004.
- BACH André, *L'Armée de Dreyfus. Une histoire politique de l'armée française de Charles X à « l'Affaire »*, Paris, Tallandier, 2004.
- BACIOCCHI Stéphane et al., « Les mondes de la charité se décrivent eux-mêmes. Une étude des répertoires charitables au XIX^e et début du XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2014/3 (n° 61-3), p. 28-66.
- BARROIS Claude, *Psychanalyse du guerrier*, Paris, Hachettes, 1993.
- BART Jean, « La Révolution française, le manque d'ouvrage et le devoir de travailler », p.15-29 dans Jean Bart, *Droit et changement social. Les Sans-emploi et la Loi. Hier et aujourd'hui*. Actes du colloque de Nantes — juin 1987. 1988.
- BARUCH Marc-Olivier et al., *Serviteurs de l'État*, Paris, La Découverte, coll. « Espace de l'histoire », 2000.
- BATTAIS Boris, *La justice militaire en temps de paix : L'activité judiciaire du conseil de guerre de Tours (1875-1913)*, thèse d'Histoire, dir. Yves Denéchère, Université d'Angers, 2015, p 45-51.
- BAYLY Christopher A., *La Naissance du monde moderne, 1780-1914*, Paris, Éditions ouvrières, 2006.
- BEAU Alain, « Un siècle de chirurgie à Nancy (1874-1974) », *Annales Médicales de Nancy*. Numéro Spécial du Centenaire de la Revue (1874-1974).
- BEC Colette, *Assistance et République: la recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994, p.47.
- BECKER Howard, *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, coll. Guides «Repères», 2002.
- BECKER Jean-Jacques, *Le Carnet B. Les pouvoirs publics et l'antimilitarisme avant la guerre de 1914*, Paris, éd. Klincksieck, 1973.
- BEDHOME Stéphane, *Reconstruire le Chemin des Dames (1919-1939)*, Thèse de doctorat d'histoire, dir. Frédéric Rousseau, Université Paul Valéry Montpellier, 2012.
- BELLANGER Claude et al. (dir), *Histoire Générale de la Presse Française*, t.3, 1871-1940, Paris, PUF, 1972, p. 409.

- BELMAS Élisabeth, NONNIS-VIGILANTE Serenella (dir.), *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2010, p 75-85.
- BELMAS Élisabeth, COSTE Joël, « Estropiés », « Incommodés », « Usés ». *Les soldats du Roi à l'Hôtel des Invalides (1670-1791)*, Paris, CNRS Éditions, 2017.
- BENSA Alban, FASSIN Éric, « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain*, n°38, 2002, p. 5-20.
- BERGÈRE Marc, LE BIHAN Jean, *Fonctionnaires dans la tourmente, épurations administratives et transitions politiques à l'époque contemporaine*, Chên-Bourg Suisse, éd. Hygiène et médecine, 2009.
- BERTHERAT Bruno, « L'élection à la chaire de médecine légale à Paris en 1879. » Acteurs, réseaux et enjeux dans le monde universitaire, *Revue historique*, 2007/4 n° 644, p. 823-856.
- BERLIVET LUC, « L'exploration statistique du social. Administration, associations savantes et débats publics », dans Dominique PESTRE (dir.), *Histoires des sciences et des savoirs*, tome 2, Kapil RAJ, H.Otto SIBUM (éd.) « Modernité et globalisation », Paris, Seuil, 2015, p.411-412.
- BERTAUD Jean-Paul, SERMAN William, *Nouvelle histoire militaire de la France, 1789-1919*, Paris, Fayard, 1998.
- BERTSCHY Sylvain, *La santé en Afrique, un objet d'histoire marginalisé ? Bilan et perspectives de recherches* (fichier audio en ligne)[<http://etudes-africaines.cnrs.fr/atelier/accueil-reseau-afrique-rencontres-audio-reseau-afrique-les-rencontres-2006-2006-etudes-africaines-etat-des-lieux-et-des-savoirs-en-france-etudes-sur-la-sante-en-afrique-bilan-et-perspective/>].
- BERTSCHY Sylvain, « Des "dérapages" et de la guerre coloniale. Le cas du Soudan français : une économie de la soumission par la terreur (1878-1894) », dans Frédéric Rousseau, Burgart Schmidt (dir.), *Les dérapages de la guerre du XVI^e à nos jours*, Hambourg, DOBU Verlag, 2009, p.107-119.
- BERTSCHY Sylvain, SALSON Philippe (dir.), *Les mises en guerre de l'État. 1914-1918 en perspective*, Lyon, ENS éditions, coll. Sociétés, Espaces, Temps, 2018.
- BEZES Philippe, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.
- BIRNBAUM Pierre, *Les Fous de la République*, Paris, éditions Fayard, 1992.
- BIRABEN Jean-Noël, « La diffusion de la vaccination en France au XIX^e siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest* 1979, vol.86-2, La médicalisation en France du XVIII^e au début du XX^e siècle, sous la direction de François Lebrun et Jacques Léonard, p. 265-276.
- BLASKIEWICZ-MAISON Adeline, *Albert Thomas. Le socialisme en guerre 1914-1918*, Rennes, PUR, 2016.
- BLOCH Marc, *Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien*, Paris, Armand Colin, 1993 (1^{ère} éd. 1949).
- BLUMER Herbert, « Social Problems as Collective Behavior », *Social Problems*, vol. 18, n°3, 1971.

- BOCK Fabienne, BONZON Thierry, « "Il faut que vous sachiez ce qui se passe chez nous..." : 246 lettres de militaires français au Parlement en 1917 », dans André Loez et Nicolas Mariot (dir.), *Obéir/désobéir. Les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La Découverte, 2008, p. 167-180.
- BOIS Jean-Pierre, *Les anciens soldats dans la société française au XVIIIe siècle*, Paris, France, Économica, 1990.
- BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stéphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes. De Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007.
- BOUCHÈNE Abderrahmane et al., *Histoire de l'Algérie à la période coloniale 1830-1962*, Paris, La découverte, coll. Repères, 2014.
- BOUCHET Thomas, *Le roi et les barricades, une histoire des 5 et 6 juin 1832*, Paris, Seli Arslan, 2000.
- BOGOUSLAVSKY Julien, TATU Laurent, *La folie au front : la grande bataille des névroses de guerre, 1914-1918*, Paris, Imago, 2012.
- BOUILLÉ Michel, « Les congrès d'hygiène des travailleurs au début du siècle 1904-1911 », *Le Mouvement social*, N° 161 (Oct. - Dec., 1992), p. 43-65.
- BOULLE Lydie, *Hôpitaux parisiens, malades et maladies à l'heure des révolutions (1789-1848)*, thèse de doctorat d'histoire et philosophie des sciences, dir. Mirko Drazen Grmek, Paris I Sorbonne-Panthéon, 1986.
- BOURDELAIS Patrice, éd., *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Belin, 2001.
- BOURDELAIS Patrice, FAURE Olivier (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2005.
- BOURDELAIS Patrice, Didier FASSIN, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, 2005.
- BOURDIEU Pierre, BOLTANSKI Luc, *La production de l'idéologie dominante*, dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1976/2, n°2-3, « La production de l'idéologie dominante ». p. 3-7.
- BOURDIEU Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1984
- BOURDIEU Pierre, « Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1993/ n°96-97, p 49-62.
- BOURDIEU Pierre, « De la maison du roi à la raison d'État [Un modèle de la genèse du champ bureaucratique] » *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1997/ 118, « Genèse de l'État moderne », p. 55-68.
- BOURDIEU Pierre, *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.
- BOURDIEU Pierre, *Contre-feux*, t.2, Paris, Raison d'agir, 2001.
- BOURDIEU Pierre, *Sur l'État. Cours au collège de France 1989-1992*, Éditions Seuil/Raisons d'agir, 2012.
- BOURGUET Marie-Noëlle, LEPETIT Bernard, NORDMAN Daniel, SINARELLIS Maroula (eds), *L'invention scientifiques de la méditerranée. Égypte, Morée, Algérie*, Paris, Éditions de l'Ehess, coll. Recherches d'histoire et de sciences sociales, 1998.

- BOURRELIER Paul-Henri, *La Revue blanche. Une génération dans l'engagement 1890-1905*, Paris, Fayard, 2007.
- BREGAIN Gildas « Un problème national, interallié ou international ? La difficile gestion transnationale des mutilés de guerre (1917-1923) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2016/1, n° 9, p. 110.
- BREWER John, *The Sinews of Power. War, Money and the English State, 1688-1783*, London, Routledge, 1989.
- BROCKLISS Laurence, ROGERS Rebecca, « L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation », dans « Les Enfants de la Patrie. Éducation et Enseignement sous la Révolution française », *Histoire de l'éducation*, 1989/ vol.42, p. 79-110.
- BRODIEZ Axel, DUMONS Bruno, « Éditorial : Faire l'histoire de l'humanitaire », *Le Mouvement Social* 2009/2, n° 227.
- BROWNING Christopher, *Des Hommes ordinaires. Le 101^e bataillon de réserve de la police allemande et la solution finale en Pologne*, Paris, Les Belles Lettres, 1994.
- BRIAN Éric, « Transactions statistiques au XIX^e siècle. Mouvements internationaux de capitaux symboliques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, Vol. 145 « La circulation internationale des idées », p. 34-46.
- BRIQUET Jean-Louis, *Notables et processus de notabilisation dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, consulté en ligne le 26/08/2018 : [[https://www.politika.io/fr/notice/notables-processus-notabilisation-france-XIX^e-XX^e-siecles](https://www.politika.io/fr/notice/notables-processus-notabilisation-france-XIXe-XXe-siecles)].
- BUTON François, « Le Droit comme véhicule. Portrait sociologique d'un justiciable », dans Liora Israël, Guillaume Sacriste, Antoine Vauchez et Laurent Willemetz (dir.), *Sur la portée sociale du droit*, Paris, PUF-CURAPP, 2004, p. 127-144.
- BUTON François, *L'administration des faveurs, l'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2009.
- BUTON François, MARIOT Nicolas (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Puf, 2009.
- BUTON François, LOEZ André, MARIOT Nicolas et OLIVERA Philippe, *1914-1918 : retrouver la controverse - La Vie des idées*, [<http://www.laviedesidees.fr/1914-1918-retrouver-la-controverse.html>].
- BUTON François, LOEZ André, MARIOT Nicolas et OLIVERA Philippe, (dir.), *Revue Agone*, 2014/53, L'ordinaire de la guerre.
- BUZZI Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2006.
- CAHEN Fabrice MINARD Adrien, "Les mobilisations contre les « fléaux sociaux » dans l'entre-deux-guerres. Essai de cartographie sociale", *Histoire & Mesure*, 31-2, 2017, p.141-170.
- CANDAR Gilles, *Histoire politique de la III^e République*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 1999.
- CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, Paris PUF, 2009 (1966).
- CAPUANO Christophe, *Que faire de nous vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Science-Po les presses, 2018.

