

REVUE
HISTORIQUE
DES
ARMÉES

Revue historique des armées

254 | 2009

Les conséquences militaires des traités de paix

Les hôpitaux militaires sous tentes et baraqués au XIX^e siècle

Nicolas Meynen



Édition électronique

URL : <http://rha.revues.org/6543>

ISBN : 978-2-8218-0520-0

ISSN : 1965-0779

Éditeur

Service historique de la Défense

Édition imprimée

Date de publication : 15 mars 2009

Pagination : 92-109

ISSN : 0035-3299

Référence électronique

Nicolas Meynen, « Les hôpitaux militaires sous tentes et baraqués au XIX^e siècle », *Revue historique des armées* [En ligne], 254 | 2009, mis en ligne le 24 janvier 2012, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://rha.revues.org/6543>

Ce document a été généré automatiquement le 30 septembre 2016.

© Revue historique des armées

Les hôpitaux militaires sous tentes et baraqués au XIX^e siècle

Nicolas Meynen

- 1 L'adaptation de l'assistance médicale au plus près des opérations de combat correspond dès le XVI^e siècle ¹ à une spécialisation des établissements militaires pour une meilleure efficacité des soins aux soldats malades et blessés en un court espace de temps ².
- 2 Parmi les formations du service de santé régimentaire au combat chargées des premiers soins aux blessés et autres malades de guerre, certaines sont organisées sous des tentes ou des baraques en bois, structures légères et mobiles aujourd'hui entièrement disparues du patrimoine militaire ³. Ce sont précisément ces organisations hospitalières en temps de guerre qui font émerger deux types d'hôpitaux temporaires dits sous tentes et baraqués, fermés aux termes des opérations militaires. L'emploi de ce dispositif en temps de paix par le service de santé civil replace les progrès de la médicalisation et des principes hygiéniques dans le service de santé militaire au cœur du développement des hôpitaux en France ⁴. Comment ce mode opérationnel de construction, à l'origine d'un nouveau type d'hospitalisation, se réalise-t-il alors que l'autonomie du service militaire de santé ne date que de 1882 ?

Le service de santé des armées

- 3 Les commissaires des guerres institués en 1717 sont investis par l'ordonnance du 1^{er} janvier 1747 d'une autorité spéciale dans le service de santé militaire. Ils sont chargés de l'autorité disciplinaire et de la gestion administrative, donc du contrôle financier des hôpitaux militaires. C'est le point de départ d'une lutte longue, « *âpre et continue* » entre le corps médical et l'Intendance. Les médecins et les chirurgiens se plaignent de cette tutelle qui les décharge des tâches administratives mais les prive d'une autonomie de gestion et de fournitures suffisantes. Le service de santé, dépourvu d'une autonomie propre, dispose néanmoins, et contrairement aux hôpitaux civils, d'une unité administrative solide et somme toute suffisamment efficace pour permettre de grandes

réformes et des avancées importantes en matière d'hospitalisation et de chirurgie. Après avoir réclamé son autonomie pendant près d'un siècle, le service de santé des armées l'obtient en 1889. La faculté qui lui est alors donnée de ne plus dépendre du commandement du corps d'armée⁵, au même titre que le personnel des services administratifs, revient à faire de lui un corps constitué, analogue à un corps de troupe, formé d'un ensemble d'éléments jusqu'alors désunis : les ambulances, les hôpitaux, les infirmeries, les dépôts de convalescents, les évacuations⁶.

- 4 Un siècle, c'est donc le temps qu'il faut aux autorités militaires pour s'accorder, par réformes successives⁷, à ne plus penser que « *la vraie responsabilité médicale n'implique pas l'autorité médicale dans l'armée ni sur l'ensemble du service de santé. Cette autorité, qui appartient au pouvoir militaire, ne saurait être confiée, ni par délégation, ni autrement, aux médecins qui ne peuvent l'exercer à aucun titre* »⁸. En 1793, un des auteurs du projet de décret sur l'administration et la surveillance des hôpitaux militaires s'étonne « *que l'on ait confié aux commissaires des Guerres tous les ordres de détails concernant le service et l'administration des hôpitaux et que l'on n'ait jamais songé à en charger exclusivement les officiers de santé qui réunissent les connaissances médicales et administratives* »⁹. Il poursuit encore : « *L'officier de santé doit être considéré comme l'âme du service d'un hôpital ; c'est lui qui en doit régler l'ordre, en diriger la marche et faire tout concourir aux biens du malade.* »¹⁰ Selon Brice et Bottet : « *Les dispositions libérales du règlement (du 30 floréal An IV - 19 mai 1796 -, sur les hôpitaux ambulants) permettaient (aux officiers de Santé) de songer à une autonomie qu'ils possédaient en réalité.* »¹¹ Or, dans les faits, le rattachement des médecins aux services administratifs a de très graves inconvénients, notamment dans la pratique de la chirurgie de bataille : « *Tantôt les chefs du service de santé ne disposent pas du matériel sanitaire existant, tantôt ce matériel n'a pas été prévu, tantôt le personnel fait défaut, tantôt il est soustrait à leurs ordres* ». Les guerres de la Révolution et de l'Empire révèlent la nécessité de réformer le système sanitaire des armées pour introduire l'assistance médicale au combat. Durant la campagne de 1793, alors que l'armée espagnole a pris les hôpitaux de Bellegarde, des Bains, d'Arles, de Prat de Mallo, limitant les ressources hospitalières de l'armée française à l'hôpital de Villefranche, les officiers de santé ne peuvent que réclamer en vain l'organisation des hôpitaux nécessaires. En effet, il semble, d'après le rapport de Louis de Noailles sur les hôpitaux militaires en date du 25 juillet 1791, que le traitement des malades ou des blessés repose uniquement sur des établissements permanents : hôpitaux de première et de seconde classe, hôpitaux civils, hospices particuliers, asiles, infirmeries de quartiers. Dans l'armée en voie de formation, le service de santé souffre de l'absence d'une véritable unité de direction. Cette lacune ne permet aucun progrès en matière sanitaire¹². Les médecins-chefs, les chirurgiens-chefs, et les pharmaciens-chefs, attachés au quartier général de chaque armée, ne sont responsables que de l'exécution des soins.
- 5 La loi du 3 ventose An II (21 février 1794) et le règlement concernant les hôpitaux militaires du 7 ventose suivant (25 février 1794) confient la direction et la surveillance de tout ce qui est relatif à la santé des troupes, à une commission de santé créée au sein de l'administration centrale. « *Les ordres d'exécutions sont donnés, à l'intérieur, par décret du corps législatif, aux armées, par le commissaire général.* »¹³ Les hôpitaux ambulants créés en même temps que les hôpitaux sédentaires par la loi du 5 mai 1792 constituent la partie originale du service de santé des armées en se transformant peu à peu au combat. La Convention nationale rétablit les écoles de santé à Paris, à Montpellier et à Strasbourg, destinées à former des officiers de santé pour le service des hôpitaux militaires et de marine¹⁴. La Restauration institue un brevet afin de contrôler le recrutement des officiers

de santé¹⁵. Le décret du 2 novembre 1833 s'attache à définir les bases du corps des médecins, des chirurgiens et des pharmaciens régimentaires, placés sous les ordres du commandement des armées, et leur attribue les fonctions d'hygiénistes. La loi du 19 mai 1834 leur accorde le bénéfice de l'état d'officiers. Ils sont constitués en corps de santé, par décret du 28 mars 1852 en vigueur jusqu'à la loi de 1882.

- 6 Ces différentes mesures constituent des progrès réels mais incomplets car le service reste subordonné à l'autorité directe du commandant et, en matière de finances, à l'Intendance¹⁶ qui a succédé au corps des commissaires des guerres. Les récits des médecins de l'Empire engagés dans la campagne d'Italie montrent l'impuissance du service de santé régimentaire au combat, « *non seulement parce qu'on ne lui fournit pas le nécessaire, mais encore et surtout, parce qu'il n'a pas l'autorité voulue pour remplir son office* »¹⁷. Le corps médical militaire reproche à ses tutelles de se contenter d'un « *simulacre* » de secours pour les malades ou les blessés ; il lui attribue même, pendant plus d'un siècle, la mauvaise organisation, disons presque l'inexistence du service de santé¹⁸. Les effets cruels de cette « *anomalie* » sont quantifiés en pertes humaines par le médecin principal Chenu : guerre de Crimée, 1865, 95 615 morts. Cependant que l'on note des progrès importants dans le corps de santé militaire de l'armée anglaise, la guerre de Crimée constitue une lourde épreuve pour toutes les autres armées engagées. L'autonomie du service de santé militaire français s'impose, d'une part, du fait des désastres sanitaires des campagnes du Second Empire, et d'autre part, du fait de l'évolution des sciences médicales qui démontre l'inadaptation d'un système hérité du XVIII^e siècle. L'article 16 du décret du 28 mars 1852 contient : « *Les directeurs du service de santé dans les hôpitaux et les ambulances sont pris parmi les membres du corps des médecins militaires. Ils ont, en ce qui concerne le service de santé, l'autorité sur tout le personnel militaire et civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service : ils donnent des ordres en conséquence aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers, aux soldats (...). Ils surveillent le matériel et les magasins d'hôpitaux et d'ambulances.* » L'exemple d'organisation des services de santé américains lors de la guerre de Sécession (1861-1865) et anglais lors des expéditions coloniales¹⁹, et surtout le prestige acquis par les médecins depuis les découvertes de Pasteur favorisent dans l'opinion l'idée de régler définitivement les rapports entre officiers d'administration des hôpitaux militaires et officiers de santé en faveur de ces derniers. Enfin, la loi du 16 mars 1882, complétée par celle du 18 juillet 1889, crée la direction spéciale du service de santé militaire, la 7^e direction du ministère de la Guerre, tout en maintenant encore sa dépendance vis-à-vis de l'Intendance en ce qui concerne l'ordonnancement des dépenses du service, la prévision et la surveillance du matériel. Elle libère totalement le directeur du service de santé dans ses rapports avec la direction du service du corps d'armée : « *Dans les hôpitaux [militaires], l'action du directeur du service de santé s'étend à toutes les mesures relatives à l'organisation, à l'hygiène et aux soins médicaux, au service pharmaceutique, à la répartition et à l'emploi du personnel militaire (...).* »²⁰ De même, cette loi facilite notablement l'action des médecins. Leur collaboration en qualité d'hygiénistes avec les officiers du génie représentant les architectes de l'armée est recommandée lors du premier Congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitat tenu à Paris en 1904 pour l'établissement de projets d'habitation militaires²¹. En 1905, les officiers d'administration, toujours employés dans les directions régionales du service de santé et dans les hôpitaux, sont exclusivement placés sous les ordres, soit des médecins-directeurs, soit des médecins-chefs²².

