

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

ANNEE 2000

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

LE QUELLEC née BARON Stéphanie Catherine Janine
Née le 17 janvier 1971 à LAXOU (54)

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2000

**HISTOIRE DES URGENCES
A PARIS
DE 1770 A NOS JOURS**

Président : G. OFFENSTADT, Professeur

RESIDENT

PLAN

INTRODUCTION	4
I. L'ANCIEN REGIME : AVANT 1789	6
1. LES HOPITAUX DE PARIS	7
1.1. Généralités.....	7
1.1.1. Définition de l'hôpital	7
1.1.2. L'Hôpital général.....	7
1.1.3. Le grand bureau des pauvres	8
1.2. L'Hôtel-Dieu	8
1.2.1. Origine.....	9
1.2.2. Le sanctuaire de l'humanité	9
1.2.3. Motifs et modes d'entrée	10
1.2.3.1. Motifs	10
1.2.3.2. Modes d'entrée	10
1.2.4. Accueil.....	11
1.2.5. Confession	12
1.2.6. Admission.....	12
1.2.7. Hospitalisation.....	12
1.2.8. Garde	13
1.2.9. Personnel médical : du barbier au chirurgien.	14
1.2.10. Un certificat de décès datant de 1765	15
1.3. Le Rapport de Tenon.....	15
2. SECOURS AUX NOYES ET AUX ASPHYXIÉS	16
2.1. Secours en cas de noyade	16
2.1.1. Notion d'urgence à porter secours aux noyés	17
2.1.2. L'Echevin Pia	17
2.1.3. Méthodes	18
2.1.4. Contenu des boîtes-entrepôts.....	18
2.1.5. Résultats	19
2.2. Secours en cas d'asphyxie	20
2.2.1. Notion d'urgence à porter aux asphyxiés.....	20
2.2.2. Méthodes	20
2.2.3. Bouche à bouche et autres techniques	21
3. INCENDIES	22
4. SECOURS AUX BLESSES SUR LA VOIE PUBLIQUE	23
II. DE 1789 A 1795 : LA REVOLUTION FRANCAISE	23
5. L'Assemblée constituante (juin 1789 - septembre 1791)	24
5.1. Le comité de mendicité.....	24
5.2. Réalisations	24
6. L'Assemblée législative (Septembre 1791-Septembre 1792)	25
7. LA CONVENTION (Septembre 1792-Octobre 1795)	25
7.1. Abolition de l'hôpital	25

7.2.	Le secours à domicile : une solution miracle.....	25
7.3.	Changement radical d'attitude.....	26
7.4.	Naissance de Saint-Antoine.....	26
8.	LE DIRECTOIRE (1795-1799).....	27
9.	LE CONSULAT	27
III.	LA MEDECINE A PARIS ENTRE 1800 ET 1848.....	28
10.	GENERALITES	28
10.1.	La révolution médicale	28
10.2.	Rappels historiques.....	29
11.	Conseil Général des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.....	30
11.1.	Création.....	30
11.2.	Amélioration de l'hygiène dans les hôpitaux.....	30
11.3.	Clientèle de l'hôpital	30
11.4.	Admission dans les hôpitaux	31
11.4.1.	Motif d'admission.....	31
11.4.2.	Modes d'admission depuis 1801	31
11.4.2.1	Le bureau central d'admission.....	32
11.4.2.2	Admission d'urgence.....	32
11.4.2.3	Consultation gratuite	33
11.4.3.	Critiques du système d'admission.....	33
11.5.	Internat	34
11.6.	Exemple de l'hôpital Saint-Antoine.....	35
11.7.	Naissance de l'Hôpital Louis-Philippe (Lariboisière)	36
11.8.	Bureaux de bienfaisance : secours à domicile	36
12.	UN EXEMPLE DE PROMPT SECOURS : LES NOYES, NOUVELLES INSTRUCTIONS	36
12.1.	Arrêté du 19 juin 1835 : texte officiel de la préfecture de police	37
12.1.1.	Remarques générales	37
12.1.2.	Règles à suivre pour ceux qui repêchent un noyé.....	37
12.1.2.1	Premiers soins et transport.....	37
12.1.2.2	Soins à prodiguer au dépôt des secours médicaux.....	38
12.1.3.	Contenu des nouvelles boîtes de secours.....	39
12.2.	Réactions du public	40
13.	APPORTS DE LA MEDECINE MILITAIRE.....	40
13.1.	Création des ambulances volantes : Larrey et Percy.....	41
13.1.1.	Larrey	41
13.1.2.	Percy.....	42
13.2.	La guerre à Paris.....	42
13.2.1.	La bataille de Paris : 30 mars 1814.....	42
13.2.1.1.	L'exemple de l'ambulance de Dupuytren.....	42
13.2.1.2.	Dévouement du corps médical et de la population lors de la retraite de Russie	43
13.2.2.	Les trois glorieuses : 27, 28 et 29 juillet 1830.....	44
14.	Epidémies	45
14.1.	Typhus	45
14.2.	Le choléra.....	46
14.2.1.	Quatre hôpitaux réservés aux cholériques	46
14.2.2.	Observation d'un médecin du faubourg Saint-Antoine.....	47
14.3.	La diphtérie	48

15.	GENERALITES	50
15.1.	Rappels historiques.....	50
15.2.	Loi du 10 janvier 1849	51
15.3.	Une Médecine Sociale.....	51
16.	LES HOPITAUX DE PARIS.....	51
16.1.	Des hôpitaux généraux et spéciaux.....	52
16.2.	Grands travaux : rôle des épidémies.....	52
16.3.	Admissions et circonscriptions hospitalière.....	53
16.3.1.	Le Bureau central	53
16.3.2.	Admission urgente	54
16.3.3.	Exemple de l'Hôpital Lariboisière.....	55
16.3.4.	Souvenirs d'un « patron » hospitalier	56
16.3.4.1.	Critiques	56
16.3.4.2.	Solutions.....	57
17.	LES SECOURS A DOMICILE.....	58
17.1.	Bureau de secours.....	58
17.2.	Le service médical de nuit	59
17.2.1.	Son fondateur : Le Docteur Passant.....	59
17.2.2.	Aboutissement du projet.....	60
17.2.3.	Organisation du service de nuit	60
17.2.4.	Statistiques entre 1876 et 1890.....	61
17.2.5.	Réglementation préfectorale.....	62
18.	SECOURS SUR LA VOIE PUBLIQUE.....	62
18.1.	Initiative de la Préfecture de police	62
18.2.	Les Sapeurs Pompiers.....	63
18.3.	Cri d'alarme du Docteur Rigaud.....	63
18.3.1.	Critiques de l'efficacité des secours	63
18.3.2.	Réaction de la Préfecture de police	63
18.4.	Naissance du service des ambulances de la ville de Paris	65
18.4.1.	Le Brancard	65
18.4.2.	Epidémie de variole de 1882	65
18.4.3.	Remarquable initiative du Docteur Henri Natchel.....	66
18.4.4.	Concurrence Police - Assistance Publique	66
18.4.5.	L'Oeuvre des ambulances urbaines	66
18.4.6.	Les ambulances municipales.....	67
18.4.7.	Contenu des trousse de secours.....	68
18.5.	Résultats	68
18.5.1.	Accidents enregistrés à Paris	68
18.5.2.	Exemple de l'hôpital Lariboisière	69
18.5.3.	Critiques du Professeur Terrier.....	70
19.	SECOURS AUX NOYES.....	70
19.1.	Description du pavillon de secours.....	71
19.2.	Contenu des boîtes de secours	71
19.3.	Résultats	72
20.	GUERRES ET EPIDEMIES	72
20.1.	La Révolution de 1848	72
20.2.	Henri Dunant	74
20.3.	Le siège de Paris (Septembre 1870-janvier 1871).....	74
20.4.	Epidémies.....	76
20.4.1.	Epidémie de grippe en 1889	76

