

L'histoire des soignants dans l'urgence, de Napoléon à nos jours

B. GARRIGUE

1. Introduction

Retrouver les traces des soignants dans l'urgence n'est pas chose aisée car l'histoire de la médecine a rarement mis en valeur la place des professions associées au progrès médical. Une des maximes d'Hippocrate était pourtant : « Il ne suffit pas que le médecin fasse ce qu'il convient, il faut encore qu'il soit secondé par le malade et par les personnes qui le gouvernement »¹.

Vouloir en quelques pages retracer l'histoire des « paramédicaux » dans l'urgence, c'est-à-dire « ceux qui se consacrent aux soins, au traitement des malades sans appartenir au corps médical »² peut sembler une gageure, tant le champ de recherche est vaste et les documents spécifiques pratiquement inexistant. Nous allons tenter de tracer le cheminement de ces acteurs de l'urgence au sens très élargi du terme, le long de la frise du temps, en suivant le rythme des conflits, des catastrophes et des épidémies.

Nous découvrirons que pour arriver au degré de professionnalisation actuel il a fallu parcourir un chemin laborieux, ouvert par quelques pionniers visionnaires.

2. Un peu avant Napoléon

On retrouve au travers des différentes études, la trace de l'activité « médicale » depuis le néolithique. L'exhumation de squelettes montre une connaissance de

1. Hippocrate. Livre 3, APH. 1.

2. Dictionnaire de la langue française « Robert »

Correspondance : Cadre IADE - SAMU 91, Corbeille Essonne. E-mail : bruno-garrigue@wanadoo.fr

procédés permettant de réduire des fractures. On retrouve vers les II^e et III^e siècles les premières traces de la présence de paramédicaux, les Immunes qui sont des soldats exempts de corvée, semblent être des infirmiers représentés sur des scènes de la colonne Trajane. Leur rôle est de porter de l'eau aux blessés.

Dans les « Valetudinaria » qui sont les premiers hôpitaux militaires organisés, les soins sont apportés par des esclaves infirmiers... et sous le règne de Mauricius au VI^e siècle, est créé un corps de cavaliers ambulanciers préposés au ramassage des moribonds moyennant une prime proportionnelle au nombre de blessés évacués³.

Un saut nous conduit au Moyen Âge, où l'on retrouve dans certains monastères comme celui de Cluny en 910, des structures composées d'infirmières, d'ambulancières, chargées d'apporter les soins d'urgence aux combattants en l'absence de médecins.

Les croisades voient l'apparition d'ordres hospitaliers militaires. Ce ne sont plus les combattants qui s'improvisent soignants mais des moines dévoués qui portent secours aux blessés.

Saint Vincent de Paul fonde l'ordre des Filles de la charité, ancêtre des infirmières d'aujourd'hui. La fin du XVII^e siècle marque une décadence des hôpitaux, les conditions d'hygiène sont déplorables, les soins sont donnés par des personnes « ignorantes, grossières et qui maltraitent les malades ». Des traditions anciennes empêchent certains ordres de s'adapter aux progrès médicaux⁴.

L'accueil des urgences est assuré par l'ancêtre des IOA : « Au XVIII^e siècle, le patient qui se présente à la porte de service est reçu par la sœur portière, au caractère compatissant ; il doit être examiné par un chirurgien si c'est un homme, par une visiteuse si c'est une femme, afin de juger de la gravité du cas ». Dès son arrivée, le malade doit se confesser, le portier le mène au « *prestre de L'ostel* » qui lui donne la communion, sauf s'il est infidèle⁵.

Le XVIII^e siècle marque un tournant décisif mettant un terme à la résignation ancestrale face à la mort accidentelle.

La traduction pratique de ce changement est matérialisée par les actions entreprises pour porter secours aux noyés.

Un avis, pour porter secours à ceux que l'on croit noyés est publié par Réaumur avec tous les conseils pour effectuer les manœuvres connues de l'époque. Avec la notion de rapidité d'intervention à même le bateau qui a repêché le noyé. Ce courant se répand dans différentes villes d'Europe et sur les côtes américaines.

3. Sandrine Poirson – sicre, *La médecine d'urgence préhospitalière au travers l'histoire, Glyphe et Biotem, 2002.*

4. *L'infirmière Hospitalière, guide théorique et pratique, 1952.*

5. Le Quellec, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours, Thèse pour le doctorat en médecine, 2000.*

Ainsi voit-on apparaître du matériel de secours à disposition des sauveteurs accompagné d'un système de récompense.

En 1773, 95 villes de France sont dépositaires de boîtes de fumigation rectale traitement de choix pour venir au secours des noyés.

En 1775, Valmont de Romère préconise les bases de l'insufflation par le bouche-à-bouche remplaçant avantageusement le fait de « souffler par le fondement avec une pipe ».

Des appareils précurseurs des respirateurs apparaissent, comme le soufflet à piston, muni de soupapes permettant d'éviter la surpression pulmonaire. On commence à parler du bouche-à-bouche couplé au massage cardiaque externe.

3. Époque napoléonienne

3.1. La révolution 1789

Durant cette période troublée, la puissance de l'administration fait obstacle à l'efficacité des services de santé ; les armées révolutionnaires ne comptent pas d'organisation sanitaire. L'état des hôpitaux est déplorable, l'hygiène absente et les épidémies nombreuses.

Pendant la révolution, tout le système de santé est désorganisé. L'Assemblée constituante décide de supprimer le financement des hôpitaux et ces derniers se retrouvent rapidement dans la plus grande misère. Plus tard, l'hôpital devenu municipal devient, plus qu'un refuge, un lieu de soins pour les malades mais aussi un lieu d'apprentissage pour les étudiants.