- 7 Les progrès en matière de santé militaire (organisations matérielles ; formation des médecins militaires ; chirurgie) sont entrepris avant que le corps médical n'assume la pleine responsabilité de son service. Jusqu'en 1948, chaque service de santé est géré par une direction qui lui est propre²³. Le 1^{er} janvier 1848, est créée momentanément une direction unique.

Les hôpitaux ambulances

- 8 Le déploiement des formations sanitaires de combat, c'est-à-dire des ambulances²⁴, des hôpitaux d'ambulance (appelés ambulances dans les années 1880)²⁵, des hôpitaux sédentaires et de campagne constitue l'ensemble de l'organisation matérielle sous tentes ou sous baraques en bois. L'ordonnance du 2 mai 1781, portant règlement général concernant les hôpitaux militaires, résume les règlements antérieurs. Il y est question de l'ambulance sommairement définie comme un hôpital sédentaire rapproché du champ de bataille. L'urgence de guérir les hommes blessés au combat commande la rapidité d'intervention avec les moyens les plus efficaces. Selon la loi du 5 mai 1792, sont établis à la suite des troupes, des hôpitaux sédentaires et des hôpitaux ambulants, où les militaires de tous grades et en général tous les citoyens attachés aux dites troupes pour leur service sont admis et traités aux frais de l'État. Pendant la durée de suractivité de leurs débuts, les ambulances volantes installées dans la zone de l'avant²⁶, fonctionnent comme des postes de secours²⁷, assurant le couchage, l'alimentation et le premier pansement²⁸ aux malades jusqu'au moment où ils sont évacués de préférence dans un centre d'hospitalisation rapproché où ils subissent des interventions chirurgicales²⁹. Ainsi, les ambulances participent-elles, pour une meilleure efficacité, avec les hôpitaux de campagne, les hôpitaux d'évacuations³⁰, les hôpitaux militaires permanents, les hôpitaux civils mixtes et les hôpitaux temporaires, complémentaires ou auxiliaires³¹ à l'organisation du service de santé en période de guerre³².
- 9 En période de marche en avant, l'ambulance mobile³³ est la première étape vers les hôpitaux de campagne. Les blessés sont ensuite transportés par convois sanitaires³⁴ vers l'hôpital de l'intérieur pour y être opérés. « *Dans les batailles, il y a un hôpital ambulant, plus ou moins à portée du lieu où se passe l'action. C'est le premier entrepôt où les blessés sont rassemblés pour être, de là, transportés dans les hôpitaux des villes les plus proches et ensuite plus éloignées, lorsque les premiers sont à même d'être surchargés. Rarement opère-t-on les blessés sur le champ de bataille proprement dit, c'est-à-dire sur le champ où ils l'ont été, plus rarement y fait-on encore des amputations.* »³⁵ Le baron Jean-Dominique Larrey, chirurgien en chef de la Grande Armée, établit le grand principe : « *Les blessures graves exigeant de grandes opérations sont généralement suivies de succès lorsqu'elles sont faites dans les premières 24 heures.* »³⁶ Ainsi s'affirme la nécessité d'un relai entre les unités et les hôpitaux sédentaires³⁷. Telles qu'elles sont organisées, les ambulances ont l'inconvénient de ne pas posséder de tentes, ni de matériel de couchage, ni d'aliments, ni de médicaments. On y fait des pansements secs et des immobilisations. Seuls les blessés intransportables y sont opérés. Le déploiement du dispositif chirurgical, encore improvisé lors de la prise de Spire en 1792 par l'armée du Rhin, a nécessité parfois jusqu'à 36 heures « *et même davantage en sorte que pour la plupart, les blessés périssaient faute de secours* »³⁸. En 1797, Larrey organise l'ambulance mobile de campagne pour l'évacuation des blessés dans l'armée d'Italie. Il s'agit d'une voiture hippomobile à deux roues capable de suivre tous les mouvements et «

pouvant réunir à la solidité la célérité et la légèreté »³⁹. Elle préfigure avec modestie les bataillons médicaux de notre temps.

- 10 L'ambulance volante est parfois plus qu'une formation d'étape dans le transport du blessé, depuis le point où il a été frappé jusqu'à l'hôpital d'évacuation. Après l'afflux des blessés⁴⁰, elle peut parfois améliorer son installation du début faite rapidement sous la pression et se transformer en hôpital temporaire constitué dans un bâtiment (château, ferme, école...)⁴¹ ou sous des tentes « tortoises »⁴² ou même en pleine campagne derrière les rangs de l'armée dans des abris de fortune. Ces abris improvisés sont construits avec des montants de fer ou de bois, des fils de fer, des cordes parfois tendues entre les arbres et des toiles de tentes ou tout simplement des draps et des couvertures. Ils sont assez spacieux pour abriter un bon nombre de malades et assez élevés pour que le personnel médical n'ait pas à se pencher. Leur emplacement est subordonné à des considérations stratégiques⁴³, mais aussi à des nécessités d'approvisionnement (proximité des villes) et de communications (voies ferrées, voies navigables, grandes routes de terre). En outre, l'emplacement choisi doit être assez vaste pour permettre une éventuelle extension de l'hôpital : « Mieux vaut multiplier les tentes et les pavillons que de les encombrer de malades et de blessés. »⁴⁴ Ainsi, le personnel peut traiter les blessés plus ou moins longtemps et réaliser des interventions chirurgicales, notamment sur les intransportables. Malgré l'intervention d'excellents médecins, le service de santé, resté précaire sous le Premier Empire⁴⁵, le demeure dans les premières guerres du Second Empire (Sébastopol, Malakoff, Magenta, Solferino).
- 11 Dès 1870 et pendant toute la durée du siège de Paris par les Prussiens, l'ambulance américaine installe au Cours-la-Reine un véritable hôpital sous tentes. On parle alors des bons résultats qui y sont obtenus, malgré les froids les plus rigoureux, par les docteurs Swinburn et Crane. Trois grandes tentes rectangulaires contenant entre 60 et 90 blessés sont disposées isolément de manière à ce qu'elles ne puissent se nuire, ni dans leur ventilation, ni dans leur aération. Elles ont l'avantage de pouvoir être parfaitement chauffées en hiver par un système calorifique et ventilées en été en relevant la toile sur les côtés. Elles sont rendues imperméables au niveau du sol par un plancher et au niveau du toit par une double épaisseur de toile à voile de chanvre ou de coton permettant la filtration de l'air. Cette ambulance est complétée par une quatrième tente cylindro-conique, en forme de bonnet de police, haute et spacieuse, pouvant contenir 12 lits. Dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* paru en 1873, Charles Sarazin accorde « à cet établissement une importance tout à fait capitale pour les vérités importantes qu'il nous a fait toucher du doigt ». Il préconise de donner aux tentes la forme d'une baraque avec une toiture en bâtière. Pour 20 lits, il leur conseille de donner 17 mètres de long, 5,50 mètres de largeur, 2 mètres de hauteur pour les côtés et 4 mètres sous le toit. Les Prussiens optent pour l'armature et la charpente en fer, les Américains et les Français, en revanche, utilisent le bois blanc qui présente plus d'élasticité.
- 12 Au même titre que les progrès de l'industrie, les progrès de la science et notamment de la médecine avec la révolution pasteurienne⁴⁶ imprègnent profondément l'architecture temporaire des hôpitaux, des camps militaires provisoires et mobiles⁴⁷, des cantonnements, des bivouacs et des casemates pour laquelle l'expérience des guerres est toute favorable⁴⁸. Dans cette formation, les ambulances sont des établissements hospitaliers temporaires de deuxième ligne parce qu'elles n'ont pas de réels moyens d'hospitalisation. Elles doivent être évacuées rapidement afin de libérer des places en première ligne. Elles sont relevées par des hôpitaux de campagne. Chaque corps d'armée

en dispose de huit, chacun pouvant soigner 100 malades ou blessés pendant trois mois ⁴⁹. Ces hôpitaux sont relevés eux-mêmes, soit par des hôpitaux auxiliaires, organisés par des sociétés de secours, soit par des hôpitaux improvisés sur les routes d'étapes fixées par l'autorité militaire.