20.4.2.	La Tuberculose	76
21.	Rappels historiques	77
22.	Evolution sociale.....	78
22.1.	Législation	78
22.2.	Vers une autre mentalité : apparition de l'exclusion sociale.....	78
23.	evolution hospitaliere et humanisation	79
23.1.	Humanisation des hôpitaux.....	79
23.2.	Modernisation et construction	80
23.3.	Exemple de l'Hôpital Saint-Antoine.....	81
24.	Guerres et epidemies	82
24.1.	1914-1918.	82
24.2.	1940-1944.	82
25.	Evolution médicale	84
25.1.	« La médecine d'urgence », 1910.	84
25.1.1.	Edition du premier ouvrage spécialisé dans la médecine d'urgence.....	85
25.1.2.	Exemple : traitement de la crise d'épilepsie	85
25.2.	« Questions de garde de médecine », 1936.....	86
25.2.1.	Traitement de la crise d'épilepsie	86
25.2.2.	Intoxication aiguë par l'oxyde de carbone.....	87
25.3.	Guide pratique des urgences médicales, 1995.....	87
25.3.1.	Traitement de la crise d'épilepsie	87
25.3.2.	Intoxication oxycarbonée	88
26.	Admission en urgence.....	88
26.1.	Définition contemporaine de « l'urgence ».....	88
26.2.	Création de Services d'urgence	89
26.2.1.	Réglementation	89
26.2.2.	Témoignage du personnel de Bicêtre	89
26.3.	Organisation des services d'urgences	90
26.4.	Admission égal Accueil	91
26.5.	Urgences chirurgicales	92
26.5.1.	Un chirurgien pour tout Paris	92
26.5.2.	Marmottan : premier « poste de secours d'urgence »	93
26.5.3.	Présence d'une équipe médico-chirurgicale à Boucicaut	93
26.5.4.	Les urgences en dehors de Boucicaut (1955)	94
26.6.	Organisation des gardes.....	95
27.	Secours pre-hospitaliers.....	96
27.1.	Les Ambulances	96
27.2.	Sapeurs Pompiers et Police Secours.....	96
27.2.1.	Le commandant Cot.....	96
27.2.2.	Police Secours	97
27.2.3.	Amélioration du système	98
27.3.	Le SAMU (service d'aide médicale urgente)	98
	CONCLUSION	100

INTRODUCTION

« *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple* ». Mémoires de Tenon.

Il ne se passe pas de mois sans que se produise une réunion, un congrès régional, national ou mondial sur les urgences, pas de semaine sans reportage, feuilleton télévisé ou communiqué de presse sur le sujet. Se pencher sur l'histoire des Urgences à travers les siècles est essentiel, ce sujet est en effet très peu traité et parfois même ignoré. Un regard porté en arrière aide souvent à aller de l'avant ...

Léon Binet, clinicien, affirme à juste titre, en 1945, « *il n'est pas de médecin qui, devant un malade ou un blessé «aux abois de la mort» n'ait tenté de s'opposer de toutes ses forces au départ de la vie* ».

Le développement des connaissances et de techniques modernes permet actuellement de traiter un nombre de plus en plus important d'affections tant médicales que chirurgicales et confère un rôle grandissant aux services d'urgences hospitaliers. Bien souvent, l'efficacité et le pronostic dépendent de la diligence apportée à ces traitements, d'où la nécessité de services d'urgences parfaitement équipés et organisés.

L'Assistance Publique s'est efforcée de s'adapter à l'évolution hospitalière et médicale.

Pour ce travail, j'ai puisé naturellement aux archives de l'Assistance Publique et à la Bibliothèque inter universitaire de Médecine. S'il existe quelques incertitudes, ce n'est pas faute de recherches mais avant tout lié aux événements historiques (guerres, révolutions...) car de nombreux originaux ont été brûlés.

Je me suis efforcée de dépeindre l'atmosphère historique, à Paris, au fil du temps puis de planter les décors hospitaliers et extra hospitaliers, en matière de secours urgents (sur la voie publique, en cas d'incendie, de noyade, de guerre et d'épidémie).

Tous les acteurs actuels de l'urgence (pompiers, policiers, brancardiers, infirmiers, étudiants en médecine, médecins et chirurgiens...) y jouent leur rôle et le voient évoluer entre le XVIII^e et le XX^e siècle.

I. L'ANCIEN REGIME : AVANT 1789

1. LES HOPITAUX DE PARIS

A la veille de la Révolution, Paris dénombre 48 hôpitaux [1].

Les secours publics sont donnés par trois grands établissements : l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital général et le grand bureau des pauvres dont découlent respectivement hôpital, hospice et secours à domicile [2,3]. Il existe également des hôpitaux autonomes dirigés par le clergé ou relevant de fondations privées (la Charité, Necker, Cochin)[3].

1.1. Généralités

1.1.1. Définition de l'hôpital

Depuis le Moyen Age, l'hôpital reflète la charité chrétienne ; le commandement « *tu aimeras ton prochain comme toi-même* » impose l'assistance aux malades [4,5].

« *Le mot hôpital ne signifiait autrefois qu'hôtellerie et que les hôpitaux d'autrefois eussent été des maisons publiques où les voyageurs étrangers recevaient les secours de l'hospitalité* ». Il n'y a plus, ajoutaient les premiers rédacteurs de l'Encyclopédie en 1765, de ces maisons. « *Ce sont aujourd'hui des lieux où les pauvres de toute espèce se réfugient et où ils sont bien ou mal pourvu des choses nécessaires au besoin urgens de la vie* » [6].

Il faudra attendre la fin du siècle pour que les hôpitaux soient, selon l'expression de Tenon, « *des machines à traiter les malades* ».

1.1.2. L'Hôpital général

Fondé par Louis XIV en 1656, pour « *le renfermement des pauvres mendiants de Paris et des Faubourgs* » [4], l'Hôpital général comprend les grandes maisons (la Pitié, faubourg Saint Victor qui accueille 1000 enfants, la Salpêtrière pour les femmes, la maison Scipion, rue du fer à moulin, qui est un dépôt de vivres à la fin du 18^e siècle ; Bicêtre, pour les hommes, où existent quelques

cachots souterrains pour les récalcitrants), les petites maisons (les enfants trouvés, devenu Trousseau, les enfants rouges, le Saint-Esprit pour les orphelins «*procrés en et de loyal mariage* », Ste Pélagie, prison pour femmes et filles de débauche) et le mont de Piété [7,2].

Les directeurs, nommés à vie, ont tout pouvoir ; malheureusement, chacun travaille séparément [8]. Au 18^e siècle, un médecin principal réside à la Pitié, il est responsable de chaque maison qu'il visite deux fois par semaine pour y régler thérapeutique et opérations [4].

En 1786, 12 000 individus résident à l'Hôpital général dont 1667 malades, 6930 infirmes et aliénés, 1748 détenus, et 165 enfants [3]. Lorsqu'une femme est sur le point d'accoucher à la Salpêtrière ou qu'un «pensionnaire» de l'Hôpital général est souffrant, il est conduit à l'Hôtel-Dieu. En effet, pendant longtemps, aucun soin médical à proprement parler n'est délivré à l'Hôpital général. Le fossé qui sépare l'hospice de l'hôpital se réduit peu à peu lorsque des infirmeries sont construites dans les grandes et les petites maisons [1].