Sur le front des armées, le rôle des infirmiers en situation de combat se pose. La question est clairement posée au Roi en 1790 par M. Coste, médecin des armées du roi⁶. « Dans nos mœurs, le dévouement volontaire au service des pauvres et des malades est aussi respecté, que ce sacrifice généreux et respectable ; mais on ne peut se dissimuler que l'opinion publique n'ait rangé, presque au dernier degré de la classe servile, les fonctions hospitalières du mercenaire et de l'infirmier. Ainsi une répugnance morale, non moins invincible que le dégoût physique, rendrait intolérable à la plupart de nos soldats, l'exercice de ces devoirs humiliants »... La fonction infirmière même en situation d'urgence est réduite à sa plus simple expression.

6. M. Coste, *Du service des hôpitaux militaires, rappels aux vrais principes*, Imprimerie de monsieur, Paris 1790, p. 97

4. Le 15 septembre 1793

Un décret de la Convention met fin à 6 siècles d'enseignement en France en ordonnant la dissolution de « toutes les Académies et Sociétés littéraires ou savantes patentées ou dotées par la Nation ». La médecine, comme beaucoup d'autres professions, peut alors être exercée sans diplôme ! Pour remédier à cet état de fait, Antoine de Fourcroy (1755-1809) présente à la Convention un projet de réforme après la chute de Robespierre. Celui-ci est accepté par le décret du 4 décembre 1794 (14 frimaire an III) et décide la fondation de trois Écoles de Santé à Paris, Strasbourg et Montpellier.

Durant les campagnes militaires du directoire en Égypte et en Italie, Larrey perfectionne son ambulance volante qui, à l'époque, désigne une formation sanitaire des armées. On parle beaucoup dans la littérature des chirurgiens commandant des légions et des divisions qui avancent au plus près de la bataille alors que les soldats infirmiers ensevelissent les morts sous inspection policière⁷.

Les chevaux sont remplacés par des chameaux et les évacuations se font par voie fluviale, par le Nil.

Pierre François Percy, auteur du manuel des *Premiers secours aux blessés de guerre* n'impose son idée de compagnie d'infirmiers et de brancardiers, les *Despotats*, que pendant la guerre d'Espagne en avril 1809.

Cette organisation, composée de 10 compagnies qui relèvent, soignent et défendent les blessés, se révèle décevante, probablement du fait du recrutement et du manque de formation.

Les officiers de santé sont transportés avec les chirurgiens et leurs aides, et le matériel sur des WURST appelés ainsi du fait de la forme de saucisse les caractérisant. Les administrateurs des armées trouvent que les officiers de santé doivent aller à pieds car « c'est un spectacle dangereux que celui d'officiers de santé en voiture, on veut qu'ils aillent à pied et soient malheureux sinon ils deviendraient trop insolents » ! C'est dire le respect et le soutien de l'administration au corps des soignants.

5. La conquête d'Algérie, 1830-1847

Ce conflit voit les différents corps de soignants, chirurgiens, pharmaciens, infirmiers, brancardiers intégrés aux corps de troupe, qui n'hésitent pas à prendre les armes au besoin. Les ambulanciers de l'époque rivalisent d'ingéniosité pour transporter le plus de blessés possible sur des terrains de montagne accidentés. On voit des voitures à deux roues tirées par des mulets sur lesquelles on sangle les hommes sur des matelas de fortune. Des caquolets permettent de transporter des blessés assis de chaque côté des animaux de bât.

7. *La médecine d'urgence préhospitalière au travers l'histoire. Op. cit. p. 1.*

6. La guerre de Crimée 1854-1856

La situation météorologique et la résistance de l'armée Russe surprennent le commandement et entraînent de nombreuses difficultés supplémentaires. Les évacuations sont rendues délicates à cause du gel, les hôpitaux sont surchargés, les épidémies s'aggravent. Pour tout arranger, de nouvelles blessures font leur apparition avec les progrès considérables dans l'artillerie. Les balles oblongues à haute vélocité causent des blessures délabrantes. Notons à cette époque, la généralisation du chloroforme administré avec le cornet de Reynaud. Du côté des soignants cette guerre est marquée par l'apparition de Florence Nightingale. Attardons-nous un peu sur ce destin qui va signer le début d'une réelle révolution de la profession infirmière.

Elle est née en 1820 d'une famille aristocratique anglaise et a la chance de beaucoup voyager. Elle recueille de nombreuses informations sur les différents hôpitaux qu'elle visite. Elle observe ce que font les ordres religieux qui prédominent à l'époque dans le domaine des soins. Ainsi, l'expérience des Diaconesses, et des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul lui permet de diriger une maison de retraite. Nous serions loin de l'urgence si elle ne décidait pas de partir avec un groupe de « nurses » pour remédier à l'absence de personnel soignant « capable » sur le front de Crimée. Elle trouve à son arrivée à Scutari, en banlieue de Constantinople, un hôpital délabré, privé de moyens par les lenteurs de l'administration⁸.

Florence Nightingale fit passer le taux de mortalité en moins d'un an de 42 % à 22 %, grâce à des soins infirmiers efficaces et intelligents, grâce aussi, il faut le dire, à une personnalité très forte qui lui permit d'en imposer aux militaires qui dirigeaient l'hôpital.

En 1856, le télégraphe venait d'être inventé. La guerre de Crimée fut le premier grand événement couvert en direct par les journaux. Les succès de Florence Nightingale et ses appels à l'aide firent souvent les manchettes des journaux dans le monde entier.

Ce succès l'avait précédée en Angleterre, elle pût ainsi imposer ses volontés à toute l'armée anglaise. Aucun hôpital militaire n'allait désormais être construit sans qu'elle n'en ait approuvé les plans. Par la suite, on vint du monde entier la consulter sur la façon de concevoir et d'administrer les hôpitaux, civils ou militaires.

D'autre part, elle fonda en 1860, à l'Hôpital Saint-Thomas de Londres, la première véritable école d'infirmières : The Nightingale Training Scholl for nurses.

8. *L'infirmière hospitalière, tome 1, Éd. JB Baillière, 1952, Paris.*

« Une infirmière, disait-elle, ne devrait rien faire d'autre que soigner. Si vous voulez des femmes de ménage engagez-en. Les soins infirmiers sont une spécialité ».