- 13 Certaines grandes ambulances contenant près de 1 000 lits ne donnent pas de bons résultats médicaux parce qu'elles sont installées dans des bâtiments publics réservés à d'autres destinations ou parce que, à l'instar de celle de Courcelles, sur le haut du boulevard du même nom, près du parc Monceau, elles sont construites à même le sol et sans considération d'isolement ⁵⁰. La Société internationale a installé en 1870 une ambulance dans le Grand Hôtel de Paris, place de l'Opéra, d'où s'échappait « *une odeur fade, écœurante [qui] semblait vous poursuivre (...); d'ailleurs, après Champigny, les blessures devinrent de plus en plus difficiles à guérir* » ⁵¹. Dans la mesure du possible, deux grands principes hygiéniques doivent être respectés : éviter l'encombrement, écarter l'influence néfaste de l'air vicié par une bonne ventilation.
- 14 Dans l'attente d'un complément du matériel réglementaire des hôpitaux de campagne, les ambulances engagées dans la campagne d'Orient ⁵² doivent répondre à l'accroissement des malades en se fixant tels des campements. Les médecins militaires ont déjà opéré sous des tentes, mais, à Varna, pour la première fois, ils le font sous des tentes constituées régulièrement en hôpital provisoire. Les tentes turques sont préférées aux tentes marquises pour trois raisons essentielles : tout d'abord, elles offrent moins de prise au vent ; ensuite, elles se laissent moins imbiber par les eaux de pluie ; enfin, elles recoivent jusqu'à quatre malades, soit deux fois moins que l'autre modèle. Elles sont construites à même le sol sec et préalablement battu, à distance régulière de 3 ou 4 mètres et disposées tels les pavillons d'un hôpital permanent. Ces hôpitaux sous tentes donnent de meilleurs résultats en matière d'hygiène, notamment parce que les voilures permettent la ventilation par filtration : « *Avec les tentes, point d'infection, point de foyer ; pas un officier de santé n'y a succombé (...).* » À la suite des bons résultats constatés dans la chirurgie d'armée ⁵³ et dans l'hygiène des campements militaires ⁵⁴, on fait camper les hommes sous la tente pendant qu'il est procédé à la désinfection de la caserne évacuée. De même, ces structures sous toile sont employées en complément dans bon nombre d'hôpitaux civils permanents pendant la saison chaude, à Berlin, Francfort et Paris ⁵⁵. En outre, « *le traitement sous les tentes, avec les précautions voulues et l'opportunité de la saison, supprime les risques et les inconvénients de l'agglomération* ». Pourtant, le docteur Louis Martin leur reproche de mal protéger contre la chaleur ou le froid « *car la toile (...) est bonne conductrice du calorique* » ⁵⁶. Selon lui, l'occupation prolongée des camps implique fatalement et progressivement l'infection du sol : « *La morbidité est proportionnelle à la durée d'occupation du camp. En dehors des circonstances spéciales imposées par l'état de guerre, il y a tout avantage à ne pas agglomérer les hommes sur un espace trop restreint, en d'autres termes, à éviter l'encombrement et le confinement. Les tentes doivent être séparées les unes des autres par un intervalle au moins égal à une fois et demi leur diamètre.* » ⁵⁷ Michel Lévy, un des médecins français de la guerre de Crimée, rapporte que le taux de mortalité des cholériques traités dans les hôpitaux sous tentes est deux fois moins élevé que celui des mêmes malades traités dans les hôpitaux fixes ⁵⁸. Léon Le Fort, médecin d'armée engagé dans la guerre de 1870-1871, plaide également en faveur de ces installations provisoires. Selon lui, la dissémination permise par les tentes a une heureuse influence sur la disparition de la septicémie et de la « *pourriture d'hôpital* » ⁵⁹. Ainsi, ces récits de médecins dans les événements des guerres plaident en faveur des hôpitaux sous tentes.

- 15 Tirant les leçons des épreuves de 1870, et libéré de la tutelle des commissaires des guerres dès 1882, le service de santé crée dix ans plus tard l'hôpital de campagne ⁶⁰ et au devant de lui, l'ambulance divisionnaire mobile dont l'intérêt est reconnu.
- 16 Dès 1906, dans l'éventualité d'une guerre, l'ambulance de l'avant devient une véritable formation sanitaire de champ de bataille. Le matériel de chacune des vingt-quatre ambulances constituant un corps d'armée comprend une à deux tentes dites « tortoises » qui lui permet de fonctionner même en plein champ ⁶¹ en raison, d'une part, de la dissémination des blessés et, d'autre part, « *en raison aussi de la longue portée de l'artillerie moderne dont les agglomérations constituent des objectifs désignés* ». En outre, lorsqu'elle s'immobilise, de nouvelles sections d'hospitalisation complémentaires acheminées par voitures et fourgons viennent s'y rattacher aussitôt, augmentant d'autant les capacités d'accueil et permettant le réapprovisionnement. En effet, les blessures par éclats de Schrapnels et d'obus nécessitent la pratique des actes de chirurgie en première ligne ⁶². L'avantage reconnu des opérations effectuées le plus tôt possible provoque des perfectionnements dans le service des ambulances automobiles. Au cours de la Première Guerre mondiale, le service de santé fait construire des ambulances chirurgicales automobiles du type de celle mise au point par le docteur Marcille ⁶³. Elle comprend notamment une salle d'opération démontable ⁶⁴ avec des autoclaves, une installation radioscopique et tous les moyens permettant une hospitalisation complète ⁶⁵. Elle porte le nom de groupe complémentaire parce qu'elle est adjointe aux ambulances classiques. Les lits sont abrités sous de grandes tentes pouvant servir de remises aux avions ou dans des baraques démontables, aérées, chauffées et éclairées. En quelques heures, ces organes faciles à transporter, à démonter et à remonter, constituent de vastes hôpitaux où la chirurgie donne à l'époque les mêmes résultats que dans les hôpitaux fixes.
- 17 La tente d'hôpital dite « Tollet », du nom de son concepteur, peut abriter vingt-six blessés. Elle est de forme ogivale et mesure 15 mètres de long sur 5 mètres de largeur et 5 mètres de hauteur. Sa charpente métallique est surmontée d'un faîtage en bois. L'ensemble est couvert d'une toile imperméable. Une autre enveloppe en coton rendu ininflammable capitonne l'intérieur de la tente. La ventilation est assurée par huit ouvertures garnies de toile-canevas et d'un volet rabattable et aussi par une fente longitudinale disposée au niveau du faîtage. Lors des fortes chaleurs, la toile relevée sur les côtés de la tente peut former des appentis extérieurs. En hiver, le chauffage est facilement réalisé par un poêle. Sur un principe analogue à celui de la tente Tollet, la tente Herbet est formée d'une charpente métallique, d'une double enveloppe en toile ménageant un espace d'air d'un mètre. La ventilation se fait par huit fenêtres percées sur les grands côtés. Le chauffage y est facile comme le constate l'Association des dames françaises dans l'hiver 1891 ⁶⁶. Cette tente rectangulaire, moins chère que la tente Tollet et plus facile à monter, a un cubage d'air élevé. Cependant, on lui préfère plutôt la tente Bessonneau à double paroi de toile ⁶⁷.
- 18 Dans la première ligne d'évacuation, les tentes d'hôpital rendent de grands services malgré les reproches qui leur sont adressés : insuffisance de protection contre le froid, usure, souillure rapide en cas d'occupation prolongée du site. Une dernière définition des « Ambulances » correspondrait à la troisième fonction qu'elles ont : « *Constructions temporaires pour suppléer à un hôpital en temps de guerre par exemple ou d'épidémie, lorsqu'il y a surabondance de malades.* » ⁶⁸ C'est peut-être d'elles que découlent les hôpitaux baraqués établis dans la zone de l'arrière ou de l'intérieur ⁶⁹.