1.1.3. Le grand bureau des pauvres

Fondé en 1543 par François Ier, c'est l'embryon du service des secours à domicile et des bureaux de bienfaisance. Il pratique aussi l'hospitalisation dans deux établissements, l'hôpital des petites maisons, faubourg Saint Martin et l'hôpital de la trinité, rue Saint Denis.

D'autres établissements relèvent de la charité privée, plusieurs ont survécu et se sont fondus dans l'organisme de l'Assistance Publique. Ce sont la maison de Beaujon, construite pour les orphelins en 1784, faubourg du Roule ; la maison de l'Enfant-Jésus (futur hôpital des Enfants-Malades), fondée en 1751 pour éduquer les jeunes filles nobles et pauvres ; l'hôpital de la Charité, fondé en 1637 et affecté aux hommes atteints de maladies aiguës ; l'hospice de Saint Sulpice (futur hôpital Necker), établi en 1778, réservé aux indigents malades des paroisses de Saint Sulpice et du Gros Caillou ; l'hospice de Saint-Jacques-du-Haut-Pas (futur hôpital Cochin) ; la maison royale de la santé (maison de retraite de La Rochefoucault) ouverte en 1783 pour les officiers infirmes ou indigents et l'hôpital du Saint Nom de Jésus (maison municipale de santé).

Les Quinze-Vingt, la maison de Charenton et l'hôpital royal des Invalides existent encore en 1900 mais en dehors de l'Assistance Publique ; Une dizaine d'établissements (orphelinats, hospices pour indigents et convalescents) sont supprimés pendant la Révolution [2].

1.2. L'Hôtel-Dieu

1.2.1. Origine

L'origine de l'Hôtel-Dieu remonte au VIII^e siècle, la tradition veut que son créateur ait été Saint Landry en 660.

Il reste longtemps le seul hôpital de Paris, puis est successivement agrandi, démoli et reconstruit. Entretenu par les quêtes et les legs des habitants de toutes les villes de France, sous la protection de l'Eglise et de la municipalité parisienne, il dépendra plus tard du Roi, du Parlement et de la police (jusqu'à la Révolution).

Des annexes sont construites tant l'encombrement est grand. L'hôpital Saint-Louis devient une dépendance de l'Hôtel-Dieu en 1607 où l'on peut envoyer les contagieux lors d'une épidémie de peste, sous le règne de Henri IV. En 1634, est élevé l'hospice des Incurables, devenu hôpital Laënnec. L'hôpital Sainte Anne dépend également de l'Hôtel-Dieu [7].

1.2.2. Le sanctuaire de l'humanité

L'Hôtel-Dieu est ouvert, jour et nuit, à ceux qui veulent y avoir recours : les malades, les infirmes, les vieillards, les sans-abri et même les valides (rarement) y reçoivent l'hospitalité, à condition qu'ils «*portoient l'enseigne de povreté et de misère* » [2,4,9]. Le règlement qui remonte à plusieurs siècles veut que le pauvre, chrétien, juif ou mahométan, quel que soit son pays, son âge ou son sexe, y soit traité comme le «*maistre de la maison* » et qu'une fois guéri, il soit gardé encore «*sept jours sain à la maison* », ce qui provoquait un encombrement des salles communes et générait la rechute [2]. La plupart des déshérités proviennent de Paris ou de la province, les autres de la Bretagne, de la Flandre, d'Allemagne, d'Ecosse ou d'Espagne [10].

«*J'irai à l'hôpital, s'écrie le pauvre Parisien ; mon père y est mort, j'y mourrai aussi ; et le voilà à moitié confolé* » [11].

Dans son «*mémoire sur les hôpitaux de Paris* », Tenon nous apprend que l'Hôtel-Dieu, en 1788 est unique en son genre, qu'il est «*l'hôpital de l'homme nécessiteux et malade, pas seulement de Paris et de la France mais du reste de l'univers... C'est une ville, si l'on a égard au nombre de personnes qu'il renferme, une ville où tous les hommes ont droit d'asile, sont reçus comme citoyens du même pays, comme enfants de la même famille : c'est le sanctuaire de l'humanité* »

[4,12]. Tous sont reçus excepté quelques catégories de contagieux dont les vénériens ou les lépreux.

Voltaire qualifie les hôpitaux de « *ramas de toutes les misères humaines dont la vue est si humiliante pour l'orgueil et si révoltante pour notre délicatesse* » [13].

En 1780, dans le «tableau de Paris», Mercier s'exclame : « *La maison de Dieu ! et on ose l'appeler ainsi ! Le mépris de l'humanité semble ajouter aux maux qu'on y souffre* » et ajoute « *quand viendra l'homme généreux et éclairé qui renversera les temples du vieil Esculape, qui brisera la lancette dangereuse du chirurgien, qui fermera la boutique des Apothicaires, qui détruira cette médecine conjecturale, escortée de drogues, de jeûnes, de diètes ? Quel ami des hommes annoncera enfin une nouvelle médecine, puisque l'ancienne tue et dépeuple* » [11].

1.2.3. Motifs et modes d'entrée

1.2.3.1.Motifs

A toutes heures, enfants, adultes, détenus, aliénés, blessés, accouchées, « scorbutaires », victimes de la peste ou de la « contagion » se présentent à la porte de l'Hôtel-Dieu. D'après Tenon, « *les contagieux sont les variolés, les rougeolés, les galeux, des personnes affectées de fièvre, de dysenterie qui se communiquent, des hydrophobes* » [12]. Les victimes d'accidents les plus nombreuses sont les maçons et les journaliers, mais aussi les ramoneurs et les artisans [14]. D'autres motifs d'entrée sont les morsures de chiens enragés et de vipères ou les accidents de carrosse [4]. Le soin des teigneux et des « vérolés » incombe au grand bureau des pauvres depuis le XIV^e siècle; celui des « écrouelleux » à l'Hôpital Général, uniquement en cas de besoin urgent. Ils sont exceptionnellement admis, dès 1659, quand le médecin visiteur de l'Hôtel-Dieu les accepte. L'office des taillés, créé en 1644, reçoit les malades atteints de « pierre », il comprend une salle d'opération munie d'un banc sur lequel on attache les futurs opérés [14].

1.2.3.2.Modes d'entrée

On va à l'Hôtel-Dieu seul ou accompagné, à pied, à cheval ou en bateau (au port de l'Hôtel-Dieu) ; si l'état de santé du patient est alarmant, il est transporté en brancard. Des Frères sillonnent la ville deux fois par semaine pour transporter les malades [10].

Prenons un cas sur le vif, raconté par un chirurgien du XVIII^e siècle : « *En 1701, il fut amené un homme âgé de cinquante-cinq ans environ, lequel avait quatre fractures sur son corps ; l'on aurait*

dit que c'était un homme qui venait de passer par les mains du maître des hautes oeuvres en le voyant réduit dans un état aussi triste ; mais le pauvre malheureux était pris de vin quand on nous l'amena, de manière qu'après s'être reposé et les fumées apaisées, il déclara la chose comme elle était, et nous dit que, passant dans la rue Dauphine, il fut surpris par un carrosse, duquel une roue ayant passé, pour ainsi dire le long de sa jambe, le réduit dans un état déplorable, ayant passé aussi en travers sur l'autre ; après l'avoir amené à l'Hôtel-Dieu et le chirurgien-major l'ayant examiné, il reconnut qu'il avait les deux jambes fracturées, dont il en avait une compliquée avec une fluxion très considérable. Le major ayant fait préparer l'appareil pour ces deux fractures, l'on fut fort surpris, lorsqu'on se mit en devoir de le panser, d'entendre une crépitation au fémur qui fit connaître aussitôt qu'il avait une fracture (la rotule de l'autre jambe était aussi fracturée) ; de manière qu'il avait l'extrémité inférieure gauche fracturée avec plaie, la partie moyenne de la rotule l'était aussi, et l'autre extrémité était aussi fracturée à la partie inférieure du fémur, et à la partie presque moyenne du tibia ; Je me mis d'abord à le panser, commençant par la fracture compliquée, après laquelle on fit une réduction des autres avec beaucoup de soin, et le pansement de toutes les autres fractures nous occupa pendant trois mois et demi, à cause de la fracture avec plaie, laquelle fut bientôt suivie de fâcheux accidents qui fut une fluxion en huit jours de temps changea et bouleversa nos pansements ordinaires, laquelle fluxion fut suivie d'un abcès considérable qui occupait toute la partie postérieure de la jambe auquel il fallut de nécessité faire une contre-ouverture pour donner passage aux matières qui étaient contenues dans ce sac, après quoi on pansa la plaie comme à l'ordinaire ». Le malade resta estropié [4,14].