Soigner, elle l'avait elle-même démontré à Scutari, cela ne signifiait pas exclusivement assister le médecin détenteur du savoir scientifique, cela signifiait aussi veiller avec bon sens et compétence sur la qualité de la vie des malades, faire en sorte que l'hôpital, par son aménité, devienne un remède. Florence Nightingale établissait ainsi la spécificité de la profession d'infirmière.

Revenons en France où un homme, médecin aliéniste, va entreprendre non sans mal une œuvre de laïcisation des hôpitaux. Les soins sont alors exclusivement confiés aux religieuses. Petit à petit, comme le cite Michel Foucaud : « Dans la hiérarchie interne de l'hôpital, le médecin élément, jusque-là extérieur, commence à prendre le pas sur le personnel religieux et à lui confier un rôle déterminé mais subordonné dans la technique de l'examen : alors apparaît la catégorie de l'infirmier »⁹.

Cette timide approche d'un rôle infirmier doit être à l'époque relativisée : ainsi, « le personnel religieux assume, à cette époque, l'intendance et la surveillance des salles de malades, tandis que les gros travaux et les soins aux malades sont à la charge d'un personnel infirmier frustré et totalement illettré »¹⁰.

Lors d'un voyage à Londres, Bourneville s'inspire de l'expérience anglaise et notamment des écrits de Florence Nightingale. Il s'aperçoit du gouffre abyssal qui sépare la nurse anglaise de nos infirmiers en France¹¹, et est un des seuls médecins de l'époque à se battre pour la création d'une école d'infirmière. Elle ouvrira ses portes en 1878 avec la première édition du « Manuel pratique de la garde malade ». Mais la règle reste tout de même la soumission et nous sommes encore loin de la prise d'autonomie de la profession.

7. Solferino naissance de la Croix-Rouge

En 1859, une bataille sanglante qui oppose la France à l'Autriche, se livre à Solferino. Les services de santé militaires sont débordés et abandonnent plus de cent mille hommes, de toutes nationalités. Dunant, jeune industriel suisse, parcourt l'arrière du champ de bataille pour rencontrer Napoléon III (dont il souhaite obtenir l'autorisation d'acheter des terres en Algérie). Du terrain ensanglanté, s'élèvent les lamentations déchirantes et les hurlements de quarante mille blessés. Bouleversé, Dunant organise les premiers secours avec trois cents habitants volontaires, « *il faut, tant bien que mal, organiser un service volontaire* », sont ses paroles. Il publie, en 1862, « un souvenir de Solferino » qui choque et

9. M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1985, p.188.

10. G. Charles, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, 1979, p. 72.

11. Michel Poisson, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Paris, Éd. hospitalières, 1998.

ébranle l'opinion et les pouvoirs publics et aboutit en 1864 à la signature par douze États de la première convention de Genève et à la création de la Croix-Rouge, neutre et universelle. « *Les blessés ou malades seront recueillis et soignés à quelque nation qu'ils appartiennent* (article 6) ».

La Croix-Rouge, ainsi que des sociétés de secours aux blessés militaires, formées de volontaires, apporteront une aide majeure lors des différents conflits futurs. En 1941, devant la fréquence des bombardements, la Croix Rouge crée ses propres services de secouristes, puis en octobre 1942, les « équipes de brancardiers-secouristes ». À ces équipes de volontaires dont la formation est bien souvent insuffisante, sont adjoints début 1943 des « équipes d'urgence » composées de brancardiers, de médecins et d'assistantes sociales, d'aides médico-sociaux et de cyclistes. Leurs tâches sont multiples : soigner les blessés, identifier les tués, aider les sinistrés, avertir les familles.

En 1934, sont créées les Infirmières Pilotes Secouristes de l'Air (IPSA) dans le but d'assurer les premiers soins et l'évacuation rapide des blessés graves par les airs.

8. La guerre franco-allemande de 1870-1871

À cette époque, des organisations publiques et privées ont créé des groupements appelés « Ambulances » pour assister les victimes civiles et militaires du conflit. À noter que durant ce conflit, les infirmiers accompagnant les médecins sont appelés « hommes porte-sac », une situation peut-être prémonitoire pour la profession en Smur ! Durant les batailles de Forbach et Gravelotte, les récentes conventions de Genève ne sont pas respectées, les rotations insuffisantes de matériel coûteront bien des vies parmi les blessés et les soignants.

9. Les épidémies

Le rôle des soignants de l'urgence au cours des épidémies mérite un chapitre particulier. L'actualité nous ramène quelques années en arrière et nous nous apercevons que les mesures prises avec les moyens de l'époque sont en partie transposées à notre actualité.

Retournons en 1832. À Paris c'est le temps des épidémies : typhus, diphtérie, et surtout le choléra. Les hôpitaux sont surchargés, le fait que cette maladie prédomine dans les basses couches de la population laisse présumer d'un complot de riches contre les pauvres. Un climat de vengeance règne contre les soignants. Il faut dire que la plus grande incertitude règne en ce qui concerne les causes, et les traitements de cette maladie. Certains vont jusqu'à écrire que les médecins « *n'ont observé aucun fait qui puisse les autoriser à soupçonner le choléra d'être contagieux* »¹². On construit des baraquements dans les rues, tous les étudiants sont réquisitionnés et tiennent ces postes jour et nuit.

Cette épidémie durera 10 mois puis s'éteindra.

Les soignants paient un lourd tribut et on compte de nombreuses victimes parmi eux.

10. Le siège de Paris 1870

Durant le siège de Paris, les soignants durent faire face non seulement aux bombardements de la capitale et à l'arrivée de nombreux blessés dans les hôpitaux, mais aussi à une nouvelle épidémie de variole qui allait décimer 64 000 victimes en 5 mois.