- CARLS Stephen. D, *Louis Loucheur, 1872-1931 : ingénieur, homme d'état, modernisateur de la France*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2000.
- CASTEL Robert, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, coll. l'espace du politique, 1995.
- CASTEL Robert, « La citoyenneté sociale menacée », *Cités* 2008/3, n° 35, p. 133-141.
- CAZALS Rémy, PICARD Emmanuelle, ROLLAND Denis (dir.), *La Grande Guerre : pratiques et expériences*, Toulouse, Privat, 2005.
- CAZALS Rémy, « Oser penser, oser écrire », *Genèses*, vol.46/2, 2002, p. 26-43.
- CHANET Jean-François, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*, Paris, Puf, 2006.
- CHANET Jean-François, « La férule et le galon. Réflexions sur l'autorité du premier degré en France des années 1830 à la guerre de 1914-1918 », *Le Mouvement Social* 2008/3 (n° 224), p. 120. DOI 10.3917/lms.224.0105.
- CHALINE Olivier, *Les armées du Roi: Le grand chantier - XVII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Armand Colin, 2016.
- CHARLE Christophe, *Les Élités de la République 1880-1900*, Paris, Fayard, 1987.
- CHARPY Yves, *Paul Meunier : Un député aubois victime de la dictature de Georges Clemenceau*, L'Harmattan, 2011.
- CHARTIER Roger, MARTIN Henri-Jean (dir.), *Histoire de l'édition française. Le temps des éditeurs. Du romantisme à la Belle Époque*, Paris, Fayard, t.3, 1990.
- CHAUMONT Stéphanie, *Contribution à l'histoire du Val-de-Grâce et de ses pharmaciens chefs. Du champ de bataille au champ des grandes découvertes*, thèse pour doctorat d'État en pharmacie, David Almera (dir.), Université Paris Descartes, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, 2013.
- CHAUVAUD Frédéric, *Les experts du crime. La médecine légale en France au XIX^e*, Paris, Aubier, 2000.
- CHAUVAUD Frédéric, Dumoulin Laurence, *Experts et expertises judiciaires France, XIX^e et XX^e siècles*, Rennes, PUR, 2003.
- CHICKERING Roger, FORSTER Stig (éd.), *Great War, Total War: Combat and Mobilization on the Western Front, 1914-1918*, Cambridge University Press, 2000.
- COCHET François, *Survivre au Front. Les poilus entre consentement et contrainte*, Saint-Cloud, 14-18 éditions, 2005.
- COHEN Antonin, LACROIX Bernard, RIUTORT Phillippe, *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, coll. «Grands Repères», 2009.
- COHEN Yolande, «L'émergence des mouvements de jeunesse contestataires », (chap.29) Pigenet Michel *et al.*, *Histoire des mouvements sociaux en France*, La Découverte « Poche/Sciences humaines et sociales », 2014, p. 324-334.
- COINTEPAS Michel, Pierre Pouillot, premier Inspecteur général honoraire du travail, Paris, AEHIT, 2003.
- COMMAILLE Jacques, KALUSZYNSKI Martine (dir.), *La fonction politique de la justice*, La Découverte, coll. « recherches », 2007.

- CONRAD Peter, SCHNEIDER Joseph, *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Temple University Press, 1992.
- CONTREPOIS Alain, *L'invention des maladies infectieuses. Naissance de la bactériologie clinique et de la pathologie infectieuse en France*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 164-165.
- COOK G.C, « Influence fo diarrhoeal disease on military and nava campaigns », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2001, n°94, p. 95.
- COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (eds), *War, medicine and modernity*, Thrupp, Stroud, Sutton Publishing, 1998.
- CORVISIER André, *Histoire militaire de la France*, tome 2, De 1715 à 1781, Paris, Quadrige, Presses Universitaires de France, 1997.
- COSSON Olivier, *Préparer la Grande Guerre : l'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*, Paris, Les Indes savantes, Coll. *La boutique de l'histoire* 2013.
- CRÉPIN Annie, *Construire l'Armée Française. De la Révolution à la fin du second Empire*, Turnhout, Brepols, 2006.
- CRÉPIN Annie, *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, coll. folio histoire, 2009.
- CROCQ Louis, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, O. Jacob, 1999.
- CURTIN Philip D., *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*, Cambridge University Press, 1998.
- CUTTIER Martine, *Portrait du colonialisme triomphant*, Louis Archinard, 1850-1932, Paris, Lavauzelle, 2006.
- DAIMARU Ken, « Entre blessures de guerre et guerre des blessures : la « balle humanitaire » en débat en Europe et au Japon, 1890-1905 », *Le Mouvement Social* 2016/4 (n° 257), p. 93-108.
- DARMON Pierre, *La longue traque de la variole, les pionniers de la médecine préventive*, Librairie Académique Perrin, 1986.
- D'ARGENT Philippe, *Les réparations de guerre en droit international public : la responsabilité internationale des États à l'épreuve de la guerre*, Bruxelles, É. Bruylant, 2002.
- DARNTON Robert *L'Aventure de l'Encyclopédie : 1775-1800, un best-seller au siècle des Lumières*, Perrin, 1982.
- DARTEVELLE Raymond, « La lente construction d'une tarification des corps : entre pratique assurancielle du risque industriel, actuariat, expertise médico-légale et enseignement (années 1890-1905) », LE ROUX Thomas (éd.), *Risques industriels : Savoirs, régulations, politiques d'assistance, fin XVIII^e-début XX^e siècle*. Presses universitaires de Rennes, p.67-95. doi :10.4000/books.pur.47403
- DELAHAYE Roland-Paul, « Les campagnes de presses antimilitaristes dirigées contre le Service de Santé Militaire (1890-1910) », *Histoire des sciences médicales*, 1993/4, n°27, p.325-334.
- DELALANDE Nicolas, « Mort de Rémi Fraisse : l'État à l'épreuve. Entretien avec Fabien Jobard », *La Vie des idées*, 25 novembre 2014. [<http://www.laviedesidees.fr/Mort-de-Remi-Fraisse-l-Etat-a-l.html>]

- DELAPORTE Sophie, *Les Gueules cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre*, Paris, Noësis, 1996.
- DELAPORTE Sophie, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre Mondiale*, thèse de doctorat d'histoire, Stéphane Audoin-Rouzeau (dir.), Université de Picardie Jules Verne, 1999.
- DELAPORTE Sophie, *Les médecins dans la Grande Guerre : 1914-1918*, Paris, Bayard, 2003.
- DÉLOYE Yves, « La construction politique d'une « science électorale » en France sous la III^e République. Facteurs et acteurs d'un métissage politico-scientifique », *Revue internationale de politique comparée* 2012/3 (Vol. 19), p. 51.
- DEPAGE Henri, *La vie d'Antoine Depage 1862-1925*, Bruxelles, Renaissance du Livre, 1956.
- DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003/5 (Vol. 53), p. 707-735. DOI : 10.3917/rfsp.535.0707.
- DERRIEN Marie, « *La tête en capilotade* », *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, Thèse de doctorat d'histoire contemporaine, dir. Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, Université Lumière Lyon II, 2015.
- DE SWAAN Abram, *Sous l'aile protectrice de l'État*, traduit par Laurent Bury, Paris, Presses universitaires de France, 1995.
- DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose: 1900-1940*, Lyon, France, Presses universitaires de Lyon, 1988, p.11-26.
- DESROSIÈRES Alain, « Séries longues et conventions d'équivalence », *Genèses*, Conservatisme, libéralisme, socialisme, 1992/9, p. 92-97.
- DESROSIÈRES Alain, KOTT Sandrine, « Quantifier », *Genèses*, 2005/1 no 58, p. 2-3.
- DESROSIÈRES Alain, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, éd. La Découverte, coll. Poches, Paris, 2010.
- DEVINCK Jean-Claude, « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé* 2010/2 (Vol. 28), p. 65-93.
- DREYFUS Michel, VIET Vincent, VOLDMAN Daniel, *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Rennes, PUR, 2006.
- DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.
- DODIER Nicolas, « Élargissement et aménagements de l'économie taylorienne des corps au travail », *Sciences Sociales et Santé*, vol. VI, n°3-4, novembre 1988.
- DOZON Jean-Pierre « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*. 1985/ 3, n°3-4, Anthropologie, sociétés et santé. p. 27-56.
- DRAGO Roland, IMBERT Jean, MONNIER François et TULARD Jean, *Dictionnaire biographique des membres du Conseil d'État, 1799-2002*, Paris, Fayard, 2004.
- DUBOIS Vincent, « L'Action publique », *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte, 2010, p 311-325.

- DUBOIS Vincent, « L'État, l'action publique et la sociologie des champs », *Revue Suisse de Science politique*, 2014/1, n°20, p.25-30.
- DUCOULOMBIER Romain (dir.), *Les socialistes dans l'Europe en guerre*, Paris, L'Harmattan-Fondation Jean Jaurès, 2010.
- DULIEU Louis, « La vie médicale et chirurgicale à Montpellier, du 12 août 1792 au 14 frimaire an III (fin) », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1955/ 2, vol.8, p. 146-169.
- DULIEU Louis, *La médecine à Montpellier*, T. IV, "De la Première à la Troisième République". Première partie, Avignon, Les Presses Universelles, 1988.
- DULONG Delphine, *La construction du champ politique*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Didact Sciences politiques », 2010.
- DULUERMOZ Quentin, SINGARAVÉLOU Pierre, *Pour une histoire des possibles. Analyses contrefactuelles et futurs non-advenus*, Paris, Seuil, L'univers Historique, 2016.
- DUMONS Bruno, POLLET Gilles, *L'État et les retraites*, Temps présents, Paris, Belin, 1994.
- EDEL Philippe, « Les professeurs de médecine d'origine française à l'Université impériale de Vilnius au début du XIX^{ème} siècle », *Histoire des sciences médicales*, 2011/4, n° 45, p. 364.
- ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1973 et 1975, trad. de l'allemand par Pierre Kamnitzer, rééd, Pocket, 2006, « Sociogenèse de l'État, p.5-179.
- ELIAS Norbert, *Qu'est ce que la sociologie ?* Presses-Pocket, Paris, 1993.
- ELIAS Norbert, *La dynamique sociale de la conscience. Sociologie de la connaissance et des sciences*, Paris, Éditions de la découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales », trad. Marc Joly, Delphine Moraldo, Marianne Woollven et Hélène Leclerc, préface de Bernard Lahire, présentation de Marc Joly, 2016.
- ELLIS Jack. D., *The physicians legislators of France, medicine and politics in the early Third Republic*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- ESCUDIER Jean-Louis, « De la mutualité à la solidarité nationale : la protection sociale et sanitaire des salariés des mines 1773-2006 », *Cahier d'histoire de la sécurité sociale*, 2009, n°5, p. 19-200.
- ESCUDIER Jean-Louis, « Les ingénieurs du corps des Mines et l'évolution de la sécurité du travail minier aux XIX^e et XX^e siècles », *Annales des Mines - Réalités industrielles* 2011/1 (Février 2011), p. 52-59. DOI 10.3917/rindu.III.0052.
- EWALD François, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.
- FASSIN Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, 2006/2, n°16, p. 35-48.
- FARGE Arlette, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, 1997.
- FARCY Jean-Claude, *Histoire de la justice en France de 1789 à nos jours*, Paris, éditions La Découverte, Collection Repères, 2015.
- FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine en France, (XVIII-XX^e siècles)*, Paris, Antrhopos historiques, 1994.