1.2.4. Accueil

Au XVIII^e siècle, le patient qui se présente à la porte de service est reçu par la soeur 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 [6,10,15].

Le grand règlement médico-chirurgical de l'Hôtel-Dieu date de 1666. Il précise que « *le compagnon visiteur se tiendra très assidu à la porte de l'Hôtel-Dieu, il visitera tous les malades qui se présenteront... il prendra en cas de difficultés l'instruction des maîtres chirurgiens dont il appellera l'un pour en juger. Et si l'on apportait quelque malade paralytique, incurable ou autre qui ne fût pas de la qualité de la Maison, lequel néanmoins aurait la fièvre ou quelque autre incommodité, ledit visiteur en donnera avis a Monsieur l'administrateur résident. Il prendra garde de faire sa visite avec toute la bienséance modestie et tenue requise...Lorsqu'il aura sujet de visiter quelques femmes plus particulièrement, ledit visiteur ne s'enfermera point avec elle dans la*

visite mais il appellera la personne députée à cet effet en présence de laquelle il fera ladite visite et non autrement » [15].

1.2.5. Confession

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 infidèle. Ces pratiques disparaissent au fil des siècles.

Si l'état du malade le permet, sa tête et ses pieds au moins sont lavés par mesure d'hygiène et par croyance religieuse [10,15].

L'esprit de charité et d'humanité dicte chacun des actes dont le malade est entouré.

1.2.6. Admission

Le système d'admission utilisé ne prendra fin qu'en 1802 lors de la création du bureau central d'admission [2].

Sont inscrits dans un registre et sur une bande de parchemin les noms de baptême, lieu de naissance, domicile et diocèse du patient admis. Celui-ci porte au poignet le parchemin sur lequel est notée la date de l'entrée et la page du registre. En cas de mort, le billet de parchemin est rapporté au bureau d'entrée et l'on ajoute dans la marge le décès car il n'y a pas de colonne de sortie [9]. L'admission n'a pas de caractère médical.

La notion d'admission d'urgence n'apparaîtra que dans la seconde moitié du 18^e siècle. Candille, auteur de nombreux ouvrages sur l'histoire de la Médecine, écrit que les moyens de la rapidité n'existent pas et qu'il n'y a pas tellement de raison de se hâter à l'époque car la thérapeutique n'en est qu'à ses balbutiements [10].

1.2.7. Hospitalisation

Le malade est conduit dans une des vingt-cinq salles de l'Hôtel-Dieu, dont une est réservée aux hommes contagieux atteints de variole ; il n'y a pas d'autre salle spécialisée et les patients sont mêlés les uns aux autres dans de vastes salles meublées de grands lits à rideaux contenant de quatre à six personnes [4,9,15].

Ces lits portent des étiquettes volantes donnant des renseignements sur les patients. Les remèdes sont posés sur des planchettes situées au pied et à la tête du lit car les hospitalisés sont couchés

trois au pied et trois à la tête [4,16]. Les religieuses, sous la conduite des médecins, distribuent repas, remèdes et tisanes et veillent au respect du règlement.

Tenon confirme que « *si l'on excepte les hommes variolés, qui ont une salle particulière où on les rassemble jusqu'à quatre et six dans le même lit, variolés et convalescents ; les autres contagieux, à commencer par les variolées sont confondus dans les mêmes salles, dans les mêmes lits avec des personnes dont les maladies ne sont pas contagieuses* » [12].

Et Mercier d'ajouter « *on couchera le malade à côté d'un moribond et d'un cadavre, (...) on le plongera dans un air rempli de miasmes putrides ; les malades les plus contraires seront sous la même couverture et une simple indisposition se convertira en un mal cruel* » [11].

Sur les vingt-cinq salles que compte l'Hôtel-Dieu en 1786, douze sont réservées aux hommes et treize aux femmes. Elles contiennent 733 lits de quatre personnes et 486 petits lits [2].

D'après La Rochefoucault-Liancourt, le nombre de malades reçus et résidant à l'Hôtel-Dieu en 1790, sans compter ceux de Saint-Louis, est de 2200 à 2300 et on dénombre 700 employés.

La mortalité est effrayante : le plus souvent d'un quart, elle n'est jamais inférieure au cinquième. « *Les plaies simples à la tête et aux jambes sont mortelles dans cet hôpital* ». Une accouchée sur treize décède alors qu'il en périt une sur cinquante-cinq dans les autres hôpitaux [9,11].

L'atmosphère est humide et pestilentielle.

1.2.8. Garde

Les admissions de nuit ne sont pas au point. Le compagnon chirurgien, lorsqu'il n'est pas remplacé par le chirurgien externe inexpérimenté, dort profondément. Un chirurgien-major se plaint au Bureau le 27 juin 1753 car « *le domestique employé au service des ecclésiastiques, qui couche dans une chambre proche de celle de ces ecclésiastiques, qui a pendant la nuit la clef de la porte de l'église, et qui est chargé d'aller l'ouvrir, quoi qu'il y ait une cloche pour l'appeler, s'éveille difficilement et souvent est très longtemps à descendre, ce qui occasionne différents accidents, ayant vu des femmes grosses accoucher sur les degrés proches de la porte de l'Eglise, y en ayant eu une dont l'enfant étant tombé, s'étoit tué* » [14,15]. Le Bureau décide que le suisse couchera dorénavant à l'entrée de la salle Saint-Denis, *vis-à-vis de la chambre de visite des malades*, et lui confie *la clef de la porte de l'église sur le perron, du côté de la rue neuve Notre-Dame* [14].

Il sera enfin décidé en 1772 de loger, nourrir, chauffer, blanchir et payer 1500 louis le médecin résidant pour les urgences ; celui-ci étant jusque là « *sans gage, nourriture ni logement* ». Cette décision ne sera pas maintenue et Jussieu réclamera son rétablissement en 1790 [3,15].

Desault (1738 - 1795), père de la clinique chirurgicale, entré en 1788 à l'Hôtel-Dieu, couche régulièrement à l'Hôtel-Dieu pour assurer le service d'urgence [1].

1.2.9. Personnel médical : du barbier au chirurgien.

Un pamphlet de l'époque nous enseigne que : « *Longue perruque, habit grotesque,
Affecter un air pédantesque,
Cracher du grec et du latin,
De la fourrure et du satin,
Tout cela réunit fait presque
Ce qu'on appelle un médecin* ».

Les chirurgiens sont différents, et sont perçus comme étant inférieurs aux médecins jusqu'à la Révolution [16].

Nos ancêtres, les compagnons chirurgiens, se tenaient assidus à la porte de l'Hôtel-Dieu pour accueillir les nécessiteux.