Zola décrit l'atmosphère : « *C'était un déchargement affreux de pauvres gens, les uns d'une pâleur verdâtre, les autres violacés de congestion ; beaucoup étaient évanouis, d'autres poussaient des plaintes aiguës ; il y en avait, frappés de stupeur, qui s'abandonnaient aux infirmiers avec des yeux épouvantés, tandis que quelques-uns, dès qu'on les touchait, expiraient dans la secousse* ».

Jean Giono nous donne une idée de l'ambiance qui règne lors d'une épidémie dans « le Hussard sur le toit » : « *Il mourait de huit à neuf cents personnes de plus par jour que la normale. Les denrées à prix d'or se vendaient sous le manteau. On avait partout recruté dans les prisons, corbeaux, fossoyeurs et même infirmiers. Il y avait, en plus du choléra, toutes sortes de morts possibles. On fusillait les pillards. Les gens solides tuaient chaque jour sept ou huit empoisonneurs de fontaine (...). Les survivants se chargeaient d'accomplir, en plus de leur propre tâche, le travail de turpitudes abandonné par les morts* ».

On retrouve les notions d'isolement, de mesures de protection, de polémiques en matière de traitement.

Pendant le siège de Paris, on observera la première évacuation sanitaire aérienne par ballon de 160 blessés.

11. La grippe de 1889

Banalisée par les humoristes, elle provoquera la mort de 5 000 parisiens. Au début, la grippe n'effraie pas et donne même à certains l'occasion de plaisanter. Avant 1889, elle est successivement nommée follette, baraquette, cocotte ou coquette, jusqu'à ce que Sauvages lui donne le qualificatif de grippe¹³.

« *C'est un petit mal à la mode
qui dure quelques jours dit-on* »

12. Héraud G. *L'internat des hôpitaux de Paris et les grands événements de 1802 à 1852*. Paris, dactyl., 1952. Thèse méd., Paris, 1952.

13. Oury M. *Histoire de la Tuberculose. Histoire de la Médecine*, Albin Michel-Laffont, 8, 1993, 45-63.

*Quand on n'en meurt pas c'est commode
Et de l'avoir est de bon ton
Migraine, vapeur, hystérie
Se démodent, chacun sait ça
Mais la nouvelle maladie !
Place, place à l'influenza ! ».*

Une loi précise, en 1892, que « *les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine ou d'officier de santé* ».

12. Les services d'urgences

Les différentes épidémies vont faire évoluer les hôpitaux sous l'influence des doctrines pastoriennes.

Jusqu'en 1895, il existe toujours trois manières d'entrer à l'hôpital : l'admission d'urgence, par la consultation gratuite ou le bureau central. Des circulaires du 14 octobre 1850 puis du 6 avril 1852 précisent que les hôpitaux doivent être exclusivement réservés aux affections aiguës et qu'un patient ne peut rester plus de trois mois hospitalisé sans raison majeure¹⁴.

Intéressons-nous à l'admission urgente.

En cas d'accident dans les rues de Paris, le blessé est emmené à l'hôpital le plus proche en fiacre ou sur une civière à bras abritée par un tendelet en coutil blanc et bleu. Un interne, facilement secondé par ses collègues (habitant pour la plupart à l'hôpital), examine et soigne alors le malade qui est rapidement inscrit sur le registre des entrées. L'interne de garde donne ses soins aux malades et aux blessés admis dans l'intervalle des visites, de même qu'aux malades déjà admis dont l'état se serait aggravé. Si le patient est dans un état critique, l'interne en avise le Directeur de l'hôpital qui fait appeler le médecin chef du service. Il en va de même lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire. L'interne agit selon les instructions du chirurgien de garde. L'admission sera ou non acceptée par l'administrateur de service. Le patient est alors conduit dans une salle, déshabillé par les infirmiers et couché sur un lit en fer, entouré de rideaux blancs et composé d'un sommier, d'un matelas, d'un traversin et d'un oreiller. Il est vêtu d'une capote en drap bleu et d'un bonnet, les femmes ont un jupon, une casaque et une coiffe. En cas de décès, l'hôpital hérite de leurs hardes. On peut voir la pancarte du malade fixée au montant du lit, avec une particularité récente : son statut vaccinal¹⁵.

14. Gallet L. *Paris à l'hôpital. Extrait de la nouvelle revue du 15 avril 1892. Paris, typogr. Chamerot et Renouard, 1892.*

15. Tinguy du Pouët. *De l'assistance médicale à l'hôpital et à domicile. Paris, Larose, 1900.*

Voici le témoignage d'un patron de chirurgie concernant le traitement des urgences, déjà l'attente, la remise en cause de la qualité, le manque de personnel...

C'est lors de l'ouverture de son cours de médecine opératoire à la Faculté de Paris, en 1894, que le Professeur Terrier formule des critiques relatives à la prise en charge des blessés.

« Actuellement, le blessé reçoit de suite les soins d'un interne de garde, je devrais dire d'un élève interne de garde. Sans tarder, je dois noter que cet interne peut être un élève en médecine, aussi bien qu'un élève en chirurgie ; que le matin même il a pu faire des autopsies, l'existence d'un anatomopathologiste attaché dans ce but à chaque hôpital n'ayant pas encore pénétré dans nos cerveaux » (...).

L'antisepsie et l'asepsie ne franchissent pas encore les portes de l'hôpital Bichat en 1893 !