Des hôpitaux militaires d'un nouveau type

- 19 Si, dans la zone de l'avant, les blessés ne restent sur place qu'un temps court, dans la zone de l'arrière, l'hospitalisation est plus longue. Les matériaux de construction des locaux, leurs aménagements, leurs qualités hygiéniques sont adaptés à cette situation plus stable. Avec les hôpitaux bénévoles⁷⁰, les hôpitaux temporaires et auxiliaires⁷¹ permettent de conserver, non loin de l'armée, le plus souvent dans des bâtiments réquisitionnés à cet effet, des convalescents et éclopés susceptibles de regagner rapidement leurs corps et d'éloigner de l'intérieur des hommes atteints de maladies épidémiques ou contagieuses. Le rôle du médecin « *en vue de la conservation des effectifs ne vise pas seulement les soins à donner aux blessés ; il doit renvoyer au feu ceux qui peuvent encore combattre* »⁷². Les grandes ambulances installées dans des bâtiments publics réservés à d'autres destinations sont, sous le rapport chirurgical, bien inférieures aux résultats constatés dans les hôpitaux temporaires baraqués.
- 20 L'une des premières organisations d'hôpitaux temporaires dans des baraques en bois remonte à la campagne d'Égypte. L'Assemblée législative, par la loi des 21 et 27 avril 1792, avait notamment créé à la suite des armées, des hôpitaux dits sédentaires, établissements temporaires⁷³ à l'image des hôpitaux fixes. Ce type d'habitat temporaire constitué par des baraques ou par des tentes transportables correspondait également à l'organisation des camps⁷⁴. Selon le même modèle, les baraques se composent d'une charpente en bois couverte en chaume. Une porte donne accès à l'intérieur et l'éclairage est assuré par deux fenêtres. Le mobilier se compose de douze lits de camp en planches⁷⁵. Le perfectionnement des installations dans les camps, à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, bénéficie aux hôpitaux temporaires.
- 21 Pendant la campagne de Crimée (1854-1856), des hôpitaux temporaires sont établis sous des tentes ou dans des baraques en bois acheminées depuis la France⁷⁶. « *Un hôpital en baraques, dit le docteur Lévy (...) nous offre le multiple avantage de laisser à notre choix l'emplacement, la fixation de la contenance de chaque baraque (...): orientation de ces petits pavillons, espacement des baraques entre elles, groupement des malades, tout cela restait à la volonté de qui de droit.* »⁷⁷ En effet, une fois établis, les hôpitaux baraqués sont préférables aux tentes, mais leur construction est plus coûteuse, longue à monter, difficile à démonter et à déplacer. « *Les Anglais abrités pendant l'hiver de 1855-1856 dans des baraques planchées et aérées par de nombreuses fenêtres ont joui d'une remarquable immunité.* »⁷⁸ Lors de la guerre franco-allemande de 1870, plusieurs hôpitaux temporaires en bois sont élevés à Paris (notamment au Luxembourg, au Jardin des Plantes, à Passy) et les Allemands en établissent jusqu'en France. Les expériences des baraquements et des campements lors des guerres de la seconde moitié du XIX^e siècle contribuent à prouver que l'isolement est une qualité essentielle dans le fonctionnement aseptique d'un hôpital et que l'organisation pavillonnaire employée pour les hôpitaux permanents dès les années 1820 en France est très favorable à une bonne prophylaxie⁷⁹.
- 22 Les hôpitaux provisoires installés sur ordre du ministre de la Guerre pendant le siège de Paris sont formés de baraques transportables isolées, limitées à un rez-de-chaussée, diversement assemblées en raison des contraintes topographiques. Au Jardin des Plantes, les baraques sont alignées suivant leur longueur dans une allée de marronniers. Au Luxembourg, les pavillons tirent partie de la disposition des routes bitumées et des égouts du jardin. Certes, les chaussées imperméables et surélevées servent d'assise parfaite aux

vingt-deux baraques, mais elles contraignent l'organisation d'ensemble à une certaine irrégularité. En outre, les services annexes sont trop éloignés des salles de malades et les pavillons, trop éparpillés pour les relier entre eux par les couloirs de communication couverts utilisés comme promenoirs par les malades dans les hôpitaux baraqués d'Amérique et dans celui de Courcelles, près du parc Monceau. Cependant, l'hôpital du Luxembourg est longtemps considéré comme l'hôpital idéal parce que ses locaux sont incontestablement supérieurs comme baraquement à tout ce qui existe alors. Chaque pavillon de soldats aménagé pour cinquante malades contient une salle unique mesurant 38 mètres de long sur 10 mètres de largeur, 4 mètres de hauteur sur les côtés et 8 mètres au faîtage. Il est construit en sapin du Nord sur un plancher reposant sur des piles de maçonnerie. La toiture garnie de simples voliges est recouverte de carton bitumé. Selon le système d'aération adopté dans les baraques américaines, une lanterne de faîtage garnie de châssis vitrés et mobiles occupe le tiers de la longueur du toit.

- 23 À Cochinchine, l'hôpital baraqué est formé de quatre pavillons de 28 mètres de longueur contenant chacun vingt lits disposés en deux rangées alternantes. Ils sont construits en planches de sapin du Nord de 22 centimètres d'épaisseur avec des couvre-joints doubles. Le parquet en frise de sapin de 27 millimètres est surélevé à 50 centimètres du sol sur des piles de maçonnerie. Le toit constitué par un voligeage simple et recouvert de carton bitumé est occupé sur le tiers de sa longueur par une lanterne du faîtage garnie de châssis vitrés et mobiles. L'aération se fait facilement par douze fenêtres de 2,10 mètres de hauteur sur 1,10 mètre de largeur, descendant jusqu'à 65 centimètres du parquet. Enfin, sur les petits côtés, sont établis deux cabinets de 4 mètres sur 4 utilisés, l'un pour le logement des infirmiers, l'autre pour l'installation des lavabos, des bains et des latrines. La distribution intérieure dans les pavillons des officiers est différente : chambres d'un ou deux lits, salle à manger avec salon et salle de lecture, *water-closets* ⁸⁰.
- 24 L'hôpital provisoire du polygone de Metz ⁸¹, construit pendant le siège de Paris, reprend la disposition générale de l'hôpital américain Mac-Dougall. Deux longues galeries de bois couvertes forment les deux côtés d'un triangle dans l'aire duquel sont disposés symétriquement les baraques destinées aux services administratifs et hospitaliers et 25 pavillons de malades en échelons de manière à former un angle aigu avec le passage couvert. Cinq autres pavillons parallèles à la bissectrice de l'angle clôturent la base du triangle. D'après Démoget, architecte de cet établissement, cette disposition présente l'avantage de faciliter la circulation de l'air entre les baraques ⁸². Au contraire, pour Charles Sarazin, le plan d'ensemble est défectueux en raison du manque d'espace qui sépare les baraques ⁸³. De plus, les dimensions des pavillons lui paraissent trop grandes et celles de leurs fenêtres situées trop haut, trop petites.
- 25 L'hôpital baraqué de Longchamps, construit en 1871 sur le plateau de Passy par l'administration de la Guerre d'après le dessin de Dardenne de la Grangère ⁸⁴, est organisé plus régulièrement. Avec toutes les qualités du baraquement du Luxembourg, il bénéficie des corrections suggérées par l'expérience, notamment l'emploi de la double paroi dans sa toiture et dans sa muraille permettant à l'air de circuler et de réguler la température intérieure en été et en hiver. Autour d'une cour rectangulaire de 60 mètres sur 160 mètres traversée par une route plantée d'arbres, vingt-neuf baraques sont rangées perpendiculairement aux quatre côtés, réservant entre elles un espacement de 8 mètres. Les plus petites, au nombre de huit, sont destinées aux services administratifs ; les autres plus grandes pouvant recevoir au total 630 malades ⁸⁵. Elles mesurent 30 mètres de long par 10 mètres de large sur 6,50 mètres de hauteur et sont percées de 25 fenêtres. La salle

d'hospitalisation au centre est flanquée aux deux extrémités de vastes cabinets destinés aux services accessoires (bloc opératoire, salles de bains, dépôts de linges et lieux d'aisance). Cette organisation tripartite n'est pas sans rappeler celle des baraques des camps sédentaires de Châlons, de Saint-Maur et d'Avord, pourvus des mêmes locaux accessoires que les casernes.

- 26 Des recherches sur le perfectionnement de l'architecture hospitalière temporaire sont menées par des médecins, des officiers du génie et des architectes. À Courcelles, par exemple, l'amélioration des conditions hygiéniques des baraques réside dans le remplacement des panneaux pleins au-dessus et au-dessous des fenêtres par des panneaux de toile permettant une bonne ventilation.
- 27 Les architectes Joeger et Sabourand⁸⁶ ont tenté de construire des baraques provisoires en fer, bois injecté, tôles et briques à double paroi, facilement démontables, pour pouvoir les transporter jusqu'en première ligne, à portée des opérations stratégiques. Mais les contraintes matérielles ne permettent guère mieux que de réserver les hôpitaux baraqués à la seconde et la troisième lignes d'évacuation. Pourtant, ces « *chalets hospitaliers* » dus à des ingénieurs militaires et à des architectes sont considérés comme les « *hôpitaux de l'avenir* »⁸⁷, supérieurs à tous les baraquements jusqu'alors réalisés. Comme les camps baraqués, les hôpitaux temporaires doivent être aussi bien organisés que possible, sinon leur insalubrité influencerait sur l'état sanitaire des troupes. Ils mettent à profit les perfectionnements des installations des camps baraqués à partir de 1858 en réunissant les conditions de salubrité que l'on trouve dans les baraquements fixes⁸⁸.
- 28 La construction de l'hôpital civil et militaire de Montpellier, en 1889, en est un exemple. Sur les instructions du Conseil de santé des armées présidé par le baron Larrey⁸⁹, en 1873, et de concert avec les officiers du génie, l'ingénieur Tollet⁹⁰ formule son projet pour cet établissement d'une capacité de 600 places⁹¹. Pour des raisons d'hygiène, il reprend l'habituelle séparation des bâtiments entre eux mais il rejette le plan en croix préconisé par l'autorité, ceux en « H » et en équerre⁹², préférant la forme en triangle déjà appliquée par l'architecte Démoget à l'hôpital du polygone à Metz⁹³. Les baraques permanentes lui semblent préférables aux constructions en dur dont il reprend cependant le principe des liaisons entre elles et avec les services généraux par des passages couverts formant portiques ouverts l'été et fermés l'hiver par des panneaux vitrés. Trois caractéristiques architecturales particulières sont à relever : les pavillons sans étage régulièrement espacés ; un soubassement haut de 1,20 mètre réservé à la salle de chauffe ; des galeries-balcons, sur les longs côtés, assez larges pour y placer des lits perpendiculairement au mur et laisser un passage en avant.
- 29 Selon le programme général des constructions de logements militaires, Tollet se soucie de donner aux hôpitaux militaires des structures incombustibles plus commodes, plus salubres et plus économiques. Le matériau principal est toujours le bois de sapin imprégné de créosote ou de sulfate de fer, mais il est revêtu extérieurement par de la brique de champ. La pierre est employée pour les encadrements⁹⁴, la brique pour les lambris intérieurs jusqu'à hauteur d'homme, la céramique pour le sol et l'ardoise ou la tuile pour le toit. D'un point de vue organisationnel, les services accessoires sont groupés au centre du triangle : bureau des entrées et des sorties, chambre du médecin de garde, vestiaire, cabinet du médecin en chef, bibliothèque et salle de conférence, cuisine, pharmacie et bains. Tollet prévoit d'adjoindre deux baraques-réfectoires pouvant servir de salles de récréation pour les convalescents pendant les mauvais temps. Sur le rayon, il dispose la chapelle, la morgue, l'amphithéâtre, la lingerie, les magasins de linge et de