Le grand règlement de l'Hôtel-Dieu précise en 1666 « *qu'il y a douze compagnons chirurgiens qui devaient être reçus par les six médecins et le Maître chirurgien avec le compagnon gagnant maîtrise. En outre, il y a les externes et pensionnaires du Maître chirurgien. Avant de devenir compagnon, il faut avoir fait un stage parmi ces externes ; les dits compagnons se lèveront tous les jours à cinq heures en été et six en hiver. Ils commenceront les pansements une-demie heure après leur lever, ils les feront avec affection et douceur, regardant dans les pauvres la personne de Jésus-Christ. Et outre le dessein d'apprendre leur art, ils auront encore principalement celui de se sanctifier dans un employ qui est de soy-même une oeuvre de miséricorde* » [15]. Les compagnons chirurgiens font, vers midi les saignées, posent des ventouses et pratiquent les opérations prescrites par le médecin pensionnaire au moment de la visite du matin.

La saignée est alors le remède universel. Deux conditions sont essentielles : le sang ne doit ni tacher les vêtements du malade ni baver, mais jaillir en arcade pour « *contenter les malades et les spectateurs* » ; il est recueilli dans des « poilettes », puis examiné pour établir un diagnostic, variable selon son aspect [4].

Au XV^e siècle, le barbier est un ouvrier simple et illettré, apprenti, qui va apprendre à raser et peigner puis à saigner et panser les « *cloux, anthrax, bosses et charbons* ».

Lorsqu'il passe maître, il ouvre boutique avec « *droit de prendre bassins* », enseignes de sa profession, et peut exercer « *l'art de chirurgie et barberie* » [17]. Qu'il rase la barbe, coupe les cheveux ou ampute un membre, « c'est toujours de l'écopé » [18].

C'est le 23 avril 1743 que Louis XV signe l'ordonnance déclarant les « droits des chirurgiens ». Barbiers et chirurgiens exerceront désormais leurs arts séparément. Ces derniers étudieront latin et philosophie et bénéficieront de droits et de privilèges [17]. Lapeyronie devient ainsi le Chef de la chirurgie du Royaume.

L'internat sera fondé en 1802.

1.2.10. Un certificat de décès datant de 1765

« Nous prêtres vicaires de l'Hôtel-Dieu de Paris soussignés (Synan et Pagès), certifions que Thomas Alain âgé de soixante-trois natif de Marly le Roy diocèse de Paris, garçon est entré malade au dit Hôtel-Dieu le seize janvier mil sept cent soixante-cinq où après avoir été assisté tant spirituellement que corporellement y est décédé le même jour et an que ci-dessus... ».

Un timbre représentant le Christ orne ce certificat, on y lit « *Domus Dei Parisiensis. Sigillum Commissorum* » (le sceau des régents de l'Hôtel-Dieu de Paris). Les chanoines de Notre-Dame assurent à cette époque la surveillance et l'administration de l'Hôtel-Dieu [18].

1.3. Le Rapport de Tenon

En 1785, Louis XVI charge l'Académie des Sciences d'une enquête sur la situation des hôpitaux en France. Cette décision fait suite aux critiques et multiples propositions visant à améliorer l'Hôtel-Dieu, « où on n'entre que pour mourir », notamment après l'incendie qui le ravagea dans la nuit du 30 au 31 décembre 1772. Le célèbre chirurgien Tenon (1724-1816) visite les principaux hôpitaux d'Europe et publie en 1788 son « *Mémoire* » [2,8,19]. Pour la première fois, des hommes de sciences définissent l'hôpital comme étant réservé au traitement des malades et s'intéressent à l'hygiène, à la séparation des malades, à l'organisation interne.

Bailly, à la tête de la municipalité parisienne, propose, en 1786, la création de quatre établissements aux extrémités de Paris afin de répartir les malades et de soulager l'Hôtel-Dieu ; ce dernier ne devait plus recevoir que les blessés ou malades exigeant des soins prompts et urgents. Il faudra patienter de nombreuses années pour voir ce projet mené à bien, mais cette commission hâte la réforme des lits individuels (réalisée en l'an IX) et la question des hôpitaux d'isolement. Paris est donc doté de nombreux asiles à la veille de la Révolution dont l'autonomie interdit toute politique sanitaire du fait de l'absence de relation d'un établissement à l'autre [1,7] mais déjà pointent des idées de réforme hospitalière tant la misère dans les hôpitaux choque les esprits. Cela n'empêchera pas les Révolutionnaires de ruiner les hôpitaux encore davantage.

2. SECOURS AUX NOYES ET AUX ASPHYXIES

2.1. Secours en cas de noyade

Dans les ouvrages de la première moitié du XVIII^e siècle traitant des soins à donner aux noyés, n'apparaît jamais la notion d'urgence. Louis, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1752) ou Winslow (1742), dans leurs études sur la noyade et sa prise en charge, n'envisagent pas la notion d'urgence ; selon eux, les soins à prodiguer après l'immersion peuvent être entrepris quelle que soit la durée du séjour dans l'eau, la putréfaction est le seul signe vrai de mort pour Winslow [20,21]. Les réanimations tardives sont rares car le public refuse de toucher un cadavre (l'on croyait défendu de toucher à un noyé ou de le tirer hors de l'eau avant d'avoir prévenu un commissaire pour dresser le procès-verbal) et il est facile de condamner un médecin de meurtre ou de sorcellerie [22,23].

En 1741, Le Docteur Petit présente un Mémoire à l'Académie Royale des Sciences sur les secours à donner aux noyés, sujet qui intéresse particulièrement les médecins de ce siècle puisque déjà Littré publiait ses recherches en 1719 à ce propos [24,25]. L'Académie conclue : « *Ces remarques sont autant de motifs à secourir promptement les noyés. Des faits tout récents et qu'on ne peut révoquer en doute, nous apprennent qu'on en a trouvé plusieurs qui avaient été des heures entières dans l'eau. Et que ne doit-on tenter en leur faveur après la fameuse thèse de Monsieur Winslow sur l'incertitude des signes de la mort ! . Aussi Monsieur Petit n'a-t-il pas oublié d'ajouter dans son Mémoire tout ce que la médecine pouvait pratiquer de plus efficace sur les vrais ou prétendus cadavres de noyés pour les rappeler à la vie...* » [23,24].

2.1.1. Notion d'urgence à porter secours aux noyés

Pour la première fois, Tissot écrit qu'il y a une limite de temps au-delà duquel il est vain de réanimer.

Portal insiste sur la promptitude des secours à mettre en oeuvre et écrit « *c'est dans le bateau même qui a repêché le noyé qu'il faut commencer les secours* », conseil qui sera repris dans le règlement sur les noyés publié en 1781 par Le Prévot et les échevins de Paris [22,26].

2.1.2. L'Echevin Pia

L'ancien pharmacien Pia est chargé par le service des secours publics institué en 1772 par la Municipalité, d'organiser la prise en charge des noyés [22,23,24]. C'est la première « campagne de prévention » française (la Hollande possède des postes de secours depuis 1667).

De nombreux ouvrages sont édités : *Méthodes pour rappeler les noyés à la vie*, Villiers 1771 ; *Avis du peuple sur les asphyxiés ou morts apparentes et subites* (1774) et *Catéchisme sur les morts apparentes dites asphyxiques* (1781), Gardanne ; *Instructions sur les moyens d'administrer des secours aux personnes noyées pour les rappeler à la vie*, Desgranges 1795 ; ainsi qu'un mémoire très intéressant intitulé « *les détails des succès de l'établissement que la ville de Paris a fait en faveur des personnes noyées* » rédigé par Pia , édité en 1773, 1774 et 1776 [22].