« Donc, l'interne reçoit le malade et celui-ci est transporté, quelque malpropre, souillé de boue qu'il soit, dans une salle de chirurgie. Heureux encore si ceux qui l'ont amené à l'hôpital n'y pénètrent pas tous ensemble. Là, le blessé est déshabillé, couché, nettoyé comme on peut, c'est-à-dire aussi mal que possible la plupart du temps. S'il est besoin d'une petite intervention, comme une suture, une ligature d'artériole, etc., l'opération est faite, en général, le plus tôt possible. Mais s'il y a lieu de pratiquer une grave intervention, il faut prévenir le directeur, qui à son tour, fait prévenir soit le chirurgien du service, soit son assistant, soit enfin le chirurgien de garde du bureau central. Notez qu'actuellement, et pour toute la ville, il y a un chirurgien de garde du bureau central. La même nuit, l'un d'eux a été appelé à l'hôpital Tenon et à l'hôpital Necker. Je n'insiste pas, et cela a été considéré comme un progrès ! Et, chose plus étrange encore à dire, c'est que c'en était un réellement, car j'ai connu une époque où on ne trouvait même pas de chirurgien. Il se peut donc qu'après un temps, généralement, pour ne pas dire toujours, très long, car la recherche du chirurgien n'a pas lieu par le téléphone mais par un infirmier voituré dans un fiacre, il se peut donc, dis-je que pour une opération pressée et sérieuse, il y ait tardivement réuni : un chirurgien et un interne en chirurgie ou en médecine ; ce n'est pas suffisant. Heureusement que la plupart du temps, s'il se trouve d'autres élèves à l'hôpital, ils se mettent à la disposition du chirurgien. Mais encore ici, ces élèves, qui souvent prennent une part active à l'opération, peuvent être des élèves en chirurgie ou en médecine, peu importe paraît-il. Ce que je viens de vous exposer se passait dans les hôpitaux en 1862, quand j'étais interne en chirurgie de première année chez Chassaignac ; or, cela se passe encore ici, ou à peu près, en 1894, c'est-à-dire trente deux ans après. En 1862, les lois de l'antisepsie et de l'asepsie étaient absolument inconnues et nos blessés mourraient très souvent. En 1894, on sait que la vie des blessés dépend des soins immédiats, de la rapidité des interventions, et surtout des précautions excessives qu'il faut prendre dans ces interventions graves, et rien n'est changé ou presque rien... Notez encore que si l'opération d'urgence doit se faire la nuit, le personnel, infirmiers ou infirmières,

est réduit à son minimum, qu'il n'y a qu'une ou deux surveillantes pour un hôpital, que celles-ci peuvent quitter un typhique pour venir préparer ce qu'il faut pour une trépanation ou une laparotomie. Bien heureux ; encore quand cette surveillante sait où et comment se procurer les instruments, les appareils de pansements nécessaires à l'opération ! Pour les chirurgiens qui, comme nous, réclament la séparation de nos malades infectés et non infectés ; qui utilisent des salles opératoires spéciales pour ces deux catégories de blessés ou de malades ; qui, en somme, cherchent à sauver la vie de nos opérés par tous les moyens que la science actuelle – science d'origine essentiellement française – met à notre disposition, toute cette manière de procéder est, non seulement inacceptable, mais coupable »¹⁶.

Il existe sur la capitale un service d'ambulances municipales qui est mis en service pour l'exposition universelle. Une querelle oppose la préfecture de police et l'assistance publique qui revendiquent chacune la gestion de ces moyens. Un interne ambulancier muni d'une trousse de premier secours peut intervenir avec un cocher pour répondre aux appels des gardiens téléphonistes, les premiers Parm. Ces ambulances hippomobiles sont remplacées en 1925 par les premières ambulances automobiles

13. La Première Guerre mondiale

La mobilisation des personnels et la valorisation de leurs compétences constitue un des enjeux cruciaux de l'efficacité du système. La cohorte dévouée des soignants de l'avant et de l'arrière, englobant les personnels d'active ou de réserve (parmi lesquels jouent des problèmes d'interférence entre compétence civile et hiérarchie militaire) aussi bien que la discrète mais indispensable armée des infirmières, professionnelles ou bénévoles permet l'avancée de l'organisation de soins d'urgence. Le service de santé doit assumer de nombreuses autres missions d'ordre non chirurgical. La prise en compte des armes chimiques, innovation redoutable, mais en fin de compte plus morbide que létale, nécessite la mise en place d'outils de prévention et de traitement appropriés. La médecine de guerre, confrontée aux maladies infectieuses et parasitaires qui causent trois alertes sérieuses dues à la typhoïde en 1914, la grippe espagnole en 1918 et au paludisme à l'armée d'Orient, doit aussi traiter de multiples autres maux, soit traditionnels soit spécifiques (tel le phénomène dit des « pieds de tranchée »).

La CUMP de l'époque : confrontée aux pathologies psychiques du front, la psychiatrie de guerre se développe, et des services de triage spécialisés et des centres de soins neuropsychiatriques sont ouverts pour recueillir les « blessés nerveux ».

16. Gumberg. *De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes*. Paris, 1897.

Enfin, le service de santé est chargé de besoins d'hygiène aussi ingrates qu'indispensables allant des moyens de propreté corporelle jusqu'à la désinfection du champ de bataille. Les besoins en matériel et fournitures pharmaceutiques sont également évoqués. Une fois de plus l'ensemble des soignants, au sens large, est mis à contribution.

Les personnels soignants se singulariseront durant ce conflit par leurs actions héroïques notamment pendant la guerre des tranchées où ils travailleront dans des conditions extrêmes.

J. Meyer rapporte : « Les brancardiers du bataillon traversaient chaque nuit l'enfer, portant leur charge meurtrie, gémissante ou prostrée, ils allaient au maximum près des trous d'obus ».

14. Petite revue de la littérature de l'époque

En 1884, édition du premier *Manuel de l'Infirmière* par l'UFF.

En 1911, la publication d'un guide pratique pour l'infirmière hospitalière et l'infirmier brancardier montre un début de professionnalisation de ce métier. On retrouve la notion de soldat secouriste soignant son camarade blessé. L'introduction du D^r Edmond Morin à cet ouvrage en témoigne. « Enfin puisqu'il semble impossible de supprimer les guerres, faisons tous nos efforts pour que tous les blessés qui couvriront les champs de bataille ne périssent pas faute de soins. Pour cela il faut former un personnel instruit et très nombreux d'infirmières et d'infirmiers... Je dirai même qu'il est à désirer que chaque soldat sache arrêter une hémorragie et donner les premiers soins d'urgence »¹⁷.