- FERRANDIS Jean-Jacques, « Michel Lévy (1809-1872) directeur du Val-de-Grâce, *Histoire des Sciences Médicales*, 2009/tome 13, n°3, p. 275-280.
- FERRANDIS Jean-Jacques, LARCAN Alain, *Le Service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, Paris, éditions LBM, 2008.
- FONTANON Claudine, GRELON André, *Les professeurs du Conservatoire national des arts et métiers, dictionnaire biographique 1794-1955, A-K*, Paris, INRP-CNAM éd., 1994.
- FORCADE Olivier, *La censure en France pendant la Grande guerre*, Paris, Fayard, coll. « Histoire », 2016.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris, NRF Éditions Gallimard, Collection Bibliothèque des Histoires, 1976.
- FOUCAULT Michel, Conférence au Cercle d'études architecturales du 14 mars 1967, publiée une première fois dans *Architecture, Mouvement, Continuité*, 1984/n° 5, p. 46-49, 1984 et republiée dans *Dits et écrits T IV*, texte n°360 Paris, Gallimard, Nrf, 1994, p. 752-762.
- FOUCAULT Michel, *Dits et écrits III*, 1976-1979, Gallimard, Paris, Gallimard, Nrf, 1994.
- FOURNIER Jean-Pierre, *Évolution du Service de Santé militaire français pendant la guerre de 1914-1918*, Thèse de doctorat d'histoire militaire, Jules MAURIN (dir.), Université de Montpellier III, 2.vol, 1996.
- FREDJ Claire, *Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées dans les expéditions lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique)*, thèse pour le doctorat d'histoire, dir. Daniel Nordman, EHESS, 2006.
- FREDJ Claire, « L'organisation du monde médical en Algérie de 1830 à 1914 », dans Abderrahmane Bouchène et al., *Histoire de l'Algérie à la période coloniale*, La Découverte ; coll.« Poche / Essais », 2014, p. 286-289.
- FREDJ Claire, « Soigner une colonie naissante : les médecins de l'armée d'Afrique, les fièvres et la quinine, 1830-1870 », *Le Mouvement Social* 2016/4 (n° 257), p. 21-45. DOI 10.3917/lms.257.0021.
- FRÉMEAUX Jacques, *L'Afrique à l'ombre des épées, des établissements côtiers aux confins du Sahara, 1830-1930*, t. I, éd. SHAT, 1994.
- FREVERT Ute, « L'armée, école de la masculinité. Le cas de l'Allemagne au XIX^{ème} siècle », *Travail, genre et sociétés*, 2000/1, n°3, p. 45-66.
- FRIDENSON Patrick, "Un tournant taylorien de la société française (1904-1918)", dans *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 42e année, N. 5, 1987, p. 1050-1051.
- FRIOUX Stéphane, FOURNIER Patrick, CHAUVEAU Sophie, *Hygiène et santé en Europe. De la fin du XVIII^e aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Paris, Éditions SEDES, coll. Histoire, 2012.
- FROBERT Ludovic, « Vivre en travaillant ou mourir en combattant : les révoltes des canuts (1831, 1834) », (chap. 10) dans Michel PIGENET, Danielle TARTAKOWSKY (dir.), *Histoire des mouvements sociaux en France de 1814 à nos jours*, Paris, la Découverte, 2012.
- FUREIX Emmanuel, JARRIGE François, *La Modernité Désenchantée. Relire l'histoire du XIX^e siècle français*, Paris, La Découverte, coll. écriture de l'histoire, 2015.

- GARCIA Francis, *La carrière des intendants militaires de 1870 à 1914*, thèse de doctorat d'Histoire, dir. Jean Paul Jourdan, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, 2015.
- GARDIEN Eve, « Construction sociale de l'évaluation du handicap dans le domaine juridique français » p 206, CREDOC, *La compréhension social du handicap*, cahier de recherches 183, janvier 2003.
- GAUDILLIÈRE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e- XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2006.
- GEIGER Roger L., « René Worms, l'organicisme et l'organisation de la sociologie », *Revue française de sociologie*, volume 22, n°3, 1981, p.347.
- GÉRARD Alain, « Le personnel médical de l'hôpital militaire de Lille, 1789-1815 », *Revue du Nord*, 1989, n°282-283, vol. 71, p. 807-823.
- GERBOD Paul, *Les épurations administratives XIX^e-XX^e siècles*, Genève, Droz, 1977.
- GILLES Bertrand, (dir.), *Les sources statistiques de l'histoire de France. Des enquêtes du XVII^e siècle à 1870*, Genève, Librairie Droz, coll. « Travaux de Sciences Sociales », 1980.
- GIRARD Bernard, *Histoire des théories du management en France du début de la révolution industrielle au lendemain de la première guerre mondiale*, Paris, L'Harmattan, 2015.
- GIRARDET Raoul, *La Société militaire dans la France contemporaine (1871-1914)*, Paris, Perrin, 1998 (1953).
- GIROUX Jean-Nicolas, « Hygiène en campagne : les conseils d'un médecin militaire américain lus deux cent ans plus tard », *Médecine et armée*, 2011/3, n°39, p. 249-256.
- GOTTERI Nicole, *Le maréchal Soult*, Nice, éd, B. Giovanangeli, 2000.
- GOUBERT Jean-Pierre, « The Extent of Medical Practice in France around 1780 », *Journal of Social History*, 1976-1977/vol.10, p. 410-427 ;
- GOUBERT Jean-Pierre, *La médicalisation de la société française*, Waterloo, Ont., Historical Reflections Press, 1982, p. 45-67.
- GOUTTMAN Alain, *La guerre de Crimée : 1853-1856 : la première guerre moderne*, Paris, Perrin, 2003.
- GRAILLES Bénédicte, « *Gloria Victis* : Vétérans de la guerre de 1870-1871 et reconnaissance nationale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 2005, n°30. En ligne: [<http://rh19.revues.org/997>] DOI : 10.4000/rh19.997.
- GRENIER Bernard, « Décision médicale », dans Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris, PUF, 2004, p 307-310.
- GRIESEMER A.D, Widmann W.D, K.A Forde et al. "John Jones, M.D.: Pioneer, Patriot, and Founder of American Surgery", *World Journal of Surgery*, 2010/4, n°34, p 605-609.
- GRMEK Mirko D., « *Les institutions sanitaires du Grand Empire et l'expérience médico-sociale de l'administration française en Dalmatie* », Communication présentée à la séance du 28 avril 1990 de la Société française d'Histoire de la Médecine., Paris,

- Société française d'Histoire de la Médecine, 28 avril 1990, en ligne [http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1990x024x003_4/HSMx1990x024x003_4x0201.pdf]
- GUÉ Christophe, « Les pertes françaises en août-septembre 1914 : prévisions et bilan », dans *Cahier d'études et de recherche du musée de l'Armée*, n°5, 1904-1914 de la guerre pensée à la guerre sur le terrain. Technique, tactiques, pratiques, Paris, Musée de l'Armée, 2004, p. 315-346.
- GROSSETÊTE Matthieu, *Accidents de la route et inégalités sociales. Les morts, les médias et l'État*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, Collection champ social, 2012.
- GUIGNARD Laurence, Guillemain Hervé, Tison Stéphane, *Expériences de la folie, XIX-XX siècles*, Rennes, PUR, 2013.
- GUSFIELD Joseph, *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, Chicago & London, University of Illinois Press, 1970.
- IZAC René (Médecin-Général), « La création de l'École du service de santé militaire de Strasbourg », *Histoire des sciences médicales*, 1976/vol.10, n°3-4, p. 207.
- HACKING Ian, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales », 2008.
- HANNAWAY Caroline, LA BERGE Ann, *Constructing Paris Medicine*, Atlanta, Georgia, B. V. Rodopi, 1998.
- HAROUÉL Véronique, *Histoire de la Croix-Rouge*, Paris, 1999, p.6.
- HATZFELD Henri, *Du paupérisme à la sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France. 1850-1940*. Paris, Armand Colin, 1971.
- HEILBRON Johan, *French sociology*, Ithaca, Londres, Cornell University Press, 2015.
- HENRY Emmanuel, *Amiante un scandale improbable: sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.
- HENRY Emmanuel, « Construction des problèmes publics », dans *Dictionnaire des mouvements sociaux*. Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Références », 2009. [<https://www.cairn.info/dictionnaire-des-mouvements-sociaux--9782724611267-page-146.htm>]
- HENRY Odile, « Henry Le Chatelier et le taylorisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 133, no 1, 2000, p.79-88.
- HENRY Stéphane, *Vaincre la tuberculose, 1879-1939 : la Normandie en proie à la peste blanche*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- HEURÉ Gilles, *Gustave Hervé. Itinéraire d'un provocateur. De l'antipatriotisme au pétainisme*, Paris, La Découverte, collection L'espace de l'histoire, 1997.
- HERWIG Holger. H, *The Marne, 1914. The Opening of World War I and the Battle that change the world*, Random House, 2009.
- Histoire de la médecine aux armées*, Guillermand Jean (dir.), t.1 « De l'Antiquité à la Révolution », Paris, Charles Lavauzelle, 1982.
- Histoire de la médecine aux armées*, Favre Albert (dir.), t.2 « De la Révolution française au conflit mondial de 1914 » Paris-Limoges, Charles Lavauzelle, 1984.