L'échevin Pia et le Lieutenant Général Lenoir de la police parisienne distribuent dans tous les corps de garde, sur les berges de la Seine, des boîtes-entrepôts (ou boîtes-fumigatoires) pour les noyés et autres asphyxiés. Ces boîtes sont diffusées dans tout le pays, quatre-vingt quinze villes en sont pourvues en 1773 ; en 1790, on compte près de cent trente villes et bourgs qui en possèdent [24,25,27].

Les soins sont donnés par des secouristes choisis parmi les gardiens de port, l'Académie Royale des sciences encourage la formation des bateliers en France et l'apprentissage de la natation [22,42] ; aussi les curés de France participent-ils à la formation de chacun en enseignant cette nouvelle méthode de secourisme [11,27].

Les secouristes sont récompensés s'ils signalent une noyade, portent secours ou retirent de l'eau la victime, morte ou vive. Des médailles sont distribuées aux courageux qui, en règle générale, ne savent pas nager [23].

2.1.3. Méthodes

L'ancienne manière de secourir les noyés était de les suspendre par les pieds pour leur faire rejeter l'eau absorbée, on observait beaucoup de décès.

Pia nous apprend que souvent « *on ne sortait de l'eau que les extrémités inférieures du noyé, la tête et le corps restaient dans l'eau jusqu'à l'arrivée d'un officier de justice qui en faisait faire la levée ! Lorsqu'on avait vu tomber dans l'eau quelqu'un qu'on ne présumait pas être mort, on le repêchait promptement mais on se contentait de l'exposer sur le bord de la rivière ou à la porte du corps de garde ; on ne lui administrait aucun secours et on était presque témoin, en attendant l'arrivée du commissaire, des derniers soupirs qu'il rendait* » [23].

Lui fut substituée en 1773 la méthode « de la friction et de l'insufflation » qui consistait à frotter le patient avec des flanelles imbibées d'eau de vie camphrée, à lui mettre dans la bouche quelques cuillerées de la même eau de vie « *animée avec l'esprit volatil du sel ammoniac* » avec des émétiques pour vomir et à introduire des mèches de papier ammoniaquées dans son nez.

Les ouvrages de l'époque recommandent de coucher sur le dos et de réchauffer le noyé, à l'aide d'un lit sec et bassiné, d'une exposition au soleil, de briques, cendres ou pains chauffés au four, de bains chauds, serviettes et flanelles chaudes, de frictions. D'autres moyens sont utilisés comme l'ensevelissement dans le sable chaud ou le fumier, l'immersion, ou l'enveloppement par des peaux d'animaux tués sur place.

Chez les sujets qui ne donnent aucun signe de vie, on préconise le mouvement (Réaumur 1740, Louis 1752), les coups de verge sur la plante des pieds (Tissot), des brûlures au fer chaud ou à l'amadou au creux épigastrique, sur la région précordiale ou sur la plante des pieds, les flagellations par orties, et les frictions.

Les procédés sternutatoires sont à la mode, il s'agit d'exciter narines ou gorge avec une plume, de tirer les cheveux ou poils de barbe ou d'utiliser liqueurs, spiritueux, tabac ou tout produit à l'odeur forte [23,28].

2.1.4. Contenu des boîtes-entrepôts

- Deux brancards-sangles
 - Deux couvertures de laine
 - Une boîte contenant deux bonnets, six frottoirs en laine, six serviettes, deux brosses fines et plusieurs morceaux de flanelle.
 - Un tambour de lingère pour faire chauffer les frottoirs et servant de boîte.
 - Un briquet
 - Une lampe à esprit de vin et un flacon rempli de ce liquide.
 - Un soufflet à double vent pour souffler dans les poumons.
 - Deux canules en tubes laryngiens
 - Deux sondes de gomme avec leur stylet
 - La machine fumigatoire de Pia
 - Une livre de tabac à fumer
 - Une seringue à lavements, un morceau de savon et une poignée de chanvre.
 - Deux cuvettes
 - Deux fils de laiton, des plumes à longue barbe, une boîte de poudre sternutatoire.
 - Un flacon d'ammoniaque
 - Une bouteille d'eau de vie camphrée
 - Une bouteille de vin vieux de Bordeaux
 - Une cuiller en fer étamé présentant un levier à l'autre extrémité, un plat et une tasse.
 - Des morceaux de linge taillés, une boîte de paquets d'émétique, un soufflet apodopnique, canule en argent pour la bronchotomie.
 - Quatre ventouses en verre
 - Un cautère
 - Bandes, compresses, filasse, étoupe etc...
- et deux avis imprimés sur la manière d'user des secours avec un tableau d'ordre et de direction des secouristes [29].

2.1.5. Résultats

23 noyés sur 28 sont sauvés de juillet 1772 à mars 1773

22 personnes sur 29 sont rappelées à la vie fin 1773

33 sur 39 en 1774 ; 35 sur 41 en 1775 etc... [22]

D'après Pia, de 1772 à 1788, 813 victimes sur 934 furent « réanimées » [24].

Les résultats sont honorables malgré le contenu surprenant de ces boîtes.

Ces progrès notoires en matière de sauvetage sont malheureusement balayés pendant la période révolutionnaire; on assistera dès 1800 à un regain d'intérêt pour les secours urgents.

2.2. Secours en cas d'asphyxie

2.2.1. Notion d'urgence à porter aux asphyxiés

La notion d'urgence apparaît à la même époque ainsi que l'idée de protéger les sauveteurs. Il faut utiliser des crochets fixés à de grandes cannes pour dégager la victime de la pièce où l'air est vicié [22].

En 1774, Portal est chargé par l'Académie de rédiger un rapport sur l'accident par asphyxie survenu au marchand de mode de la *Corbeille Galante*, et à son épouse, rue Saint Honoré afin d'avertir le public des dangers auxquels il est exposé et de lui faire connaître les moyens de faire face [24,26].

Dans l'Encyclopédie (éditions de 1751 et 1777), on peut lire que « *l'asphyxie est une diminution des pouls telles que les formes paraissent résolues, la chaleur naturelle presque éteinte, le coeur est si peu mû qu'un homme est comme mort* ». La mort ne diffère de l'asphyxie quant aux symptômes que par la durée [25]. Une réanimation reste possible pendant un certain temps, mais, à cette époque, le traitement de l'arrêt cardiaque n'est pas envisagé.

Dans son « *mémoire sur les funestes effets du charbon allumé* », le Docteur Harmant, illustre médecin nancéien, explique qu'il faut « *tirer promptement la victime de son lit et de l'endroit infecté, le déshabiller et l'exposer au grand air* », il établit aussi les règles de prudence pour les sauveteurs [30].

2.2.2. Méthodes

Naguère, on usait de divers traitements : la saignée (bras ou jugulaire), la pincée de tabac dans le fondement, ou un bain de fumier fumant. Certains tentent de réanimer avec une pipe, un tuyau ou

un roseau introduits dans la trachée [30]. Le mode de secours aux asphyxiés par manque d'air ou par émanation d'acide carbonique (il fallait chauffer des chambres sans cheminée et mal ventilées à l'aide de braseros) va se « perfectionner » : on les asperge d'eau froide (au visage selon Harmant et sur tout le corps selon Portal et Pia) ou on les couche dans la glace (Vicq d'Azir 1787) puis on leur donne des cuillerées de vinaigre [27]. Le Dr Harmant utilise une thérapeutique qui semble efficace, il jette brutalement au visage de la victime une eau très froide, il qualifie cette cure « *d'exercice fatigant et singulier* », qui peut durer jusqu'à cinq heures et conclue « *le malade qui résiste à l'épreuve de l'eau est perdu sans ressource* » [30].