meubler, la buanderie. Il ajoute également une salle d'opération et une autre pour les autopsies. Tollet estime que « le bâtiment d'ensemble pourrait d'ailleurs être élevé d'un étage qui serait divisé, suivant les besoins, pour servir de logement aux infirmiers, de magasins. Enfin, les espaces qui séparent les groupes de baraques et tous les terrains non occupés par les bâtiments seront transformés en promenades plantées d'arbustes et semées de gazon, en jardins d'agrément, dans lesquels on aménagerait des jets d'eau, si cela est possible »⁹⁵. Dans son ensemble, ce plan d'hôpital baraqué est comparable à celui d'un hôpital de type pavillonnaire⁹⁶. *L'Officiel* n° 272 du 4 octobre 1879 publie : « Le système Tollet devra être appliqué à la construction d'hôpitaux et d'ambulance militaires ». C'est le cas notamment à Saint-Denis en 1881, Bichat en 1882, Le Havre et Argenteuil en 1885, Épernay en 1889-1890, Le Mans en 1891. Mais, pour reprendre l'expression du journal *Le Temps*⁹⁷, « le plus beau modèle d'hôpital » est celui de Montpellier en 1889⁹⁸.

- 30 Pourtant, le prix des baraques Tollet est plus élevé que celui des baraques Döcker. La baraque Döcker est utilisée par la presque totalité des armées européennes⁹⁹. Les parois, le plancher et le toit composés de panneaux s'assemblent à l'aide d'encoches et de crochets. La paroi extérieure est imperméabilisée ; la paroi intérieure est rendue incombustible. Sur chaque paroi longitudinale s'ouvrent cinq fenêtres opposées. Les pignons sont percés de portes surmontées d'impostes. Trois lanterneaux au plus, placés au niveau du faîtage, permettent à l'air vicié de s'échapper. La baraque adoptée en France mesure 15 mètres de long, 5 mètres de large et 5 mètres de haut. Elle contient seize lits d'hôpital. Les latrines sont établies dans un local adjacent. Il est reproché, à la baraque Döcker, sa fragilité et l'insuffisance de son isolation.
- 31 En conformité étroite au principe d'économie du nouveau système de construction des hôpitaux, la Société anonyme des filatures, corderies et tissages d'Angers met au point un type de baraques sans luxe et faciles à monter¹⁰⁰. Le baraquement Bessonneau mesure 16 mètres de long sur 6 mètres de large, 2,50 mètres de haut du parquet à la panne sablière et 4 mètres du parquet au faîtage. Il se compose de plusieurs accessoires fixés par des vis : neuf fermes, deux poteaux, deux arbalétriers, deux pannes sablières et un panne faîtière en fer formant ossature, trente-deux panneaux de toiture avec couvre-joints en zinc, seize panneaux de 2 mètres en bois fermant les murs latéraux. Des demi-panneaux mobiles, pouvant former auvents, possèdent chacun deux montants démontables avec crochets et goujons qui forment support d'auvent. Les deux pignons composés de quatre parties sont percés au centre d'une porte surmontée d'un vasistas. Sur le principe de la segmentation permettant une installation rapide, et sur celui de l'économie, le commandant du génie Espitallier réalise une baraque composée essentiellement de carton comprimé, compact et inaltérable. Les panneaux de 3 mètres de haut sur 1,60 mètre de large et épais de 4 centimètres s'emboîtent et sont reliés par des agrafes. Les fenêtres, les portes aménagées dans les murs pignons, des orifices percés au niveau du plafond, une rainure au niveau du faîtage protégée contre la pluie par un surtoit à pente parallèle, constituent le système de ventilation. Cette baraque mesure près de 23 mètres de long sur 7 mètres de large et 4 mètres de haut sous le faîtage. Elle comprend deux salles de douze lits séparées par un vestibule flanqué de deux cabinets. Les latrines sont établies dans un local annexe. Dans cette même recherche de la légèreté des constructions, le docteur Olive fait construire une baraque formée de cadres en bois démontables garnis de plaques de gélatine durcie au bichromate¹⁰¹.
- 32 Dans la zone de l'intérieur, les hôpitaux d'évacuation appelés Hôpitaux d'origine d'étape (HOE)¹⁰² peuvent recueillir momentanément plusieurs milliers de blessés ou de malades.

Leur formation dans la Somme, « *la plus complète et la plus parfaite* », est comparée aux grands hôpitaux urbains. Installé le long d'une voie ferrée, l'HOE comprend des locaux de réception pour mettre à couvert les automobiles chirurgicales, des tentes ou des baraques pour recevoir les blessés attendant leur transfert dans la zone de l'arrière par trains sanitaires, des locaux d'hospitalisations pour les blessés intransportables, des blocs chirurgicaux. C'est de cette manière qu'est construit par un comité spécial fondé à Lyon en 1915, un hôpital baraqué auxiliaire à Salonique¹⁰³, mis à la disposition des blessés et des malades du corps expéditionnaire franco-anglais. Il bénéficie de tous les services nécessaires au fonctionnement complet d'un hôpital. Quatorze pavillons des malades et des blessés sont organisés perpendiculairement de part et d'autre d'un axe de symétrie formé par l'entrée, le pavillon d'entrée comprenant une salle d'attente, les bains, un coiffeur et un dentiste, un large parterre de pelouse formant le centre de l'hôpital, le puits, la chapelle et la cantine. La périphérie des pavillons est occupée par les services généraux : à gauche, tout ce qui concerne l'alimentation et le nettoyage ; à droite, tout ce qui concerne les magasins et les ateliers. En France, des structures de ce type, très importantes par leurs dimensions, de conceptions harmonieuses et pourvues de tout le confort moderne (électricité, chauffage central...) sont construites à Harbonnières, Saint-Hilaire¹⁰⁴. Bien qu'elles soient chères, elles disposent d'une excellente ventilation et leur chauffage est aisé. Elles permettent d'installer, pour quelque temps seulement, une hospitalisation prolongée dans des conditions d'hygiène convenables.

- 33 La faveur pour ces installations ne semble pas être antérieure à la guerre de 1870. Selon le récit du chirurgien Le Fort, les hôpitaux sous tentes protègent mieux que les baraques contre les influences météorologiques. La ventilation et le chauffage y sont plus faciles ; la désinfection plus aisée. De plus, la clarté intérieure permise par les voilages a une influence sur le moral des blessés et des malades. Prenant pour exemple l'ambulance américaine, Charles Sarazin démontre que « *des tentes bien installées forment un abri excellent pour les malades et les blessés, même en hiver (...). Désormais, la mobilisation des hôpitaux temporaires est un problème résolu* »¹⁰⁵. Les tentes ont encore l'avantage d'être mobiles et transportables¹⁰⁶. Cependant, à défaut des classiques baraquements, ou en cas d'insuffisance, l'hospitalisation temporaire dans la zone de l'arrière peut être réalisée dans des baraques ou tentes foraines, dans des tentes ou baraques utilisées pour les fêtes ou les banquets, dans des constructions légères analogues à celles utilisées dans les concours agricoles ou régionaux. Ces tentes et baraques constituent une réserve capable d'assurer, avec quelques aménagements, le couvert à des blessés, même en hiver¹⁰⁷.
- 34 Ainsi, les constructions militaires que l'on rencontre de nos jours ne suffisent pas à comprendre l'ensemble de l'habitat militaire. Les ressources que les médecins d'armée trouvent sur le territoire des opérations de guerre sont indiscutablement insuffisantes. Contrairement à la loi du 7 juillet 1877, il n'existe pas un hôpital militaire par corps d'armée. En fait, les hôpitaux militaires sont répartis d'une façon inégale entre les différentes régions de corps d'armées¹⁰⁸. Sur le territoire national, les hôpitaux militaires et les hôpitaux mixtes¹⁰⁹, à disposition de l'armée en temps de paix, sont relayés, en temps de guerre, par des hôpitaux sous tentes et baraqués. Ces locaux temporaires, généralement moins confortables et moins salubres que les hôpitaux permanents, font l'objet d'études hygiéniques particulièrement importantes. La mise au point des projets est faite soit par des officiers du génie qui, selon le règlement sur le service du casernement du 30 juin 1856, article 5, représentent les architectes de l'armée, soit par des médecins hygiénistes autorisés de l'armée, soit encore par un collectif des deux.