- Histoire de la médecine aux armées*, t.3 Lefebvre Pierre (dir.), « De 1914 à nos jours » Paris, Lavauzelle-Graphic Éditions, 1987.
- HOLDEN REID Brian, *Atlas de l'âge industriel : guerre de Crimée, guerre de Sécession, unité allemande* (traduit de l'anglais par Laurent Bury), Paris, Éditions Autrement, 2001.
- HORNE Janet, *Le Musée social: aux origines de l'État providence*, Paris, Belin, 2004.
- HORNE John, *State, society and mobilization in Europe during the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- HUART P., IMBAULT M.-J., *Jean Claude Dézarneaux et son mécanisme propre à remplacer la main gauche amputée au poignet*, Communication présentée à la séance du 23 mars 1974 de la Société Française d'Histoire de la Médecine.
- HUBER Michel, « Quarante années de la statistique générale de la France 1896-1936 », « I. La statistique générale de la France de 1896 à 1907 », *Journal de la société statistique de Paris*, tome 78 (1937), p. 180-183.
- HUGUET Françoise, *Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris: dictionnaire biographique, 1794-1939*, Paris, Institut national de recherche pédagogique : Éd. du C.N.R.S, 1991.
- HUTCHINSON John F., *Champions of Charity : War and the rise of the Red Cross*, Boulder, CO, 1996.
- JARRIGE François, Leroux Thomas, *La contamination du monde. Une histoire des pollutions à l'âge industriel*, Paris, Éditions du Seuil, coll. L'Univers historique, 2017.
- JAS Nathalie « Agnotologie », dans Emmanuel Henry *et al.*, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po , coll.« Références », 2015, p. 33-40.
- JOLLY Jean, *Dictionnaire des parlementaires français : notices biographiques sur les ministres, députés et sénateurs français de 1889 à 1940*, Paris, Presses universitaires de France, 1960.
- JULIEN Vincent, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme », *Genèses*, vol. 89, n°. 4, 2012, p. 88-111.
- KALUSZYNSKI Martine, « Réformer la société. Les hommes de la société générale des prisons, 1877-1900 », *Genèses*, 1997/28. Étatisations. p. 76-94.
- KARILA-COHEN Pierre, *L'État des esprits: l'invention de l'enquête politique en France, 1814-1848*, Rennes, PUR, 2008.
- KEEL Othmar, *Cabanis et la généalogie épistémologique de la médecine clinique*, Montréal, Mc Gill University, 1977.
- KEEL Othmar, Hudon Philippe, « L'essor de la pratique clinique dans les armées européennes (1750-1800) », *Gesnerus*, 1997, n°54, p. 34-58.
- KEEL Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815 : politique, institutions et savoirs*, Genève Montréal, Georg Éditeur et Presses de l'Université de Montréal, 2002.
- KESSLER Marie-Christine, *Les grands corps de l'État*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.

- KITSUSE John, SPECTOR Malcom, *Constructing Social Problems*, New York, Adeline de Gruyter, 1987.
- KLEIN Alexandre, GUILLEMAIN Hervé et THIFAUT Marie-Claude (dir.), *La fin de l'asile. Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2018.
- KLEIN Boris, *Les chaires et l'esprit. Organisation et transmission des savoirs au sein d'une université germanique au XVIII^e siècle*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2017.
- KNIBIELHER Yvonne, « La lutte antituberculeuse » instrument de médicalisation des classes populaires (1870-1930), *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, t.86, n°2, 1979, « La médicalisation de la France du XVIII^e au début du XX^e », p.321-336.
- KNIGHTLEY Phillip, *Le Correspondant de guerre. De la Crimée au Vietnam, héros ou propagandiste ?*, Flammarion, Paris, 1976.
- KNIGHTLEY Phillip, *The first casualty. The war correspondent as hero and myth-maker from the Crimea to Kosovo*, London, Prion, 2000 (1976).
- KOSELLECK Reinhart, *Le Futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques*, Paris, éd. EHESS, 1990.
- KOTT Sandrine, *Politique et conceptions sociales de la société industrielles de Mulhouse : 1827-1870 ou le calcul philanthrope*, Maîtrise d'Histoire, Paris X, 1982.
- KOTT Sandrine, *L'État social allemand: représentations et pratiques*, Paris, Belin, 1995.
- LA BERGE Ann, *Mission and Method: The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*, Cambridge History of Medicine, New York: Cambridge University Press. 1992.
- LABORIER Pascale, « La " bonne police ". Sciences camérales et pouvoirs absolutistes dans les États allemands », *Politix*, 1999/12, n°48, p. 7-35.
- LABOULAIS Isabelle, « La fabrique des savoirs administratifs », dans Dominique Pestre (dir.), *Histoires des sciences et des savoirs*, tome 1, Stéphane Van Damme (dir.) *De la renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 2015, p.447-463.
- LABRIT Aude, *Bordeaux - Trieste : médecine et cosmopolitisme au XVIII^e siècle : portraits croisés de Paul-Victor Desèze et Benedetto Frizzi*. Thèse de doctorat en Histoire, Sandro Landi et Tullia Catalan (dir.), Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, 2017.
- LABRUDE Pierre, « Jean Colombier (Toul 1738-Paris 1789) médecin, chirurgien et hygiéniste, inspecteur des hôpitaux militaires et réformateur du Service de Santé Militaire ». [<http://www.etudes-touloises.fr/archives/132/art3.pdf>].
- LABRUDE Pierre, « Pierre Bayen (1725-1798), organisateur de la pharmacie militaire, chimiste », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 1999, vol.324, p.459-464.
- LACHENAL Guillaume, « Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat camerounais : une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot », *CBMH/BCHM*, 2013/ 30, n°2 p. 23-45.
- LACHENAL Guillaume, *Le médecins qui voulu être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Seuil, coll. L'Univers historique, 2017.

- LAGET Pierre-Louis, Claude Laroche, *L'Hôpital en France : histoire et architecture*, Lieux Dits, Paris, 2004.
- LAFON Jean-Marc, *L'Andalousie et Napoléon, Contre-insurrections, collaboration et résistance dans le midi de l'Espagne (1808-1812)*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2007, notamment p. 524-531.
- LAGROYE Jacques, *La politisation*, coll. socio-histoire, Paris, Belin, 2003.
- LAGROYE Jacques, FRANÇOIS Bastien, SAWICKI Frédéric, *Sociologie Politique*, Paris, Presse de Science.Po, 5^e éd. 2006.
- LAGROYE Jacques, OFFERLÉ Michel, *Sociologie l'institution*, Paris, Belin, 2010.
- LARBIOU Benoît, « Organiser l'immigration. Sociogenèse d'une politique publique (1910-1930) », *Agone*, n° 40, 2008, p. 41-60.
- LATOUR Bruno, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, coll. « Science humaines et sociales », 2001.
- LATTÉ Stéphane, « Les "victimes". La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective », thèse pour le doctorat d'études politiques, Paris, EHESS, 2008.
- LAZAROVICI Florent, « L'organisation du ministère de l'Armement sous Albert Thomas : une expérience socialiste ou technocratique ? », dans DUCOULOMBIER Romain (dir.), *Les socialistes dans l'Europe en guerre*, L'Harmattan, p. 55-72.
- LE BIANIC Thomas, « Le Conservatoire des Arts et Métiers et la « machine humaine ». Genèse et développement des sciences du travail au CNAM de 1910 à 1990 », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2004, n°11, décembre 2004, p. 185-214.
- LE COUR GRANDMAISON Olivier, *Coloniser. Exterminer. Sur la guerre et l'État colonial*, Paris, Fayard, 2005.
- LÉCUYER Bernard P., « L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850 », dans C. Salomon-Bayet éd., *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Payot, 1986, p. 67-139.
- LEJAILLE Arnaud, *La contribution des pharmaciens dans la protection individuelle contre les gaz de combat durant la Première Guerre mondiale - Extension à la période 1920 - 1940*. Thèse de doctorat de pharmacie, Université Henry Poincaré, Nancy I, 1999. Travaux développés sur son blog personnel : guerredesgaz.fr/Historique.htm.
- LEMAIRE Jean-François, *Jean-François Coste : premier médecin des armées de Napoléon*, Paris, Stock, 1997.
- LEMAIRE Marc, *La guerre de Crimée : chronique et analyse d'un désastre sanitaire (1854-1856)*, thèse pour le doctorat d'histoire, dirigée par Jean-Charles Jauffret, Université Paul-Valéry Montpellier 3, 2006.
- LEMERCIER Claire, ROSENAL Paul-André, « Les migrations dans le Nord de la France au XIX^e siècle : Dynamique des structures spatiales et mouvements individuels. Nouvelles approches, nouvelles techniques en analyse des réseaux sociaux », Mars 2008, Lille, France. <halshs-00319448>.
- LÉONARD Jacques, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubiers, collection historique, 1981.
- LÉONARD Jacques, *Archives du corps : la santé au XIX^e siècle*, Rennes, éd. Ouest France, 1986.

- LE ROUX Thomas, « L'émergence du risque industriel (France, Grande-Bretagne, XVIII^e – XIX^e siècle) », *Le Mouvement Social* 2014/4 (n° 249), p. 3-20. DOI 10.3917/lms.249.0003. LESPINET-MORET Isabelle, *L'Office du Travail, 1891-1914. La République et la réforme sociale*, Rennes, PUR, coll. Pour une histoire du travail, 2007.
- LETTÉ Michel, *Henry Le Chatelier (1850-1936)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.
- LIBERTAD Albert, *Le culte de la charogne. Anarchisme, un état de révolution permanente (1897-1908)*, Marseille, Agone, « Mémoires sociales », 2006. LOEZ André, Mariot Nicolas (dir.), *Obéir, désobéir : les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2008, p. 12.
- LINDENMANN Mary, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
- LOEZ André, *Si cette putain de guerre pouvait finir, histoire et sociologie des mutins de 1917*, thèse de doctorat d'histoire, Université Paul Valéry Montpellier III, dir. Frédéric Rousseau, 2009.
- LOEZ André, « Pour en finir avec le "moral" des combattants », dans Jean-François Muracciole, Frédéric Rousseau (dir.), *Combats. Hommage à Jules Maurin*, Montpellier, éd. Michel Houdiard, 2010, p. 108-119.
- MAJERUS Benoît, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, 2011/82, n° 1, p.102.
- MANCERON Gilles, « La Ligue des droits de l'homme dans la Grande Guerre : entre pacifisme et défense nationale », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 2015/127, [<http://chrhc.revues.org/4269>].
- MANDRESSI Rafael, « Félix Vicq d'Azir : l'anatomie, l'État, la médecine » : en ligne [<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/vicq.php>]
- MANDRESSI Rafael, « Félix Vicq d'Azyr et l'histoire de la médecine au XVIII^e siècle », *Medicina nei secoli*, n°20, 2008, p. 183-212.
- MANN Michael, *The Source of social power. The rise of classes and nation-states, 1760-1914*, volume 2, Londres, Cambridge University Press, 1986.
- MARIOT Nicolas, « Faut-il être motivée pour tuer », *Genèses*, 2003/n°53, p. 154-177.
- MARIOT Nicolas, *Bains de foule. Les voyages présidentiels en province, 1888-2002*, Belin, coll. « socio-histoires », 2006.
- MARIOT Nicolas, « Le paradoxe acclamatif, ou pourquoi les institutions n'ont pas de première fois », dans François Buton, Nicolas Mariot (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Puf, 2009, chap.7, p.169-190.
- MARIOT Nicolas, *Tous unis dans la tranchée*, Paris, Seuil, Univers historique, 2013.
- MARIOT Nicolas, « Avec qui on écrit l'histoire », *Genèses*, n°95, juin 2014, p. 136-155.
- MARLY Mathieu, *L'âme des régiments, le corps des sous-officiers : promotion, recrutement et discipline dans les rangs de l'armée française (1872-1914)*, thèse doctorat d'histoire, Jean-François Chanet (dir.), Université Lille 3, 2015.
- MARTIN Laurent, *Le Canard enchaîné : ou les fortunes de la vertu. Histoire d'un journal satirique 1915-2005*, Nouveau Monde Éditions, 2005.