La fumigation de tabac est très usitée et l'on emploie à cette occasion divers appareils allant du tuyau de plume à l'appareil fumigatoire de Bartholin. Louis écrit « *de tous les secours que l'on peut donner, il n'y en a point dont on doive faire plus de cas que de leur souffler de la fumée de tabac dans les intestins...* »

Les lavements purgatifs sont largement employés ainsi que les émétiques ; déjà, quelques médecins (Hunter, Desgranges) préconisent l'utilisation d'une sonde gastrique pour éviter les fausses routes.

2.2.3. Bouche à bouche et autres techniques

L'introduction d'air par la bouche ou par le nez s'impose à la suite des travaux de Louis sur la noyade mais, plutôt que de l'air, on insuffle de la fumée de tabac (Winslow 1742, Tissot 1763, Desgranges 1795), de l'air chaud ou des vapeurs soufrées. De même, plutôt que le bouche à bouche, on se sert d'un tuyau de pipe, d'une plume, d'un fourreau de couteau ou tout autre objet cylindrique.

C'est en 1776 que Hunter utilisera l'oxygène avec son « soufflet apodopnique » amélioré par Gorcy (1789), c'est un soufflet double muni d'un robinet à oxygène qui imite les deux temps de la respiration.

Baudelocque, en 1781, conseille de retirer les glaires qui obstruent les voies aériennes et de « *souffler à plusieurs reprises dans la bouche pendant qu'on pince un peu le nez et de comprimer ensuite la poitrine autant de fois mais avec précaution* ». C'est Villiers qui a décrit le premier cette technique en 1771. Il est important de souligner qu'on appuie sur la poitrine pour chasser l'air et non pas pour masser le coeur. De plus en plus de médecins utilisent ce procédé « *consacré par une foule de miracles qu'il ne cesse de produire sous nos yeux* » (Thévenot) qui complète un bouche à bouche ou une trachéotomie [28,31].

L'intubation sera utilisée, notamment par Desault en 1791. La sonde en caoutchouc souple est bien tolérée et s'adapte aux soufflets et seringues qui lui délivrent l'air [28].

Tous cherchent à mettre au point l'inhalation de gaz déphlogistiqué, autrement dit respirable et Lavoisier établira en 1777 qu'il s'agit d'oxygène [32].

C'est en 1806, lors de la création du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine que l'organisation des postes de secours de secours aux noyés et aux asphyxiés fut définitivement établi [24].

3. INCENDIES

Après les incendies qui ravagèrent l'Hôtel-Dieu en 1737 puis en 1772, le Pont au Change en 1746, la foire Saint Germain en 1769 ou encore l'Opéra en 1763, il apparut nécessaire à tous de trouver des solutions pour éviter ces drames.

Dans son « *Tableau de Paris* », Mercier nous conte l'incendie d'un particulier, autrefois taxé d'une amende, « *qu'arrivoit-il ? Le particulier vouloit éteindre le feu lui-même, n'appeloit perfonne : la maifon étoit embrafée et bientôt le quartier* » [11].

Le Lieutenant Lenoir précise dans son Mémoire, qu'il y a, en 1770, cent soixante pompiers armés de casques et de haches et trente pompes à incendie dans la capitale, ces pompes sont « *portées par des chariots à bras avec lesquelles on transporte avec toute la facilité et la célérité possible* ». La moitié de ces dépôts forment des corps de garde pour les pompiers où l'on peut s'adresser de nuit, le secours est gratuit. Les tonneaux seront transportés par des voituriers d'eau en 1780 [11,29].

Les deux auteurs précisent que, depuis les conseils de Monsieur de Sartine, ces soldats du feu travaillent avec une célérité et un succès admirable. On dénombre deux cent soixante trois pompiers en 1792 [33].

La vocation première des pompiers est de lutter contre le feu, ils ne sont pas encore formés à secourir les victimes.

Les sapeurs-pompiers civils et militaires succèdent aux gardes-pompes de François Ier mais le bataillon de sapeurs-pompiers de Paris, doté de médecins, ne sera créé qu'en 1810, après le terrible incendie de l'ambassade d'Autriche lors d'une soirée donnée par le prince Schwarzenberg [33,34].

Un décret impérial officialise en 1811 le corps des Sapeurs Pompiers de Paris, composés d'un bataillon de 576 hommes mis à la disposition du Préfet de Police de Paris.

4. SECOURS AUX BLESSES SUR LA VOIE PUBLIQUE

5.

Les rues de Paris « fourmillent » de chevaux et voitures de toutes sortes, de badauds et ouvriers qui s'affairent, des accidents se produisent inéluctablement. Or, les secours aux blessés sur la voie publique ne seront vraiment organisés qu'en 1850 sous la direction du Dr Voisin (et laisseront à désirer pendant de nombreuses années) [24].

En cas d'accident, les blessés sont transportés chez eux, au commissariat ou à l'hôpital sur des planches, échelles, chaises...puis en brancard.

Lenoir, ancien Lieutenant Général de Police, nous informe en 1770 dans son « *Mémoire sur l'administration de la Police* » que « *la Police a établi à tous les postes sédentaires de la Garde de Paris des brancards pour porter soit chez eux, soit partout ailleurs les blessés qui ont besoin d'être secourus promptement et chez les commissaires où ils sont conduits* », on y trouve des boîtes contenant des « *linges, bandes, compresses et charpie* » [29].

Pendant plus d'un demi-siècle, Paris ne dispose pour les premiers soins que de brancards à bras ou à roues et de boîtes à pansements disposés dans 80 postes et 80 commissariats [24].

II. DE 1789 A 1795 : LA REVOLUTION FRANCAISE

De mai à octobre 1789, les Français assistent à la fin d'un monde : la société va être profondément bouleversée.

A la fin de l'ancien régime, l'hôpital est universellement décrié, contesté dans son fonctionnement et dans sa gestion [13]. L'idéal révolutionnaire ne l'épargnera pas : parfois au bord du gouffre et prêt à disparaître comme l'un des symboles de l'ancien régime, il sera par la suite mis en avant.

L'incohérence est grande durant la décennie révolutionnaire mais les institutions, qui naissent dans la douleur, marqueront les hommes pour de nombreuses années [1,35].

6. L'ASSEMBLEE CONSTITUANTE (JUIN 1789 - SEPTEMBRE 1791)

6.1. Le comité de mendicité

Le comité de mendicité, présidé par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt et composé de dix membres (dont le célèbre Dr Guillotin) est chargé de préparer la nouvelle législation des secours publics. La Rochefoucauld énonce les bases fondamentales sur lesquelles doit reposer l'Assistance publique :

« La législation qui, ayant pour objet l'extinction de la mendicité, veut porter des secours à la véritable indigence, doit poser sur les bases communes de la constitution et employer les moyens d'administration indiqués par elle pour l'administration de toutes ses autres parties » [2].

6.2. Réalisations

La Constituante supprime dîme, octroi et rentes foncières qui sont les principales ressources hospitalières [8]. L'idée initiale est de faire disparaître la misère, donc l'hôpital ; alors que le nombre de pauvres croît du fait des événements.

Barère scande : *« Plus d'hôpitaux, plus d'aumônes ! »* L'Assemblée assimile les revenus des pauvres à des biens nationaux de sorte que ce soit l'Etat, et non plus la charité privée qui soulage la misère [36].

Le décret du 28 octobre 1789 supprime les voeux religieux, le personnel hospitalier en subira les conséquences.

Les hôpitaux dépendront dorénavant des municipalités. La priorité est accordée aux secours à domicile.