Cet ouvrage semble prémonitoire à ce qui va arriver, car au cours des quelques années qui vont suivre, les pertes militaires européennes atteignent dix millions de tués, sans compter le million de victimes que fait la « grippe espagnole ».

On dénombre deux cent dix morts par jour du 6 octobre au 9 novembre à Paris, la grippe emporte Guillaume Apollinaire, Bernard Shaw et Edmond Rostand). Par contre, les progrès réalisés en matière de prévention portent le nombre de varioleux à 13 (dont 1 décès) ; en effet, huit millions d'hommes ont été vaccinés contre la variole. On ne possède pas encore de vaccin contre la grippe.

Le nombre des blessés devient prépondérant par rapport aux nombres de malades, on progresse dans la notion de parage des plaies effectuées de manière aseptique.

Qu'enseigne-t-on à l'époque aux soignants, dans le guide pratique de l'infirmière hospitalière et de l'infirmier brancardier ?

17. E. Morin, *Guide pratique de l'infirmière hospitalière et de l'infirmier brancardier*, Union des femmes de France, CRF, Vigot 1911.

Tout d'abord les bandages des plus simples aux plus sophistiqués qui vont protéger les plaies de souillures ; puis vient le chapitre consacré aux soins d'urgence. L'abord du blessé, la découpe des vêtements, l'arrêt de l'hémorragie sont abordés. L'installation sur un brancard, la surélévation de la tête en cas de traumatisme crânien, la position assise en cas de problème de congestion pulmonaire. Les fractures du bassin sont placées dans une gouttière de Bonnet qui est peut-être l'ancêtre des ceintures pelviennes. On apprend à reconnaître les signes de la mort avec des moyens étranges. La transparence des doigts, insensibilité générale, la phlyctène produite par un fer très chaud n'est pas entouré d'un cercle rougeâtre, l'électricité ne fait plus contracter les muscles, les flagellations, le titillement de la luette n'ont aucune action, enfin la cessation totale de la respiration et la disparition des bruits du cœur. On complète par la ligature complète d'un doigt à sa partie médiane qui devient violacé si il persiste une circulation et reste blanc en cas de mort.

On peut également constater la mort par injection de fluorescéine qui peut être pratiquée par n'importe qui car celle-ci est inoffensive. Si une circulation persiste la peau prend une couleur jaune et l'œil une superbe (sic) coloration vert émeraude...

14.1. Les premiers soins

Le déshabiller, dégager la bouche et les narines, arrêter les hémorragies et donner un cordial qui le ranime et lui donne la force de supporter ses souffrances et son transport.

14.1.1. En cas de syncope

Allonger, stimuler, chatouiller les ailes du nez et la gorge avec des plumes, verser sur les lèvres quelques gouttes de cognac, de rhum, ou de menthe. Faire une injection hypodermique d'éther ou de caféine, électriser le malade au creux épigastrique.

14.2. La respiration artificielle

La notion de tube dans le larynx et d'oxygénation est connue. On apprend la méthode de Sylvester, par extension rythmée des bras et compressions du thorax. On préconise les tractions rythmées de la langue. On conseille également, si l'infirmier est seul secouriste, de retourner le patient sur le ventre et de pratiquer un massage du bassin au thorax pour déplacer les intestins et le diaphragme (méthode de Howard).

On envisage les cas d'asphyxie toxique par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, les vapeurs d'égouts, sans se douter de l'apparition de gaz de combat qui feront leur apparition au cours du conflit suivant.

Pour les noyés, on ne conseille plus de les pendre par les pieds. Pour les ivresses, le patient sera placé sur le dos et on favorisera les vomissements avec un tube introduit dans l'estomac...

En 1922, création du diplôme d'État d'infirmière et du diplôme d'État de visiteuse d'hygiène sociale.

Mais le rôle de l'infirmière, appelée aussi garde-malade, est souvent assez restreint. Le *Lancet* publie même un article édifiant : « Tout ce qui peut rapprocher l'instruction de la garde-malade de celle de l'étudiant en médecine doit être évité... »¹⁸.

Dans les livres d'enseignement, on retrouve quelques chapitres sur des conduites à tenir en attendant le médecin en cas d'urgence. En cas d'hémorragie par exemple, on apprend les points de compression, on conseille de ne rien donner à boire ni à manger. « Ne pas donner d'eau-de-vie en cas d'hémorragie à moins d'ordre d'un médecin ou lorsque le malade est à son dernier soupir »¹⁹.

Dans ce même ouvrage, la conduite à tenir en cas de douleur thoracique est décrite de la manière suivante : « écraser une capsule de nitrate d'amyle sur un mouchoir et en faire respirer les vapeurs, on donne souvent une injection de morphine si la douleur est intense (ce qui est étonnant pour l'époque car bien souvent on traite la douleur par le mépris), enfin on peut faire inhaler du chloroforme ! »²⁰

15. La Seconde Guerre mondiale

Les progrès en matière d'anesthésie, de réanimation du choc, de clamage des vaisseaux, et la généralisation des antibiotiques apparaissent. Les moyens d'évacuation aériens permettent le déplacement des blessés graves. Des formations chirurgicales motorisées, composées d'équipes pluridisciplinaires se montreront d'une grande efficacité.

Les évacuations aériennes se font en hélicoptère du champ de bataille vers le triage, après avoir reçu les premiers soins par des infirmiers ou brancardiers. L'évacuation secondaire se fait après mise en condition, par des moyens aériens plus lourds (Broussard, Dakota, Nord 2501).

Suite à l'utilisation des gaz de combat, une formation spécifique pour les infirmières auxiliaires est mise en place. Cette formation appelée « Enseignement Z » ressemble aux enseignements NRBC actuellement dispensés²¹.

18. M^{lle} Chaptal, *Le livre de l'infirmière*, Masson, Paris 1925.

19. *Ibid.*

20. *Ibid.*, p. 277.

21. Société française de secours aux blessés militaires, *Enseignement de l'infirmière « Z »*, imprimerie moderne, Bordeaux, 1937.