35 L'expérience de l'hospitalisation extemporanée prolongée un certain temps conduit à faire usage des baraques fixes, principe repris en temps de paix par le service de santé civil pour agrandir des hôpitaux trop peu nombreux pour le nombre de malades à hospitaliser en urgence. Les hôpitaux sous tentes et baraqués, complétés en 1914 par les hôpitaux flottants¹¹⁰ et les trains ambulances¹¹¹, marquent des évolutions dans le traitement chirurgical sur le champ de bataille. Ils s'inscrivent efficacement au plus près des malades et des blessés dans le lent processus de diversification et de spécialisation¹¹² des hôpitaux français tout en contribuant au progrès de l'hygiène. En prouvant une fois encore que les conditions d'espacement diminuent les risques d'infections purulentes, l'organisation du service de chirurgie sous des tentes et dans des baraquements utilisés lors de la guerre de Crimée (1854-1856) et celle de 1870 est décisive dans la généralisation du plan de type pavillonnaire aux établissements hospitaliers permanents¹¹³. Plus radicalement, certains médecins envisagent même la suppression des hôpitaux permanents qu'ils qualifient de sépulcraux et leur remplacement par des hôpitaux baraqués : « *L'hôpital-baraque, renouvelé dans presque toutes ses parties tous les 10 ou 15 ans, peut seul présenter les conditions hygiéniques nécessaires aux établissements hospitaliers et il permettra de réaliser des économies notables.* »¹¹⁴

NOTES

1. Jean Imbert rappelle qu'une ordonnance du maréchal de Brissac en 1551 avait institué un prélèvement sur la paye de chaque soldat, « *pour être convertis tant en magasin d'armes qu'à un hôpital ambulatoire pour secourir les malades et les blessés* ». IMBERT (Jean), *Histoire des hôpitaux de France*, Toulouse, Privat, 1982, p. 153. La création « *d'hôpitaux ambulatoires* » pour les armées en campagne fut généralisée par Henri II et Henri IV. Ce type d'établissement s'est beaucoup développé au XVIII^e siècle grâce à des mesures prises en 1708 et en 1717.

2. Cette étude n'aborde pas les hôpitaux auxiliaires gérés par l'une des trois Sociétés d'assistance, ni les hôpitaux temporaires parce qu'ils n'étaient pas organisés dans des tentes ou des baraques, mais improvisés dans des locaux de toute nature : maisons, écoles, hospices, institutions religieuses, châteaux, etc.

3. La mémoire de ces formations a quasiment disparu. Sophie Riché, dans l'état qu'elle fait en 2000 des fonds des archives de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris du XII^e au XX^e siècle, ne relève pas leur existence.

4. IMBERT (Jean), *op.cit.*, p. 254.

5. Article 17 de la loi du 24 juillet 1873.

6. LE BESCHU DE LABASTAYS (F.), *Simplex projets de loi sur l'administration de l'Armée et sur le service de Santé*, Paris, Le Moniteur, 1876, p. 36.

7. Les nombreuses étapes vers l'autonomie du service de santé sont abordées par le médecin inspecteur Viry, dans le texte de sa conférence faite à l'Union territoriale des médecins de réserve et de l'armée territoriale, le 9 février 1910 et intitulée : *De l'autonomie du Service de Santé militaire ; sa genèse ; ses conséquences*, Paris, Au Cercle militaire, 1910, p. 5 et suivantes.

8. ROUCHER (d^r C.), *De l'autorité et de la responsabilité médicales dans l'Armée*, Paris, Baillière & Fils, 1873, p. 29.

9. Cette appréciation est inexacte. Un Conseil de santé créé par l'ordonnance du 4 août 1772 fut supprimé par l'ordonnance du 17 août 1774. BRICE et BOTTET, *Le corps de santé militaire en France, 1708-1882*, Paris, Berger-Levrault, 1907, p. 7-8.
10. *Observations générales sur l'administration des hôpitaux ambulants et sédentaires des armées de la République française*, 1793, p. 8. S'ensuit page 16, un projet de décret sur l'administration et la surveillance des hôpitaux militaires, en date du 1^{er} mars 1793.
11. BRICE et BOTTET, *op.cit.*, p. 68.
12. LE BESCHU DE LABASTAYS (F.), *Simple projets de loi sur l'administration de l'Armée et sur le Service de Santé*, Paris, Le Moniteur, 1876, p. 36. Il dresse l'état du service de santé aux mains des administrateurs de l'armée.
13. ROUFFIANDIS (E.), *Les hôpitaux de l'armée des Pyrénées-Orientales. Étude historique sur l'organisation du service de santé de cette armée pendant les campagnes de la Révolution dans le département (1793, 1794 et 1795)*, Paris, Sirey, 1938, p. 46.
14. Décret du 14 frimaire An III (4 décembre 1794) sur les écoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg.
15. Depuis la fermeture des écoles de médecine faisant suite à la suppression des universités, des examens trop faciles avaient multiplié le nombre de médecins militaires incompetents.
16. Arrêté royal du 18 mai 1880, article 1^{er}.
17. En fait, la défaillance du service de santé pendant la guerre d'Italie est due à d'autres causes. *Histoire de la Médecine aux Armées*, t. II : *De la Révolution française au conflit mondial de 1914*, Paris, Charles Lavauzelle, 1984, p. 198-202.
18. Cette situation de tutelle devenait, en outre, désobligeante sur le plan psychologique pour les officiers de santé.
19. Quelques médecins français ont eu réellement conscience du manque d'efficacité du service de santé français dans les colonies. Quatre bilans sanitaires comparatifs avec le service de santé et la mortalité dans les expéditions coloniales anglaises ont été rédigés par des médecins militaires français à la fin du XIX^e siècle. Les constats sont accablants. Ils mettent en évidence l'avance des Anglais en matière d'organisation sanitaire et hygiénique et conseillent de s'en inspirer. Il est vrai que l'Angleterre consacrait (contrairement à la France) des crédits considérables à la santé des troupes coloniales. Alain Mounier-Kuhn développe les raisons (politiques, économiques, etc.) de cette situation. MOUNIER-KUHN (A.), *Les Services de santé militaires français pendant la conquête du Tonkin et de l'Annam (1882-1896)*, Paris, Edgar, 2005, p. 350-351.
20. Loi du 1^{er} juillet 1889, chapitre II, article 11, §3.
21. MARTIN (Louis d^r.), *Hygiène hospitalière*, t. VIII du traité d'hygiène, Paris, J.-B. Baillières & Fils, 1907, p.126-127.
22. BLOCK (Maurice), *Dictionnaire de l'administration française*, t. I, Paris, Berger-Levrault et Cie, 1905, *Ambulance militaire*, p. 156.
23. À propos de la création du service de santé de la Marine qui précéda sur bien des points l'armée de Terre, voir : BRISOU (Bernard médecin général inspecteur), *Catalogue raisonné des rapports médicaux annuels ou de fin de campagne des médecins et chirurgiens de la Marine d'Etat, 1790-1914*, Service historique de la Marine, Direction centrale des Services de santé des armées, 2002, p. 1-8. Le Corps de santé des colonies créé en 1890 fut constitué de médecins volontaires issus du corps de la Marine. Le service de santé de l'armée de l'Air en germe dès la fin de la guerre 1914-1918 naîtra officiellement le 30 septembre 1940.
24. Les ambulances constituées en voitures à cheval ou fourgons étaient détachées auprès des régiments pendant leurs marches. Ces formations sanitaires créées par Percy et perfectionnées par Larrey remplissaient simultanément trois services auprès de chaque bataillon à proximité immédiate du champ de bataille : une mission de traitement, un rôle de recherche et de transport des blessés et un rôle de ravitaillement. TROUSSAINT (D^r), *Une page de l'histoire du service de santé*

militaire, Paris, Charles-Lavauzelle, 1919, p. 19-20. En 1877, Ferry recense deux types de voitures : l'une dite Masson, l'autre dite Mandy. FERRY (Oscar), *Essai sur l'organisation des convois sanitaires en campagne*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Parent, 1877, p. 20.

25. Des imprécisions et des confusions terminologiques compliquent l'étude du service sanitaire militaire. Dans le *Dictionnaire de l'Académie Française de 1855* (t. I, p. 63), l'ambulance est « une sorte d'hôpital militaire qui suit une armée ou un corps d'armée pour en recueillir les malades et les blessés ». L'ambulance est aussi la voiture attelée de chevaux, qui transporte le matériel technique et chirurgical. D'après la définition de l'Académie française (p. 900), il est difficile de différencier l'ambulance de l'hôpital ambulant formé « d'une réunion de personnes et d'un matériel qui suivent une armée dans ses mouvements pour recevoir et traiter les malades et les blessés qui ne peuvent pas être transportés dans les hôpitaux fixes ». E. Littré donne en 1873 une double définition de l'ambulance : « - Établissement hospitalier temporaire formé près des corps ou des divisions d'armées pour en suivre les mouvements et destinée à assurer les premiers secours aux blessés et autres malades; - Établissement provisoire formé pour donner les premiers soins aux blessés ou à des malades. On a établi des ambulances dans chaque quartier. » LITTRÉ (E.), *Dictionnaire de la langue française*, Hachette, 1873, t. I, p. 125.

26. La zone de l'avant correspond au champ de bataille.

27. Sur l'organisation des postes de secours, Voir : TROUSSAINT (d^r), *op.cit.*, p. 17.

28. C'est dans cet ordre-là que les ambulances devaient organiser leurs missions. NIMIER (H. d^r), *Direction du service de Santé du gouvernement militaire de Lyon et du XIV^e corps d'armées. Instructions sur le service de Santé en campagne*, Paris, A. Poinat, 1913, p. 4 et 10.

29. Pendant la période de suractivité, il était formellement interdit d'explorer les blessures et de faire des interventions chirurgicales.

30. Ces formations, généralement importantes, étaient installées dans les localités têtes d'une route d'étape. Elles étaient destinées à trier les blessés, les hospitaliser momentanément et régulariser leurs évacuations.

31. LÉPINE (Louis), *Les hôpitaux de la Croix-Rouge française en temps de guerre*, Paris, Berger-Levrault, 1914, p. 1, 2 et 11. Peuvent être ajoutés à cette liste, les hôpitaux bénévoles qui étaient également des établissements improvisés de toutes pièces depuis le début des hostilités. TROUSSAINT (d^r), *op.cit.*, p. 187 et 208.