- MARTY Thomas, « La production doctorale de la doctrine juridique : division du travail académique et politisation des thèses en droit sur les modes de scrutin (1885-1923) », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2011/2 (n° 25), p. 265-291.
- MARY Julien, « Ordonner ou persuader? Les ambiguïtés du discours militaire français à la veille de la Première Guerre mondiale », dans A. Loez, N. Mariot, *Obéir/désobéir. Les mutineries de 1917 en perspective*, Paris, La découverte, 2008.
- MARY Julien, « Quand deux historiographies dialoguent. Fait colonial et fait guerrier: Algériens et Français au miroir de la Grande Guerre », chap.7, Frédéric Rousseau (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, Outremont (Québec), Athéna, 2014, p. 239-283.
- MASSIOT Anaïs, PIGEARD-MICAULT Natalie, *Marie Curie et la grande Guerre*, Paris, Glyphe, 2014.
- MATHIAS Peter, O'BRIEN Peter, « Taxation in Britain and France 1715-1810 : a comparison of the social and economic incidence of taxes collected for the central government », *Journal of European Economic History*, 5, 1976, p. 601-650.
- MAYEUR Jean-Marie, *La vie politique sous la Troisième République 1870-1940*, Paris, Le Seuil, 1984.
- M'BOKOLO Élikia (dir.), *Afrique noire : histoire et civilisations*, t.2, XIX^e-XXI^e siècles, Paris Montréal, Hatier AUPELF, coll. « Universités francophones », 1992.
- MENGER Pierre-Michel, MARCHIKA Colin, PAYE Simon *et al.*, « La contribution des enseignants du secondaire à l'enseignement supérieur en France. Effectifs, affectations, carrières (1984-2014) », *Revue française de sociologie*, 2017/4 (Vol. 58), p. 643-677. DOI : 10.3917/rfs.584.0643.
- MONNIER Frédéric, *La politique des plaintes. Clientélisme et demandes sociales dans la Vaucluse d'Edouard Daladier*, Sèvres, La Boutique de l'histoire, 2007.
- MORICEAU Caroline, « L'hygiène à la Cristallerie de Baccarat dans la seconde moitié du XIX^e siècle. La santé ouvrière au cœur de la gouvernance industrielle », *Le Mouvement Social* 2005/4, n°213, p. 53-70
- MORTAL Patrick, *Les armuriers de l'État : du Grand Siècle à la globalisation 1665-1989*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2007.
- MOUNIER KHUN Alain, *Les médecins militaires français au XIX^e. Étude sociologique, formation professionnelle, carrières : de 1830 à 1910*, Paris, éd. Glyphe, 2014.
- MOULIN Anne- Marie, CHUVIN Pierre, *L'Islam au péril des femmes, une Anglaise en Turquie au XVIII^e siècle*, La Découverte, 1991.
- MOUTET Aimée, *Les logiques de l'entreprise: la rationalisation dans l'industrie française de l'entre-deux-guerres*, Paris, éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1997.
- MOUTET Aimée, « La rencontre des traditions militaires et civiles de rationalisation à l'occasion de la Première Guerre mondiale et ses conséquences », dans Pestre Dominique (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'Armement en France. De Gribeauval à la force de frappe*, CNRS éd., Paris, 2005, p. 241-259.
- MURARD Lyon, Zylbermann, Patrick, *Le petit travailleur infatigable, villes-usines, habitat et intimités au XIX^e siècle*, Paris, Recherches, 1980

- MURARD Lyon, Zylbermann, Patrick, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée*, Paris, Fayard, 1996.
- Nicoud Marilyn, *Aux origines d'une médecine préventive: les traités de diététique en Italie et en France (XII-XV siècles)*, Paris, Éditions de l'EPHE, 2000.
- Nicoud Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen-âge, Rome*, École française de Rome, 2007.
- Nicoud Marilyn, « Formes et enjeux d'une médicalisation médiévale : réflexions sur les cités italiennes (XIII^e-XV^e siècles) », *Genèses* 2011/1 (n° 82), p. 7-30
- Nicoud Marilyn, *Le Prince et les médecins. Pensée et pratiques médicales à Milan (1402-1476)*, Rome, École française de Rome, 2014.
- NOIRIEL Gérard, *État, nation et immigration vers une histoire du pouvoir*, Paris, Belin, 2001.
- NOIRIEL Gérard, *Penser avec, penser contre. Itinéraire d'un historien*, Paris, Belin, 2003.
- NYE Robert A. « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1, no 214, p. 19-36. DOI : 10.3917/lms.214.0019.
- OFFERLÉ Michel, *La Profession politique au XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Belin, 1999.
- OLIER François, Quénéc'hdu Jean-Luc, *Les hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918*, t.2, Paris, France Centre-Est, Louviers, Ysec éd., 2010.
- OLIVERA Philippe, « Histoires de violences et violence (sociale) de l'histoire » dans Buton François, Loez André, Mariot Nicolas et Olivera Philippe, (dir.), *Revue Agone*, 2014/53, L'ordinaire de la guerre, p. 11-36.
- OMNÈS Catherine, BRUNO Anne-Sophie (dir.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2003.
- PALMER Michael, « William Russel, du « travelling gentleman » au « special correspondent », 1850-1880 », *Le Temps des médias* 2005/1 (n° 4), p. 34-49.
- PAPPOLA Fabrice, *Le « bourrage de crâne » dans la Grande Guerre : approche socioculturelle des rapports des soldats français à l'information*, 3 vol., dir. Rémy CAZALS (dir.), thèse de doctorat d'histoire, Université Toulouse Le Mirail, 2007,
- PARAYRE Séverine, « L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIII^e – XIX^e siècles) : Protéger, renforcer et redresser le corps », *Recherches & Éducatives*, 2010, n°3, p.25-46.
- PERROLAT Sébastien, *Le service de santé dans la tourmente de 1914-1918. Évolution de la prise en charge des blessés et des pratiques de soins*, Thèse de doctorat d'histoire contemporaine, Frédéric Chauvaud (dir.), Université de Poitiers, 2006.
- PETITEAU Natalie, *Lendemain d'Empire. Les soldats de Napoléon dans la France du XIX^e siècle*, Paris, La Boutique de l'histoire, 2003.
- PIGEARD-MICAULT Natalie, « Nature féminine » et doctresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé*, 3 | 2013, 83-100.
- PHILIPPON Jacques, « Histoire de la Neurochirurgie à la Pitié Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales*, vol. 31, n° 97, 1997, p. 173-180.
- PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, *Voyage en grande bourgeoisie*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Sciences sociales et sociétés », 1997.

- PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, coll. « Repères » n° 294, 2016.
- PINELL Patrice, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1880-1940)*, Paris, Métailié, 1992.
- PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, Seuil, mars 2005, n° 156-157, p. 4-36.
- PINELL Patrice, « La genèse du champ médical, le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009/ vol. 50, no. 2, p 318-319.
- PINELL Patrice, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champs », dans Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, coll. « Lectures de... », 2012, p. 305-318.
- POLLET Gilles, PAYRE Renaud, « Analyse des politiques publiques et sciences historiques : quel(s) tournant(s) socio-historique(s) ? », *Revue française de sciences politiques*, 2005/1, vol. 55, p. 134.
- PROCHASSON Christophe « Entre science et action sociale : le “réseau Albert Thomas” et le socialisme normalien, 1900- 1914 », dans Topalov Christian (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La Nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1880-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999.
- PROCTOR Robert, *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*, Berkeley (Ca.), University of California Press, 2012.
- PROST Antoine, *Les Anciens Combattants et la société française, 1914-1939*, 3 vol. Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1977.
- PROST Antoine, « Le désastre sanitaire du Chemin des Dames », dans Nicolas Offenstadt (dir.), *Le Chemin des Dames, de l'événement à la mémoire*, Paris, Stock, 2004, p. 137-151.
- PROST Antoine, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918 », *Le Mouvement Social*, 2008/1 (n° 222), p. 41-60. DOI 10.3917/lms.222.0041. Pour les mutilés.
- PROVIDENCE Mathieu, « Boulanger avant le boulangisme. Un officier colonial tombé en République », *Politix*, 2005/4, n°72, p.155-179.
- RABIER Christelle, « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, janvier-mars 2010/vol. 359 DOI : 10.4000/ ahrf.11490.
- RAINHORN Judith, « Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb. Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XX^e siècle », *Politix*, 2010/3 n° 91, p. 7-26.
- RAPPAPORT Helen, *No Place for Ladies – The Untold Story of Women in the Crimean War*, Aurum Press, Londres, 2007.
- RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 2015/1, n° 33, p. 71-95.

- RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, 2016/4, n° 257, p. 71-91. DOI 10.3917/lms.257.0071.
- RAYNER Hervé, *Dynamique du scandale, de l'affaire Dreyfus à Clearsteam*, Paris, Le cavalier bleu, coll. «Mobilisations», 2007.
- RAYNER Steve, « Uncomfortable knowledge : The social construction of ignorance in science and environmental policy discourses », *Economy and Society*, vol. 40, n° 1, Londres, 2012.
- RENNEVILLE Marc, « Le propre de l'ordre. Hygiène et biopolitique en République », *Revue de Synthèse*, Springer Verlag/Lavoisier, 1999, p.621-635. RIBEILL Georges, *Le personnel des compagnies de chemin de fer. Des origines à 1914*, t.I, Paris, Développement et aménagement éd., 1980.
- RIDEL Charles *Les embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007.
- ROBERT Jean-Louis (dir.), *Histoire contemporaine*, Tome 2, Le XX^e siècle, Paris, Bréal, 1995.
- ROGERS Clifford-J., (dir.), *The Military Revolution Debate: Readings on the Military Transformation of Early Modern Europe*, ed. Boulder CO, Westview Press, 1995.
- ROSE Sarah. F, *No Right to Be Idle: The Invention of Disability, 1840s-1930s*, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2017.
- ROSENBERG Emily (ed.), *A World Connecting, 1870-1945*, Cambridge,Massachusetts: Harvard University Press, 2012.
- ROSENTAL Paul-André, « De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle » », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2009/1, n° 56, p. 83-98. DOI : 10.3917/rhmc.561.0083.
- ROSENTAL Paul-André, «Les guerres du poumon. La cigarette ou l'ignorance distribuée», *La Vie des idées*, 30 janvier 2013. [www.laviedesidees.fr/Les-guerres-du-poumon.html.]
- ROUBAN Luc, *La fonction publique*, Paris, éditions La Découverte, coll. Repères, (3^e éd.) 2010.
- ROUET Gilles, *Justice et justiciable XIX^e et XX^e siècles* Paris, Belin, « Histoire et sociétés-temps présent», 1999.
- ROUSSEAU Frédéric, *La Guerre censurée : une histoire des combattants européens de 14-18*, Paris, Seuil, 1999.
- ROUSSEAU Frédéric, « « Consentement ». Requiem pour un mythe « savant » », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 2008, vol. 91/3, p. 20-22.
- ROUSSEAU Frédéric (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, Outremont (Québec), Athéna, 2014.
- ROUSSEAU Frédéric, *14-18, penser le patriotisme*, Paris, Gallimard, Folio Histoire (n°227), 2018.
- ROUSSEL Pierre-Henri, *Les pastoriens du service de santé des armées*, thèse de doctorat de médecine, Université Claude Bernard-Lyon 1, 1997.

- ROUSSELIER Nicolas, « Le Parlement français et la Première Guerre mondiale », *Parlement[s]. Revue d'histoire politique*, Paris, L'Harmattan, 2008, n°10, p.1607-1609.
- ROSSIGNEUX-MÉHEUST Mathilde, *Vivre, vieillir et mourir en institution au XIXe siècle : genèse d'une relation d'assistance*, thèse d'histoire, dir. D. Kalifa, Université Paris I, 2015.
- ROYNETTE Odile, *Bon pour le service. L'expérience de la caserne en France à la fin du XIXe siècle*, Paris, Belin, 2000.
- ROYNETTE Odile, « Les conseils de guerre en temps de paix : entre réforme et suppression (1898-1928) », *Vingtième siècle*, janvier-mars 2002, p. 51-66.
- ROYNETTE Odile, « La statistique médicale de l'armée française au XIX^e siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? », dans P. KRASSNITZER et P. OVERATH (dir.), *Bevölkerungsfragen. Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich 1870-1939*, Cologne, Böhlau Verlag, 2007, p. 67-78.
- RUELLAN Denis, *Le Journalisme ou le professionnalisme flou*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2007. Sur les interrelations étroites entre ces deux secteurs d'activités Patrick Champagne, *Faire l'opinion. Le nouveau politique*, Minuit, Paris, 2015.
- RYFMAN Philippe, *Une histoire de l'humanitaire*, La Découverte, 2016.
- SAINT-FUSCIEN Emmanuel, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2011.
- SAINT-FUSCIEN Emmanuel, « Entre guerre et paix. La décennie décisive de la justice militaire française (1906-1916) », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 2015/1 (n° 33), p. 15-30.
- SALOMON-BAYET Claire (éd.), *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Paris, Payot, 1986.
- SANDEAU Jacques, « La santé aux armées. L'organisation du service et les hôpitaux. Grandes figures et dures réalités » (1^{ère} partie), *Revue du souvenir Napoléonien*, 2004/vol.450, p.17-27
- SANDEAU Jacques, « *La santé aux armées. L'organisation du service et les hôpitaux. Grandes figures et dures réalités* » (2^e partie) *Revue du souvenir Napoléonien*, 2004/vol.450, p.27-37.
- SARACENO Marco, *De la mesure du corps à la politique des corps. Une histoire des sciences du travail 1880-1920*, thèse de doctorat en sociologie et en histoire des sciences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013.
- SCHERPEREEL Philippe *Médecins et infirmières dans la guerre de Crimée : 1854-1856*, Paris, L'Harmattan, 2016.
- SERMAN William, *Les Officiers dans la nation, 1848-1914*, Paris, Aubier Montaigne, coll. « Collection historique », 1982.
- SIWEK-POUYDESSEAU Jeanne, *Les cabinets ministériels et leur évolution : de la III^e à la IV^e République*, Thèse de doctorat de recherches : Études politiques, dir. Maurice Duverger, Paris, Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 1962.
- SLÉZEC Anne-Marie, *Médecin au Front*, Paris, Sutton éditions, 2018.

- SIMÉANT Johanna, « Socialisation catholique et biens de salut dans quatre ONG humanitaires françaises », *Le Mouvement Social*, 2009/2, n° 227, p. 102. DOI : 10.3917/lms.227.0101.
- SIMLER Bernard, « Un socialiste, Gustave Delory (1857-1925) », dans *Revue du Nord*, 1976/56, n°221, p. 221-231.
- SOUBIRAN-PAILLET, Francine « Parlement, administrateurs et experts (1900-1914). Le discours de la compétence », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2007/1 no 93, p. 151-163. DOI : 10.3917/ving.093.015.
- TAITHE Bertrand, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the 'Modern' Age », dans Roger COOTER, Mark HARRISON and Steve STURDY (eds), *War, medicine and modernity*, Thrupp, Stroud, Sutton Publishing, 1998.
- TAITHE Bertrand, *Defeated flesh: welfare, warfare and the making of modern France*, Manchester, England, Royaume-Uni, Manchester University Press, 1999, p. 199-204.
- TAITHE Bertrand, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre. Le siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871) » dans Patrice BOURDELAIS, Olivier FAURE, *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII^e-XX^e siècles*, Paris, Belin, 2005.p. 227-242.
- TENARD Louis, « Un défenseur des hôpitaux militaires : Jean-François Coste », *Revue du Nord*, 1993, n°299, vol. 75, p. 149-180.
- THUILLIER Guy, *La retraite des fonctionnaires. Débats et doctrines (1790-1914)*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996.
- TILLY Charles, *Contraintes et capital dans la formation de l'Europe : 990-1990*. Paris, Aubier, 1992.
- TOPALOV Christian, *Naissance du chômeur, 1880-1910*, Paris, Albin Michel, coll. « L'évolution de l'humanité », 1994.
- TOPALOV Christian, « Langage de la réforme et déni du politique. Le débat entre assistance publique et bienfaisance privée ,1889-1903 ». *Genèses*, 1996 n° 23, « Histoire politique, histoire du politique II ». p. 30-52.
- TOPALOV Christian (dir.), *Laboratoire du nouveau siècle. La Nébuleuse Réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, éd.EHESS, 1999.
- TOURNAY Virginie, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix*, 2007/1, n° 77, p. 174.
- VAN DAMME Stéphane (dir.) *Histoires des sciences et des savoirs*, tome 1, De la renaissance aux Lumières, Paris, Seuil, 2015.
- VALLAT François, « Félix Vicq D'Azyr et l'épizootie de 1774-1776 », *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine et des sciences vétérinaires*, 2007, 7, p. 127-140.
- VANNEUVILLE Rachel, « 5. Le Conseil d'État au tournant du siècle, raison politique et conscience légale de la République », dans BARUCH Marc Olivier et al., *Serviteurs de l'État*, La Découverte, coll. « Espace de l'histoire », 2000, p. 97-108.
- VIET Vincent, *Les voltigeurs de la République. L'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS éd., 1994, vol.1, p. 258-271.

- VIET Vincent, « Le droit du travail s'en va-t-en guerre (1914-1918) », *Revue française des affaires sociales*, 2002/1, p. 156-157.
- VIET Vincent, « Médecins et médecine de guerre. Les origines confisquées de la santé publique en France », François Bouloc, Remy Cazals, André Loez (dir.), *Identités troublées, 1914-1918 : les identités sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*, Toulouse, Privat, 2011, p. 214-215.
- VIET Vincent, « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2012/2 (n° 59-2), p. 85-107. DOI : 10.3917/rhmc.592.0085
- VIET Vincent, *La santé en guerre 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, SciencePo Les Presses, 2015.
- VIET Vincent, « Hygiène intérieure et salubrité extérieure : un point aveugle de l'action publique ? Chronique de deux domaines séparés en France (1810-1917) », *Travail et emploi*, vol. 148, no. 4, 2016, p. 81-101.
- WALL Richard, WINTER Jay (eds), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe, 1914-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986.
- WALCH Jean, *Michel Chevalier économiste Saint-Simonien 1806-1879*, Bibliothèque d'histoire de la philosophie, Vrin, 2002.
- WEBER Max (Isabelle KALINOWSKI et Yves SINTOMER), *La Domination*, Paris, La Découverte, coll. « Politique et sociétés », 2013.
- WEISZ George, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, 7, 1994.
- WILFERT-PORTAL Blaise, « Aux sources d'une histoire controversée : une lecture de 14-18 Retrouver la guerre de Stéphane Audoin-Rouzeau et d'Annette Becker », dans Buton François, Loez André, Mariot Nicolas et Olivera Philippe, (dir.), *Revue Agone*, 2014/53, L'ordinaire de la guerre, p.37-59.
- WINTER Jay, *The Great War and the British people*, Cambridge, Harvard University Press, 1986.
- WRIGHT Vincent, « L'épuration du Conseil d'État en juillet 1879 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1972, p. 621-653.
- WRIGHT Vincent (Anceau Éric éd.), *Les préfets de Gambetta*, Paris, Presses de Paris Sorbonne, 2007.
- YVERT Benoît (dir.), *Premiers ministres et présidents du Conseil. Histoire et dictionnaire raisonné des chefs du gouvernement en France (1815-2007)*, Paris, Perrin, 2007.
- YOUNG D. A. B., « Florence Nightingale's fever », *British Medical Journal*, 1995/vol. 311, n°7021, p.1697-1700.