16. La guerre d'Indochine 1945-1954

Les personnels de santé des bataillons (médecins, infirmiers et brancardiers) partagent les risques du combat. Les progrès en matière de réanimation des états de choc permettent des délais plus longs avant une intervention chirurgicale. Des engins terrestres permettent l'évacuation, l'usage de l'hélicoptère se généralise. À Dien Bien Phu, il existe une antenne chirurgicale complète avec des moyens sommaires d'anesthésie.

Au Viet Nam et en Corée, les Américains développent le concept du MASH (Military Advanced Surgery Hospital, qui, couplé au système de ramassage par hélicoptère paramédicalisé, réduit les délais de prise en charge. Les médecins et chirurgiens sont assistés par des « paramedics » formés aux gestes d'urgence avancés. De cette expérience après le conflit, naîtra le principe de paramédicalisation des secours en préhospitalier.

Durant le conflit d'Algérie, l'infirmier du poste effectue les premiers soins en attendant le médecin, la priorité est donnée à l'évacuation vers les hôpitaux.

17. Retour en France : les professions des soignants de l'urgence

Sans retracer ici un historique complet du SAMU, nous allons nous attarder en quelques lignes sur ces professionnels, pas forcément de santé, qui ont contribué et contribuent encore avec les médecins, à ce concept de médicalisation du secours.

17.1. La police et les pharmaciens : une curieuse association

Les conducteurs des véhicules de secours ont appartenu à différents corps depuis le début de leur histoire. Ils ont été policiers du temps de « Police Secours SAMU » à Paris. À noter que ces policiers ont été, dans le passé, intimement mêlés aux secours et ont participé à la prise en charge secouriste des blessés et malades. Ainsi, au début du XX^e siècle, le policier est chargé de trouver, puis d'accompagner le médecin ou la sage femme inscrit sur le tableau des « premiers à marcher²² », puis de s'assurer du recouvrement de la consultation ou des soins. Il remplit un dossier d'urgence pour les blessés amenés au poste. En cas d'accident grave, le fonctionnaire doit en priorité prendre l'identité de la victime « parce que en cas de mort rapide ces premiers renseignements peuvent éviter de longues investigations »²³. Le fonctionnaire conduit le blessé dans une

22. J. Delplace, *Guide théorique et pratique à l'usage des gardiens de la paix de la ville de Paris*, 1920.

23. J. Delplace, *Guide théorique et pratique à l'usage des gardiens de la paix de la ville de Paris*, 1920, p. 236.

pharmacie. L'officine pharmaceutique est le lieu de proximité où les premiers soins sont donnés. Le transfert secondaire se fait par ambulance urbaine après avis du pharmacien. Par contre, si on se trouve à proximité d'un hôpital, il faut éviter l'étape pharmacie afin d'éviter les frais... Les policiers reçoivent un enseignement sommaire en anatomie et en gestes de première urgence.

Plus tard, les fonctionnaires de la préfecture de police deviennent les conducteurs des cars PS SAMU, à Paris, ils sont en civil avec des blouses bleues dans les années 1980.

Aujourd'hui certains commissariats équipent leurs équipes de défibrillateurs semi-automatiques.

18. Les sapeurs-pompiers

18.1. À Paris

En 1924, sous l'impulsion du médecin commandant Cot, le régiment des sapeurs-pompiers de Paris met en place le « Service de secours médical aux asphyxiés », service modèle pour les situations urgentes (en particulier les intoxications oxycarbonées dues aux appareils de chauffage, noyades, pendaisons...). Ce n'est autre que l'ancêtre du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). Charles Cot adapte, aux temps de paix, les règles de la « médecine de l'avant » militaire ; il introduit trois principes (sauvetage, secourisme et soins médicaux) et trois étapes (extraction du milieu agressif, gestes de survie et hospitalisation). Le premier poste de secours mobile des sapeurs-pompiers de Paris est enfin né, désignant : un moyen de transport rapide (voiture automobile qui remplace, depuis 1920, la traction hippomobile ou toute ambulance municipale pouvant être armée et équipée facilement en poste anti-asphyxique ; un matériel de secours (pour dégager la victime et la ranimer) ; un personnel technique (une équipe entraînée de secouristes composée d'un chef d'équipe, de son adjoint, de deux sauveteurs spécialisés et d'un médecin)). Cinquante victimes sont sauvées en 1928. Cot s'insurge pendant des années contre le transport, rapide et sans précaution d'une victime et propose que le blessé, asphyxié ou accidenté soit « mis en condition », traité avant et pendant le transport à l'hôpital, avec envoi d'un médecin du régiment après reconnaissance initiale par un sapeur-pompier. Cot fait paraître deux ouvrages, « *Les asphyxies du temps de paix et du temps de guerre – Guide du sauveteur spécialisé* » en 1935 et « *Les asphyxies accidentelles* » en 1937. Il insiste sur la nécessité d'une oxygénothérapie précoce dans l'intoxication oxycarbonée. Déçu par l'accueil des urgences amenées par ses ambulances dans les hôpitaux de l'AP, il entrevoit l'intérêt d'hôpitaux spécialisés dans l'accueil des urgences, ainsi qu'une « maison des asphyxiés ». Précurseur, Cot pressent l'extension de ces secours urgents. La première ambulance de réanimation, basée au centre de secours de Port-Royal, est mise en service par les pompiers de Paris le 11 novembre 1967. Les sapeurs-pompiers prennent en charge, non seulement les asphyxiés, mais aussi les pendus, noyés, électrocutés,

AVP graves, suicidés... Six ambulances de réanimation sont mises en place entre 1969 et 1973 par la brigade (avec un anesthésiste-réanimateur)²⁴. Aujourd'hui, les ambulances de la BSPP sont armées par un conducteur, un infirmier diplômé d'État et un médecin urgentiste.

18.2. Et ailleurs

Les sapeurs-pompiers ont contribué, et contribuent encore, à l'activité de médecine d'urgence. Certains SMUR sont conduits par convention par des sapeurs-pompiers.