32. Autres moyens de prophylaxie et de thérapeutique : la recherche et l'extraction très rapide des balles et d'éclats d'obus, la désinfection des plaies par l'eau oxygénée. DELORME (Edmond d^r), *Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre*, compte rendu de l'Académie des Sciences, 28 septembre 1914. En temps de paix, l'armée avait à sa disposition des hôpitaux militaires et des hospices mixtes.

33. L'ambulance avançait en tenant compte de la possibilité d'un retour offensif de l'ennemi.

34. FERRY (Oscar), *op.cit.*, p. 17.

35. BAGIEU (Jean), *Examen de plusieurs parties de la chirurgie*, Paris, 1757.

36. Larrey, mais également Percy, et avant eux Ravaton, tous trois chirurgiens, ont posé les principes d'une chirurgie de bataille. Sur J.-D. Larrey, voir : PARISSET (M.-E.), *Éloge de J.-D. Larrey*, Paris, Baillière, 1845.

37. GILLYBOEUF (médecin général), « Du bataillon médical à l'élément médical d'intervention rapide », *Revue historique des armées*, n° 1, 1972, p. 67.

38. Extrait des Mémoires du baron Larrey, rapporté par Brice et Bottet, *op.cit.*, p. 69. Le lieutenant Dublanchy, à propos de la guerre de Sept Ans, relate les problèmes d'organisation des secours. Il en résultait des pertes en temps, en matériel et surtout en médication. « D'étape en étape, afin de suivre l'armée dans sa marche, le matériel est abandonné. » Brice et Bottet, *op.cit.*, p. 43-44.

39. Le musée du Val-de-Grâce à Paris possède plusieurs exemplaires de cette voiture.

40. En 1914, le service ne disposait toujours pas des moyens de transport rapides pour amener les blessés de la ligne de combat à l'ambulance. Aux côtés de quelques brancardiers, c'étaient les hommes eux-mêmes qui transportaient leurs camarades.
41. En 1914-1918, des ambulances stables avaient été installées dans de somptueuses demeures telles que les châteaux de Laigle, de Bonvisault, de Pargny.
42. Terme emprunté au docteur Louis Martin, *op.cit.*, p. 273.
43. Bien qu'étant rapprochés le plus possible des champs de batailles, les hôpitaux provisoires devaient être écartés des lieux où tout combat était possible. Ainsi, ne devaient-ils pas être placés dans une forteresse parce qu'elle pouvait être assiégée, ni dans ses environs immédiats.
44. SARAZIN (Charles), *Hôpital. Des établissements hospitaliers en temps de paix et en temps de guerre*, Paris, J.B. Baillière & Fils, 1873, p. 690.
45. Sur l'action des officiers de santé pendant les guerres du Premier Empire, voir : *Histoire de la Médecine aux Armées*, *op.cit.*, p. 65-80.
46. Les débats entre les pro et les anti-pasteuriens au sein du corps de santé militaire ont été terribles. Les conséquences de l'antisepsie sur l'organisation sanitaire en campagne, sur les choix des matériels, leur emploi et leurs dispositions, mériteraient une réflexion scientifique approfondie.
47. MARTIN (Louis d^r), *op.cit.*, p. 223-224. Les camps sous tentes sont destinés en temps de paix à être occupés périodiquement en vue de l'instruction des troupes. Les modèles de tentes différaient de ceux employés pour les hôpitaux. D^r L. Martin, *op.cit.*, p. 226-227. À partir de la suppression de la tente-abri en 1883, le cantonnement se fit momentanément chez l'habitant.
48. « L'expérience de la guerre civile américaine était toute favorable aux hôpitaux improvisés ou aux tentes (...) » SAUNDBY (Robert), *Open-air hospitals in war time*, 1914.
49. AUGÉ (Claude) (dir.), *Nouveau Larousse illustré*, Paris, Larousse, 1898-1903, « Hôpital de campagne », t. I, p. 158.
50. Les baraques, trop rapprochées entre elles, souffraient en outre d'être peu spacieuses.
51. B RICE et BOTTET, *op.cit.*, p. 398. Les 30 novembre et 2 décembre 1870, les batailles de Champigny-sur-Marne opposant les Prussiens aux Français furent sanglantes.
52. HUSSON (Armand), *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris, P. Dupont, 1862, p. 361.
53. « Avec les tentes, point d'infection, point de foyers ; pas un officier de santé n'y a succombé, tandis que 17 ont payé de leur vie leur dévouement aux cholériques dans les bâtiments clos de Gallipoli, d'Andrinople et de Varna. » La mortalité y était plus faible en raison des capacités d'accueil limitées. A. Husson, *op.cit.*, p. 361.
54. Sur la valeur hygiénique des camps, voir : MARTIN (Louis d^r), *op.cit.*, p. 229.
55. SARAZIN (Charles), *op.cit.*, p. 709. Les tentes furent rarement utilisées avec profits dans les colonies. Dans les zones tropicales, il leur était préféré les huttes, les paillotes, les gourbis. Lors de l'occupation de Formose entre octobre 1884 et juin 1885, aucune mention ne précise comment furent installées les ambulances mobiles. Quelques descriptions permettent cependant de se représenter les conditions matérielles terribles dans lesquelles se déroula le traitement d'urgence des plaies de guerre pendant la campagne du Tonkin. MOUNIER-KUHN (A.), *op.cit.*, p. 228-234.
56. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p.224.
57. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p.230.
58. LÉVY (Michel), *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2^e série, Paris, 1871, p. 35.
59. LE FORT (Léon d^r), *La chirurgie militaire et les hôpitaux de secours en France et à l'étranger*, Paris, 1872, p. 56.

60. L'hôpital de campagne est une structure équivalente à l'ambulance divisionnaire immobilisée combinée à une section d'hôpital.
61. TROUSSAINT (d^r), *op.cit.*, 1919, p. 23.
62. La règle de l'abstention systématique de la recherche et de l'extraction des projectiles était excellente lorsqu'il s'agissait des balles de fusil classiques. C'est la règle inverse qu'il fallait suivre pour les éclats de Schrapnels et d'obus. « *La désinfection de la plaie prélude et termine leur extraction* ». DELORME (Edmond d^r), *Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre*, compte rendu de l'Académie des Sciences, le 28 septembre 1914, p. 3.
63. La 7^e direction du ministère de la Guerre avait admis le principe de cette ambulance pour tous les corps d'armées mais non le modèle parce qu'elle avait l'inconvénient d'être peu mobile. Elle mit en circulation les voitures d'après le système du professeur Venin du Val-de-Grâce.
64. Son installation par les soins du personnel médical se faisait en 15 minutes.
65. DELBET (Pierre d^r), « Le service de santé militaire. Partie chirurgicale », *Le Monde Illustré*, 4 novembre 1916, p. II.
66. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 289.
67. *Société anonyme des filatures, corderies et tissages d'Angers, Bessonneau administrateur, Baraquement Bessonneau, Notice sur le montage*, (s.d.).
68. TOLLET (C.), *Les hôpitaux au XIX^e siècle. L'hôpital civil et militaire de Montpellier*, Paris, 1889, p. 109.
69. André Corvisier a réalisé un schéma de l'organisation de l'armée française en campagne en 1910. Il distingue trois zones : celle de l'avant (ambulances), celle de l'arrière (gares) et celle de l'intérieur (différents types d'hôpitaux). Corvisier (A.), *Dictionnaire d'art et d'histoire militaire*, Paris, PUF, 1988, p. 773.
70. Les hôpitaux bénévoles furent créés spontanément par des groupes de particuliers indépendants des sociétés d'assistance aux blessés. Ils furent organisés par l'arrêté ministériel du 21 août 1914. Ces structures viables pendant trois mois au minimum étaient considérées comme des annexes aux hôpitaux organisés par le service de santé militaire.
71. En exécution du décret du 2 mai 1913, les trois Sociétés d'assistance de la Croix-Rouge française devaient organiser des hôpitaux auxiliaires sur le territoire national. Selon le principe des bateaux-hôpitaux installés par les Américains lors de la guerre de Sécession, la Société française de secours aux blessés aménagea le paquebot *Charles-Roux* en hôpital pour servir dans les Dardanelles.
72. NIMIER (H. d^r), *op.cit.*, p. 1.
73. Sous le terme d'habitations temporaires, le docteur Martin désigne ordinairement les camps, les cantonnements, les bivouacs et les casernes. Il reconnaît l'importance de leur étude hygiénique parce que ces habitations offrent moins de confort et de salubrité que les habitations permanentes ; mais il omet les hôpitaux temporaires nécessaires à la vie militaire. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 216.
74. Les locaux d'habitation constitués par des baraques étaient ordinairement en usage dans les camps sédentaires permanents (camps baraqués) ; ceux constitués par des tentes, dans les installations provisoires mobiles (camps sous tentes). MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 218.
75. Le premier camp de Boulogne en 1803 était constitué de baraques construites avec des perches, des pierres et du gazon. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 218.
76. Le 14 novembre 1855, une tempête détruisit la totalité du chargement convoyé obligeant à revenir « *au déplorable système des abris souterrains* ». BRICE et BOTTET, *op.cit.*, p. 340.
77. *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1863, p. 593.
78. HUSSON (A.), *op.cit.*, p. 361. Ces installations anglaises étaient appelées *Crimean hut*.
79. « *Il importe d'ailleurs de signaler que la suppuration et la septicémie y firent moins de ravages chez les opérés que dans les hôpitaux civils ou dans les ambulances installées dans les bâtiments publics.* » MARTIN (Louis d^r), *op.cit.*, p. 296.