4 Bases de données biographiques

Base de données biographiques de l'Assemblée Nationale :

[<http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/recherche>]

Base de données biographiques des Archives Nationales LEONORE :

<http://www2.culture.gouv.fr/documentation/leonore/recherche.htm>

Base biographiques de l'Académie Nationale de Médecine :

[<http://bibliotheque.academie-medecine.fr/membres/resultat-de-recherche-membres/>]

Base biographiques des Archives de l'Institut Pasteur

[<https://webext.pasteur.fr/archives/f-bio.html>]

Base biographiques de la BIU de santé :

[<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?cle=8159>]

Base de données « Identifiant et Référentiels pour l'enseignement supérieur »

[<https://www.idref.fr/>]

TABLES DES MATIÈRES

Introduction générale.....	1
Penser avec, penser contre.....	2
GUERRE MÉDECINE ET SANTÉ EN 14-18 : DU MYTHE D'INSTITUTION AU MYTHE CULTURALISTE.....	3
CE QUE LA GUERRE FAIT À L'ÉTAT SOCIAL.....	12
L'ARMÉE, LA GUERRE ET LA PRÉSERVATION DU CAPITAL HUMAIN.....	21
De la possibilité d'une réforme de la santé en temps de guerre.....	26
L'ADMINISTRATION DES BLESSÉS ET MALADES MILITAIRES COMME « PROBLÈME PUBLIC »..	27
MISE EN GUERRE DU CHAMP MÉDICAL ET DYNAMIQUE SOCIALE DE LA RÉFORME.....	32
LE CARTON ET L'OBJET (SOURCES ET MÉTHODES).....	36
TEMPS LONG DES INSTITUTIONS ET TEMPS COURT DE L'ÉVÈNEMENT.....	40
Chapitre premier : Gouverner la santé des hommes en armes genèse, institutionnalisation et points de véto d'une politique (1770-1914).....	43
1 L'Émergence d'une rationalité préservatrice dans le monde militaire : des années 1770 aux années 1840.....	46
1.1 LA SANTÉ AUX ARMÉES : CONSTRUCTION D'UNE ADMINISTRATION SANITAIRE ET NAISSANCE DE LA CLINIQUE AU XVIII ^e SIÈCLE.....	47
1.1.1 NAISSANCE UNE ADMINISTRATION SANITAIRE.....	48
1.1.2 L'HOSPITALISATION MILITAIRE ET LA NAISSANCE DE LA CLINIQUE.....	51
1.2 MÉDECINE SOCIALE ET HYGIÈNE : UNE GENÈSE MILITAIRE ?.....	54
1.2.1 MÉDECINS D'ARMÉE « RÉFORMATEURS » ET LOGIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE.....	55
1.2.2 DES PLAIDOYERS AUX PREMIÈRES INSTRUCTIONS OFFICIELLES : LES ÉLITES MÉDICALES DANS L'ARMÉE ET LA NAISSANCE DE L'HYGIÈNE MILITAIRE.....	60
1.3 FORMATION DU CHAMP MÉDICAL MODERNE ET PREMIÈRE INSTITUTIONNALISATION DE L'HYGIÈNE (1794-1850) : UNE MARGINALISATION DE L'HYGIÈNE MILITAIRE ?.....	75
1.3.1 UN NOUVEL ORDRE MÉDICAL.....	75
1.3.2 FORMATION D'UN PREMIER ESPACE INSTITUTIONNEL DE L'HYGIÈNE.....	81
1.3.3 UNE MARGINALISATION RELATIVE DE LA MÉDECINE MILITAIRE ?.....	86
2 L'institutionnalisation d'une politique de santé militaire (1850-1900).....	95
2.1 PROFESSIONNALISATION DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DYNAMIQUE D'AUTONOMISATION DU SERVICE : LES RÉFORMES DU SECOND EMPIRE (1850-1860).....	96
2.1.1 UNE REPRISE EN MAIN POLITIQUE ?.....	97

2.1.2	REFONDER SCIENTIFIQUEMENT LA FORMATION	100
2.2	DE LA CRIMÉE À LA COMMUNE, OU COMMENT LA SANTÉ DES MILITAIRES DEVIENT UN PROBLÈME PUBLIC	107
2.2.1	NAISSANCE D'UN SAVOIR D'ÉTAT : FORMATION ET USAGES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE EN MÉDECINE MILITAIRE	115
2.2.2	L'HYGIÈNE À LA CASERNE OU L'ARMÉE COMME ÉDUCATRICE NATIONALE.....	128
2.2.3	CONSTRUCTION D'UNE MÉDECINE SCIENTIFIQUE DES ÉPIDÉMIES ET AUTONOMISATION DU CORPS DE SANTÉ.....	135
3	« L'armée menace la race » : les logiques sociales des mises en causes politiques de la santé militaire (1890-1914)	140
3.1	DE L'ANTIMILITARISME À LA RÉFORME SOCIALE : CONSTRUCTION ET ÉLARGISSEMENT DE LA CAUSE (1892-1904).....	141
3.1.1	BRUTALITÉ ET MAUVAIS TRAITEMENTS, LES PREMIÈRES MISES EN CAUSE DU SSM AU PARLEMENT	142
3.1.2	L'ARMÉE LA PLUS SAINTE D'EUROPE ?	145
3.2	MISES EN CAUSE DU COMMANDEMENT ET LUTTES POUR LE GOUVERNEMENT DES CORPS AUX ARMÉES	147
3.2.1	LES SERVICES SONT DES AUXILIAIRES DU COMMANDEMENT	148
3.2.2	LA LOI DE 3 ANS, UN « CRIME CONTRE LA JEUNESSE FRANÇAISE ET CONTRE LA NATION » : 1913-1914.....	151
Chapitre 2 : Entre le droit et la faveur. Les logiques inégalitaires de la prise en charge étatique des infirmités militaires (1831-1914).....		161
1	L'administration des infirmités militaires (1831-1914) : institutionnalisation d'un droit et bureaucratisation des faveurs	165
1.1	CONSTRUCTION DE L'ARMÉE MODERNE ET GENÈSE MILITAIRE DE LA CITOYENNETÉ SOCIALE	166
1.1.1	DROIT À LA RETRAITE ET STATUT DES OFFICIERS : RALLIER L'ARMÉE AU NOUVEAU RÉGIME APRÈS L'ÉPURATION	167
1.1.2	LA PROTECTION SOCIALE DES MILITAIRES, OU COMMENT INTÉRESSER LES GENS DE GUERRE À L'ÉTAT	169
1.2	UN DROIT SOCIAL CONDITIONNÉ ET RÉSERVÉ D'ABORD À LA HIÉRARCHIE.....	171
1.2.1	CE QUE « PENSIONNÉ » VEUT DIRE	172
1.2.2	REVALORISATION ET RATIONALISATION DE LA TARIFICATION DES CORPS	177
1.3	L'ENVERS DU DROIT : UNE POLITIQUE DES SECOURS.....	183
1.3.1	LA DISTRIBUTION DES FAVEURS.....	184
1.3.2	LA RÉPUBLICANISATION DES FAVEURS : AFFINER, DIFFÉRENCIER, OBJECTIVER	186

2 De l'inapte à l'ayant-droit : les mécanismes de la disqualification 1893-1914	193
2.1 LA GRANDE FABRIQUE DES INFIRMES 1893-1909	193
2.1.1 MODALITÉS DE PRODUCTION ET ANGLES MORTS DES CHIFFRES OFFICIELS	193
2.1.2 RADIATIONS POUR INAPTITUDE ET MESURES DE RÉPARATION (1893-1909)	202
2.2 LA FABRIQUE BUREAUCRATIQUE DES AYANTS DROIT, OU QUAND LA GUERRE FAIT LE DROIT	210
2.2.1 LE RÔLE CLÉ DU COMMANDEMENT	210
2.2.2 LE MINISTRE JUGE ET PARTI ?	214
2.3 LE CONSEIL D'ÉTAT, CONTRE-POUVOIR OU INSTRUMENT DE GOUVERNEMENT ?	216
2.3.1 LA JURISPRUDENCE « LIBÉRALE » DU CONTENTIEUX	216
2.3.2 LES RECOURS EN CONTENTIEUX OU LES LIMITES DE LA JUDICIARISATION (1893-1909)	221
Chapitre 3 : Le droit à réparation sous l'uniforme ou l'impossible réforme des pensions (1900-1914)	231
1 Une problématique de la reconnaissance (1875-1900)	236
1.1 DE LA COMPASSION AU DROIT À L'ASSISTANCE	237
1.2 RECONNAISSANCE SYMBOLIQUE, REVENDICATIONS CATÉGORIELLES ET ÉMERGENCE D'UN SENS COMMUN RÉFORMATEUR	241
2 Faire « une 1898 des militaires » : le droit à réparation à l'épreuve de la raison d'État dans l'arène parlementaire (1900-1914)	245
2.1 LA FORMATION D'UN SENS COMMUN RÉFORMATEUR (1900-1905)	246
2.2 L'ÉMERGENCE DE DEUX RÉPERTOIRES DE RÉFORMES CONCURRENTS (1905-1907)	256
2.3 QUANT LA CONSCRIPTION CHANGE LA DONNE : PRÉPARATION DE LA LOI DE 3 ANS ET RÉACTIVATION DES LUTTES (1911-1914)	276
3 Au-delà du Parlement : points de véto et logique(s) des oppositions à la réforme	286
3.1 DES MODÈLES D'INTERVENTION SOCIALE CONCURRENTS	287
3.2 LA STRUCTURATION DE L'EXPERTISE-MÉDICO LÉGALE CIVILE MENACE L'EXPERTISE MÉDICO-MILITAIRE	297
Chapitre 4 : La mise en scandale du Service de Santé Militaire (août-décembre)	307
1 L'armée et les blessés en 1914 : naissance d'un problème	309
1.1 BLESSURES DE GUERRE ET BLESSÉS DANS L'ARMÉE FRANÇAISE DE 1914 :	310
1.1.1 « MOINS ON EN FAIT, MIEUX ON FAIT ! » : MISES EN CAUSE ET RÉACTUALISATION D'UNE DOXA MÉDICALE À LA VEILLE DE LA GUERRE	310