Le Service de santé et de secours médical des SDIS emploie également des infirmiers de sapeur-pompiers qui contribuent à la prise en charge des urgences pré hospitalières.

19. Les PARM

Nés avec les centres de réception et de régulation des appels, ce sont eux qui, sans être des soignants (leur statut est administratif, mais ils dépendent parfois des directions de soins), contribuent en premier lieu à la chaîne de prise en charge préhospitalière des urgences. Leur profession est en pleine évolution et leur rôle prépondérant devrait être reconnu par une revalorisation professionnelle.

20. Les infirmiers et infirmiers anesthésistes

La présence des infirmiers et IADE en Smur n'a été reconnue qu'en 1997 où leur présence restait facultative en fonction des interventions. Grâce à l'influence de Samu de France le 22 mai 2006 dans l'article D. 6124-13. – La composition d'une équipe Smur est clairement établie : trois personnes dont obligatoirement un infirmier, un ambulancier et un médecin. Sur le terrain, malgré les différents moyens mis à disposition par le plan Urgences, cette situation est loin d'être respectée à 100 %.

Les infirmiers ont vu également leur rôle se concrétiser avec la création officielle des transports infirmiers interhospitaliers, échelon complémentaire de l'aide médicale urgente. Ces transports ont fait l'objet de recommandations de Samu de France.

24. Le Quellec, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse pour le doctorat en médecine, 2000. Autres ouvrages consultés pour la rédaction de cet article.

21. Les ambulanciers

Leur profession a également évolué ces dernières années. Leur certificat de conducteur ambulancier s'est transformé en Diplôme d'État. Une formation d'adaptation à l'emploi spécifique au Smur est instaurée. Leur présence est indispensable pour la conduite des ambulances Smur mais leur rôle ne s'arrête pas là, ce sont des collaborateurs indispensables à l'équipe Smur tant dans la maintenance des dispositifs médicaux que sur le terrain, dans la participation directe à la prise en charge des patients. Des stages de conduite en situation d'urgence complètent leur formation initiale et permettent d'optimiser la sécurité lors des interventions.

22. Les personnels des CUMP

D'autres soignants sont apparus au sein de l'urgence, les membres des équipes médico-psychologiques. Infirmiers ou psychologues, leur intégration au sein de Samu permet de parfaire la prise en charge des patients dans des situations particulières d'urgence collective. Ces CUMP sont d'un appui précieux lors des interventions de médecine de catastrophe et peuvent également apporter un soutien aux équipes du Smur dans le quotidien.

23. Le Samu social

Les infirmiers sont très présents dans le cadre de l'urgence sociale, notamment dans le dispositif de maraudes du Samu social de Paris, qui est constitué des équipes mobiles d'aide (EMA), de la maraude de jour, de l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT). Le dispositif *Maraude* fonctionne en lien avec la Maraude psychosociale du réseau souffrance et précarité, en partenariat avec l'Hôpital Esquirol.

Les équipes mobiles d'aide : de 5 à 9 équipes mobiles d'aide (EMA) vont, chaque nuit (de 20 h 00 à 5 h 00), tout au long de l'année, à la rencontre des personnes sans-abri sur le territoire parisien. Elles interviennent sur signalement du 115 de Paris ou au cours de maraudes.

Les EMA sont composées d'un chauffeur, d'un travailleur social et d'un infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE).

L'entrée en contact nécessite beaucoup de tact et de délicatesse. Ce contact est « ritualisé » par des techniques d'approche : distance/position accroupie/gestes de politesse. Cela permet d'apaiser la violence et de « mettre en protection » les intervenants.

Cet abord multidisciplinaire peut entraîner l'orientation vers l'hôpital, les lits halte-soins-santé ou un centre d'hébergement d'urgence simple.

24. Le Samu mondial

Pour permettre l'envoi d'équipes d'opérations humanitaires sur le terrain, une circulaire prévoit l'organisation et le fonctionnement du Samu mondial en 1993²⁵. Les paramédicaux participent activement à de très nombreuses missions. Ces professionnels de l'urgence quotidienne et de la médecine de catastrophe mettent leurs compétences au service des populations, victimes des catastrophes naturelles, des guerres civiles, des déplacements de population. Ces missions sont aujourd'hui coordonnées par l'EPRUS qui recense les différents volontaires à la réserve sanitaire.

25. Les CESU

Les paramédicaux sont également très présents, tous corps de métiers confondus, au sein des Centres d'enseignements des soins d'urgence. Comme responsables de ces unités ou comme formateurs, ils assurent la formation aux gestes d'urgence des autres professionnels de santé. La création des AFGSU a renforcé leur rôle dans ces structures rattachées aux différents Samu.

26. Le matériel et son évolution

L'évolution des matériels de prise en charge des urgences au travers des siècles, est intimement liée au progrès des technologies mises souvent tardivement au service de la médecine. Les dispositifs médicaux voient leur utilisation progressivement confiée aux différents collaborateurs médicaux, qui contribuent au continuum de ces techniques.

L'appropriation des techniques de soins et de traitements par les paramédicaux est un élément capital dans l'évolution des métiers de l'urgence, ceux-ci se forment à la fois sur le terrain mais aussi au travers de formations universitaires à des techniques pointues en pleine évolution.

27. Conclusion

Ce rapide survol de l'histoire des soignants dans l'urgence, nous montre l'évolution de ces différents métiers au travers des siècles. De l'esclavage du début, des véritables professions sont nées, des textes de loi les reconnaissent, des décrets d'actes et de compétence leur donnent leur autonomie et leurs limites. Les formations se professionnalisent. Le transfert de compétences entre tous les acteurs de l'urgence doit se vivre comme un progrès pour la prise en charge des patients et non comme une lutte de pouvoirs rétrograde. L'aventure de la prise en charge des urgences est loin d'être achevée, nous en sommes tous les acteurs avant... peut-être d'en être à notre tour les bénéficiaires.

25. Circulaire n° 93-17 du 3 mars 1993.