80. Les sous-officiers avaient aussi des salles réservées. HUSSON (A.), *op.cit.*, p. 362.
81. Sur la place royale de Metz, avait été installée une ambulance en se servant de wagons de la Compagnie de l'Est. *Histoire de la Médecine aux Armées, op.cit.*, p. 227.
82. SARAZIN (Ch.), *op.cit.*, p. 715-716.
83. SARAZIN (Ch.), *op.cit.*, p. 716.
84. Dardenne de la Grangère était administrateur des ambulances de la presse pendant la guerre de 1870 à 1871.
85. Dans certains hôpitaux, une chapelle était installée près des salles des malades.
86. SARAZIN (Charles), *op.cit.*, p. 698-699.
87. Nous reprenons une expression de Michel Lévy : « *Je voudrais que nos baraques pussent devenir les hôpitaux de l'avenir, avec une durée de 10 ans, et aux termes de cette période, détruits et remplacés sur d'autres terrains par des constructions nouvelles, avec les corrections que l'expérience aura suggérées.* » Charles Sarazin, *op.cit.*, p. 721.
88. À partir de 1858, les constructions en briques ou en pisé, en planches recouvertes de zinc, plafonds et murailles enduits de plâtre, toit recouvert d'ardoise, de tuile ou de ciment volcanique furent substituées aux sommaires installations. En outre, différents systèmes d'aération furent étudiés pour les baraques.
89. BÉRANGER-FÉRAUD (L. J. B.), *Le Baron Hippolyte Larrey*, Paris, Fayard, 1900. Chirurgien, fils de Jean-Dominique Larrey, illustre chirurgien en chef du Premier Empire et concepteur d'une ambulance légère, mobile et rapide. Huit chirurgiens de cette famille se sont succédé depuis le milieu du XVIII^e siècle.
90. C. Tollet était ingénieur à Paris où il a construit notamment l'hôpital Bichat qui servit de modèle à l'hôpital de Montpellier.
91. Toujours selon le programme du Conseil, cette même année, Tollet étudia la construction d'un hôpital au camp de Châlons. DEPAGE (A.), VANDERVELDE (P.) et CHEVAL (V.), *La construction des hôpitaux*, Bruxelles, Misch & Thron, 1909, p. 139.
92. Relativement à la disposition des pavillons sans étage dans les hôpitaux, Tollet a recensé plus de vingt-cinq combinaisons différentes. DEPAGE (A.), VANDERVELDE (P.) et CHEVAL (V.), *op.cit.*, p. 109.
93. Dans un autre projet daté également de 1873, Tollet étudia une forme en « X » inscrit dans un carré de 200 mètres de côté. Sur le tracé des diagonales, il place des galeries de communication qui desservent six pavillons dans le quartier de droite et six autres dans le quartier de gauche, disposés perpendiculairement. DEPAGE (A.), VANDERVELDE (P.) et CHEVAL (V.), *op.cit.*, p. 139.
94. Il fut reproché à Tollet d'avoir introduit dans les façades de la pierre de taille et de moulure, jugée comme un luxe « *en opposition avec les principes [d'économie] du nouveau système* ». TOLLET (C.), *op.cit.*, p. 256.
95. TOLLET (C.), *op.cit.*, Paris, 1889, p. 109.
96. Une des premières applications eut lieu en 1877 à Bourges.
97. *Le Temps*, 11 septembre 1889. Lire l'article sur l'Exposition de l'Assistance publique.
98. En 1894-1895, les hôpitaux de Bône en Algérie et Saint-Jean de Dieu à Madrid furent construits d'après les plans de Tollet. A. Depage, P. Vandervelde et V. Cheval, *op.cit.*, p. 109. Tollet fut également l'auteur d'un type de baraque transportable dont l'ossature se composait de fermes métalliques de forme ogivale s'articulant avec une semelle appliquée sur le sol. Les panneaux formant les parois étaient en bois recouverts extérieurement de feuilles de zinc et intérieurement de feuilles de papier goudronné sur de la tôle vernie. Les panneaux étaient fixés au moyen de boulons. Pour assurer la ventilation, l'ouverture était pratiquée longitudinalement au niveau du faîtage et recouverte par un chapeau de bois, en complément des fenêtres vitrées. La salle centrale destinée à une douzaine de malades et les deux cabinets complémentaires placés aux extrémités mesuraient 15 mètres de long, 6 mètres de large et 3,50 mètres de haut. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 285.

99. MARTIN (Louis d^r), *op.cit.*, p. 284.
100. Société anonyme des filatures, corderies et tissages d'Angers, Bessonneau Administrateur, Baraquement Bessonneau, *Notice sur le montage*, avec deux vues photographiques intérieure et extérieure d'une baraque Bessonneau, s.d.
101. MARTIN (Louis d^r), *op.cit.*, p. 87.
102. DELBET (Pierre d^r), *op.cit.*, p. III.
103. *Rapport sur la création et le fonctionnement de l'hôpital auxiliaire n°1 à Salonique*, Lyon, « Salut Public », 1918.
104. « Ces grandes constructions [avaient] poussé comme de gigantesques cottages au milieu de vrais déserts. » DEVAL (A.), *op.cit.*, p. 274.
105. SARAZIN (Ch.), *op.cit.*, p. 727.
106. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 290.
107. MARTIN (L. d^r), *op.cit.*, p. 291.
108. BLOCK (M.), *op.cit.*, « Service de Santé », p. 234.
109. Les hôpitaux mixtes étaient des hôpitaux civils dans lesquels des salles spéciales étaient affectées aux militaires. Ils étaient établis dans les villes dépourvues d'un hôpital et dont la garnison était d'au moins 300 hommes. AUGÉ (Claude dir.), *Nouveau Larousse Illustré*, Paris, Larousse, 1898-1903, t. V, p. 158.
110. TROUSSAINT (d^r), *op.cit.*, p. 307.
111. TROUSSAINT (d^r), *op.cit.*, p. 27.
112. La distinction entre l'hôpital et l'hospice fut officialisée en France en 1851. Jusqu'alors avait survécu l'hôpital polyvalent. *Patrimoine hospitalier-Un parcours à travers l'Europe*, Éd. du Patrimoine, 2001, p. 9.
113. *Patrimoine hospitalier*, *op.cit.*, p. 10.
114. SARAZIN (Ch.), *op.cit.*, p. 698. Durant la campagne de 1915, l'augmentation des ressources hospitalières se traduit par le remplacement, par souci d'économie, des hôtels et autres établissements réquisitionnés par des formations sanitaires installées dans des baraquements. François Olier a étudié les raisons de cette mesure appliquée sur une assez vaste échelle. OLIVIER (F.), *Répertoire général des formations hospitalières de la zone de l'intérieur (1914-1918)*, Brest, 2003.

RÉSUMÉS

Les constructions militaires que l'on rencontre de nos jours ne suffisent pas à comprendre l'ensemble de l'habitat militaire. Parmi les formations du service de santé régimentaire au combat chargées des premiers soins aux blessés et autres malades de guerre, certaines furent organisées sous des tentes ou des baraques en bois, structures légères et mobiles aujourd'hui entièrement disparues du patrimoine militaire. Ces locaux temporaires, généralement moins confortables et moins salubres que les hôpitaux permanents, faisaient l'objet d'études hygiéniques particulièrement importantes. Dans le contexte d'un service militaire de santé qui n'est pas autonome avant 1882, l'article s'interroge sur la création et le perfectionnement de ce mode opérationnel de construction. Les hôpitaux sous tentes et baraqués, complétés en 1914 par les hôpitaux flottants et les trains ambulances, marquent des évolutions dans le traitement chirurgical sur le champ de bataille. Ils s'inscrivent efficacement au plus près des malades et des blessés dans le lent processus de diversification et de spécialisation des hôpitaux français tout en

contribuant au progrès de l'hygiène. L'emploi de ce dispositif en temps de paix par le service de santé civil replace les progrès de la médicalisation et des principes hygiéniques dans le service de santé militaire au cœur du développement des hôpitaux en France.

Military hospitals in tents and barracks in the nineteenth century. Military buildings that one finds today are not sufficient to understand the entire military habitat. Among the units of the health service that were charged in combat with first care of the wounded and other sick in war, some were organized in tents or barracks made of wood, light and mobile structures now completely disappeared from military holdings. These temporary locations, generally less comfortable and less healthy than permanent hospitals, provided particularly important hygienic services. In the context of a military health service that was not independent before 1882, this article examines the creation and improvement of operations in this mode of construction. Hospitals in tents and barracks joined in 1914 by floating hospitals and ambulance trains, signaled changes in surgical treatment on the battlefield. They operated effectively very close to the sick and wounded in the slow process of diversifying and specializing French hospitals while contributing to hygienic improvements. The use of this method in peacetime by the civilian health service places advances in medical and hygienic principles in the military health service at the heart of the development of hospitals in France.

INDEX

Mots-clés : Hôpital militaire, service de santé

AUTEUR

NICOLAS MEYNEN

Maître de conférences en histoire de l'art contemporain, il est directeur de l'Institut universitaire professionnalisé « Métiers du Patrimoine » à l'université de Bretagne Occidentale. Auteur de plusieurs articles sur l'architecture et l'urbanisme dans le cadre de places fortes à l'époque contemporaine, son dernier ouvrage *La Rochelle au XIX^e siècle, De la place forte au port de commerce* est paru en décembre 2007 (Ed. CPPPC). Actuellement, il coordonne la publication des actes du colloque international « *Valoriser les Patrimoines Militaires. Théories et actions* ».