1.1.2 CONSOMMER SANS COMPTE : LES PERTES PAR BLESSURES EN 1914	319
1.2 GESTION ET USAGES POLITIQUES DE LA BLESSURE DE GUERRE	322
1.2.1 SURVEILLER ET CONTENIR : LES BLESSÉS COMME PROBLÈME DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE.....	327
1.2.2 LES BLESSÉS COMME ENJEU DE CONFLIT INTERNE À L'ARMÉE	331
2 La presse et la fabrique du « scandale » des blessés	333
2.1 DES LEADERS D'OPINION QUI S'ADRESSENT AUX MILIEUX DIRIGEANTS	333
2.2 AUX LENDEMAINS DE LA MARNE : UNE SEMAINE CRITIQUE.....	337
2.3 RIPOSTE DE LA 7 ^E DIRECTION ET DURCISSEMENT DES POSITIONS (OCTOBRE-NOVEMBRE 1914)	341
3 La production sociale de l'inacceptable : dynamiques du scandale à travers la correspondance de Barrès	353
3.1 DÉCLOISONNEMENT DU MONDE MILITAIRE ET MISE EN SCANDALE	355
3.1.1 QUI PREND LA PAROLE ?	355
3.1.2 « IL Y A LÀ UN SCANDALE QUI NE PEUT DURER ».....	359
3.2 LE DÉSAJUSTEMENT DES RÔLES SOCIAUX AU PRINCIPE DE LA CRITIQUE	361
3.2.1 DES ATTENTES DÉÇUES	362
3.2.2 « L'ÂME DU MÉDECIN » ET LE « DEVOIR DU SOLDAT », OU LES DÉVOUEMENTS CONTRARIÉS.....	364
Chapitre 5 : Réformer au nom des compétences : le retour des élites médicales et parlementaires (automne 1914 – été 1915).....	373
1 Amender sous la pression des circonstances : la réforme du point de vue de la médecine militaire.....	374
1.1 LA CHIRURGIE DE GUERRE FACE À L'ÉVÈNEMENT : AJUSTER LA PRATIQUE AUX CIRCONSTANCES.....	376
1.2 LES PASTORIENS ET L'ENQUÊTE SUR LA TYPHOÏDE OU COMMENT LA GUERRE DE POSITION LÉGITIME LA LUTTE PROPHYLACTIQUE À L'AVANT	381
1.3 « METTRE TOUT LE MONDE À SA PLACE » ET RÉFORMER LE DISPOSITIF HOSPITALIER À L'INTÉRIEUR	384
2 Le gouvernement sanitaire de la guerre comme enjeu dans le champ politique : la construction d'un programme réformateur	393
2.1 FEUX ET CONTRE-FEUX : LA MISE EN PLACE DE LA COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.....	394
2.1.1 UN INSTRUMENT DE GOUVERNEMENT AUX MAINS DU MINISTÈRE ?	397

2.1.2 UN MANIFESTE RÉFORMATEUR.....	406
2.2 LES COMMISSIONS D'ENQUÊTE DE LA CHAMBRE ET DU SÉNAT : AU-DELÀ DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE, UNE AUTRE RAISON RÉFORMATRICE	414
2.2.1 LA COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA CHAMBRE : LÉGITIMITÉ POLITIQUE CONTRE LÉGITIMITÉ EXPERTE ?	414
2.2.2 UN AUTRE DISCOURS DE LA RÉFORME ?	418
2.2.3 LE RALLIEMENT DE LA COMMISSION DE L'ARMÉE DU SÉNAT (JUN-JUILLET 1915)	426
2.2.4 LES RAPPORTS DECKER ET DEBIERRE : LE SÉNAT ADOUBE GODART	430
3 La réforme du point de vue du champ médical	442
3.1 GOUVERNER LA SANTÉ PAR LES COMPÉTENCES	443
3.2 IL N'Y A PAS DE CHIRURGIE DE GUERRE, IL N'Y A QUE LA CHIRURGIE	448
Chapitre 6 : Logiques sociales et limites pratiques de la réforme.....	455
1 La médicalisation des mains d'œuvre de l'armement.....	456
1.1 SERVICES MÉDICAUX ET SANTÉ DANS LES USINES D'ARMEMENT DE LA GUERRE – 1892-1914	460
1.1.1 1892-1897 : LA GÉNÉRALISATION DES SERVICES DE MÉDECINE DANS LES USINES DE GUERRE DE L'ÉTAT.....	461
1.1.2 FONCTIONNEMENT DES SERVICES MÉDICAUX ET RÔLE DES MÉDECINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DÉPENDANTS DE L'ARTILLERIE : 1897-1914	463
1.2 1914-1915 : MÉDICALISER LE TRAVAIL EN RÉGIME D'EXCEPTION	467
1.2.1 « FAIRE AVEC » ET LUTTER CONTRE LES INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES : NAISSANCE D'UN RÉGIME SPÉCIAL DE CONTRÔLE.....	469
1.2.2 « LE SERVICE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ DES TRAVAILLEURS » : UNE EXPERTISE DÉDIÉE À LA RÉFORME.....	471
1.2.3 LA SANTÉ PUBLIQUE CONTRE LA SANTÉ AU TRAVAIL ?.....	477
1.2.4 LE CONTRÔLE NEUTRALISÉ ?.....	480
1.2.5 DEUX POINTS DE VÉTO : VACCINATIONS ET « VISITE MÉDICALE D'EMBAUCHAGE ».....	481
2 Le Groupement des Services Chirurgicaux et Scientifiques (GSCS) ou les limites d'une entreprise d'avant-garde.....	488
2.1 LA DIFFICILE INSTITUTIONNALISATION D'UN « POSTE AVANCÉ » DE LA RÉFORME DU SERVICE DE SANTÉ.....	493
2.1.1 BRÈVE DESCRIPTION DU GROUPEMENT : UNE INSTITUTION MODÈLE ?.....	493
2.1.2 L'HISTOIRE D'UN ÉCHEC ?	496

2.1.3 L'ORDINAIRE D'UNE ENTREPRISE DE RÉFORME EN TEMPS EN GUERRE	501
2.2 AU-DELÀ DE BOULEUSE : SERVICE DE SANTÉ ET CHAMP MÉDICAL À L'ÉPREUVE DE LA MISE EN GUERRE	504
2.2.1 SE COMPTER ET BÂTIR UNE ÉQUIPE : DÉCLOISONNEMENT DE LA MÉDECINE MILITAIRE OU ENTRE SOI SCIENTIFIQUE ?	504
2.2.2 « ET LE DROIT DE DEMANDER, ET L'ESPOIR D'OBTENIR » : DISPOSITIONS ET TRANSGRESSIONS RÉFORMATRICES.....	511
2.2.3 DEVENIR UNE "UNIVERSITÉ MÉDICALE DE GUERRE"	516
Conclusion Générale	529
MÉDICALISATION ET POLITISATION DE LA SANTÉ MILITAIRE	529
DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE EN GUERRE.....	532
LE CHAMP MÉDICAL EN SES MÉTAMORPHOSES.....	533
Sources et bibliographie	537
I Archives.....	537
1.1 GUIDES DES SOURCES.....	537
1.2 CENTRE DE DOCUMENTATION DU MUSÉE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DU VAL- DE-GRÂCE, ARCHIVES DE LA DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (CDM/VDG/ADSSM)	538
1.3 SERVICE HISTORIQUE DE LA DÉFENSE.....	538
1.3.1 SERVICE HISTORIQUE DE LA DÉFENSE, SECTION TERRE (SHDT)	538
1.3.2 CENTRE DES ARCHIVES DE L'ARMEMENT ET DU PERSONNEL CIVIL (CAAPC- CHÂTELLERAULT) SOUS-SÉRIES 2H2 ARCHIVES DE LA MAC, 2H3 MAT, 2G2 BERGERAC, 3H10 TARBES	538
1.4 ARCHIVES NATIONALES (AN)	539
1.4.1 SOUS-SÉRIE F/7 POLICE (1789-1985), F/7/12936 à 12939. « GUERRE DE 1914- 1918 » RAPPORTS DES PRÉFETS ET DES COMMISSAIRES DE POLICE.	539
1.4.2 SOUS-SÉRIE F/22 « TRAVAIL ET SÉCURITÉ SOCIALE (1852-1951) » - F/22/530 à 542 « GUERRE DE 14-18 : USINES DE GUERRE, PLACEMENT DES MUTILÉS DE GUERRE, TRANSFORMATION DES FABRIQUES DE GUERRE EN FABRIQUE DE PAIX, LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE. 1914-1919 ».	540
1.4.3 DOSSIERS LÉGION D'HONNEUR:.....	541
1.5 ARCHIVES DU MUSÉE CURIE – FONDS PRIVÉS – REGAUD, CLAUDIUS	542
1.5.1 AMC, CLAUDIUS REGAUD/HÔPITAL D'ORIGINE D'ÉTAPE DE BOULEUSE / ÉCRITSEN TANT QUE DIRECTEUR DU GROUPEMENT DES SERVICES CHIRURGICAUX ET SCIENTIFIQUES. (GSCS).....	542
1.5.2 AMC, CLAUDIUS REGAUD/HÔPITAL D'ORIGINE D'ÉTAPE DE BOULEUSE / AI CENTRE D'INSTRUCTION MÉDICO-MILITAIRE.....	544
1.6 BNF, FONDS MAURICE BARRÈS, CORRESPONDANCE REÇUE, NAF 28210 II.....	545

1.7 AUTRES FONDS ARCHIVES DU SÉNAT	547
1.7.1 ARCHIVES DU SÉNAT	547
1.7.2 ARCHIVES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER	547
1.7.3 ARCHIVES ET MANUSCRITS DE LA BIBLIOTHÈQUE INTERUNIVERSITAIRE DE SANTÉ	547
1.7.4 ARCHIVES ET MANUSCRITS DE LA BIBLIOTHÈQUE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,	547
2 Sources imprimées.....	548
2.1 DONNÉES BIOGRAPHIQUES	548
2.1.1 ANNUAIRES	548
2.1.2 NOTICES BIOGRAPHIQUES/NÉCROLOGIQUES.....	548
2.2 LOIS, DÉCRETS, INSTRUCTIONS, CIRCULAIRES	548
2.2.1 PUBLICATIONS OFFICIELLES MINISTÈRE DE GUERRE	548
2.2.2 STATISTIQUES MÉDICO-MILITAIRES	549
2.2.3 LÉGISLATIONS CIVILE ET MILITAIRES : RECUEILS ET COMMENTAIRES.....	549
2.2.4 CONSEIL D'ÉTAT	550
2.3 SOURCES PARLEMENTAIRES	550
2.3.1 DÉBATS ET ANNEXES.....	550
2.3.2 RAPPORTS PARLEMENTAIRE JANVIER 14-JUILLET 1915.....	551
2.4 PROTECTION SOCIALE MILITAIRE.....	552
2.4.1 ASSISTANCE MILITAIRE	552
2.4.2 HYGIÈNE ET MÉDECINE	554
2.4.3 DANS DES PÉRIODIQUES.....	555
2.4.4 EXPERTISE.....	556
2.4.5 CHIRURGIE ET MÉDECINE DE GUERRE	556
3 Bibliographie	557
4 Bases de données biographiques.....	579