L'idée de charité chrétienne est délaissée au profit d'une justice sociale. *« L'Assemblée nationale déclare qu'elle met au rang des devoirs les plus sacrés de la nation, l'assistance des pauvres dans tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie » [1,2,13].*

7. L'ASSEMBLEE LEGISLATIVE (SEPTEMBRE 1791-SEPTEMBRE 1792)

Après la loi qui a supprimé les octrois et les privilèges des hôpitaux, vient celle du 18 août 1792 qui supprime les corporations religieuses vouées au service hospitalier [7].

Le comité de secours publics reprend les travaux de La Rochefoucauld en renforçant l'idée de nationalisation des biens hospitaliers [8], le système de secours publics est aux mains de l'Etat, l'Assistance est « *une dette sacrée, la société doit la subsistance aux malheureux citoyens* » [1,2]. La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen est publiée le 26 août 1791, elle proclame les droits naturels de chaque individu [37].

La population parisienne soutient l'Assemblée et demande par pétitions la transformation de la Sorbonne, des Invalides et de l'Ecole militaire en hôpitaux ; suivra, en novembre 1792, la demande de créer un hospice par arrondissement.

8. LA CONVENTION (SEPTEMBRE 1792-OCTOBRE 1795)

8.1. Abolition de l'hôpital

Le régime hospitalier, maintenu jusqu'ici, est définitivement aboli (loi du 11 juillet 1794). Saint-Just déclare : « *L'homme n'est fait ni pour les métiers, ni pour l'hôpital, ni pour les hospices, tout cela est affreux...* ». Lebon, inventeur de l'éclairage au gaz, ajoute : « *Mettez donc au-dessus des portes de ces asiles des inscriptions qui annoncent leur disparition prochaine. Car si la Révolution finie, nous avons encore des malheureux parmi nous, nos travaux auront été vains* » [1,38].

8.2. Le secours à domicile : une solution miracle

Le domicile de secours est « *le lieu où l'homme nécessiteux a droit aux secours publics* » [39]. La loi du 19 mars 1793, article 8, précise alors le mode d'assistance approprié à chaque catégorie d'indigents :

« *Les fonds de secours que la République destinera à l'indigence seront divisés de la manière suivante :*

Travaux de secours pour les pauvres valides, dans les temps morts au travail ou de calamités
Secours à domicile pour les pauvres infirmes, leurs enfants les vieillards ou les malades
Maisons de santé pour les malades qui n'ont point de domicile, ou qui ne pourront y recevoir de secours ;

Hospices pour les enfants abandonnés, pour les vieillards et infirmes non domiciliés
Secours pour les accidents imprévus » [40].

Le secours à domicile apparaît comme étant la solution, d'une part morale car le nécessiteux n'est pas privé de sa famille, d'autre part économique.

8.3. Changement radical d'attitude.

Lassés des exécutions de la Terreur, le pays accueille avec soulagement la chute, puis la mort de Robespierre [37].

Bientôt, des émeutes éclatent, provoquées par la famine, les Français réclament « *du pain et la Constitution de 1793* ».

La Convention modifie peu à peu son attitude à l'égard des hôpitaux [41].

De cette période, l'hôpital sort ruiné, les administrateurs sont forcés de jeter les malades et les infirmes hors des établissements [8].

La situation est donc catastrophique et c'est pourquoi la vente du patrimoine hospitalier est arrêtée (loi du 25 août 1795) : on en revient à une situation proche de l'ancien régime où l'hôpital est conservé, investi d'une mission sociale et refuge du pauvre [1,8]. Afin de le redresser, l'octroi réapparaît ainsi que la taxe sur les spectacles (théâtres, bals, feux d'artifice, courses, concerts...) qui sera perçue à Paris.

Les thermidoriens vont réhabiliter l'hôpital !

8.4. Naissance de Saint-Antoine

La création des Ecoles de santé marque un tournant décisif : la médecine est indissociable de l'hôpital [13].

Un programme pour les hôpitaux de Paris est décidé le 17 janvier 1795 et se traduit par l'apparition de l'hôpital de l'abbaye Antoine (la Révolution supprime toute connotation religieuse et utilise les anciens locaux par soucis d'économie). Le futur hôpital Saint-Antoine naît donc en

pleine crise, dans un quartier dépourvu d'infrastructure sanitaire [36] : le faubourg du même nom, théâtre de la Révolution française.

Le décret du 28 Ventôse an III (18 mars 1795) dote Paris d'établissements aux quatre points cardinaux : les hospices du Nord (Saint-Louis), de l'Ouest (Beaujon), du Sud (Saint-Jacques), et de l'Est (Saint-Antoine) [1].

Clavareau, architecte des hospices, propose un rapport avec plan en tenant compte de l'hygiène dont rêvait Tenon, il choisit, à Saint-Antoine, l'emplacement des salles des malades en fonction de leur ventilation et de leur orientation [1,36].

L'hospice de l'Est est donc créé pour soulager l'Hôtel-Dieu en « *favorisant l'évacuation des lits encombrés* » et pour répondre à l'essor démographique des faubourgs [36]. Il contient cent soixante lits contre quatre-vingts à l'hospice Beaujon, « *d'après les localités* » et recevra jusqu'à cinq cents malades ! [41].

9. LE DIRECTOIRE (1795-1799)

La nationalisation des hôpitaux est définitivement abolie (car étant trop onéreuse), ceux-ci recouvrent leurs biens en partie ; les établissements sont tous dirigés par la même commission administrative. L'idée d'un droit au secours disparaît, la bienfaisance municipale protégera les pauvres et non plus l'Etat.

La loi du 16 Vendémiaire an IV (7 octobre 1796) restera la charte de l'hôpital des XIX^e et XX^e siècles en lui rendant son autonomie.

La loi du 7 Frimaire an IV (28 novembre 1796) crée les Bureaux de bienfaisance chargés du service des secours à domicile. La population parisienne est évaluée à 600 000 âmes avec une proportion d'un indigent sur 6 habitants : 98 795 pauvres sont secourus dont 86 956 par les secours à domicile, 3503 à l'hôpital (population journalière) et 8336 dans les hospices [2].

10. LE CONSULAT

Proclamé le 10 novembre 1799, il marque la fin de la Révolution française. Napoléon Bonaparte est le premier consul de France, il va rétablir l'ordre et la paix [37].

La tourmente est passée, l'Etat s'est doté d'une infrastructure renouée et d'une législation qui se maintiendra pendant plus d'un siècle ! [1,7].

On trouve peu de documents relatifs à cette période concernant d'éventuels soins urgents, des archives ont sans doute disparu mais il est certain que la Révolution a désorganisé la mise en place des postes de secours.

III. LA MEDECINE A PARIS ENTRE 1800 ET 1848.

11. GENERALITES

Après la rupture occasionnée par Thermidor, commence une ère nouvelle en matière d'assistance, très agitée tant sur le plan médical que historique.

11.1. La révolution médicale

« *La Médecine va naître à Paris entre 1800 et 1850* », écrit l'historien de la médecine Shryock. C'est une médecine moderne et surtout une médecine des hôpitaux. Paris est en passe de devenir le centre mondial de la médecine [43]. La clinique est inventée (Desault, Bichat; Pinel, Laënnec,

Cruveilhier, Broussais, Corvisart...) : l'examen clinique du patient mène au diagnostic qui conduit au traitement. Cette époque voit naître le stéthoscope de Laënnec, l'ophtalmoscope, la seringue hypodermique ou encore le miroir laryngé ; elle est le témoin de la première anesthésie par inhalation et de la trachéotomie.

Ce demi-siècle assiste à l'essor de la Médecine, de la Chirurgie et de la prévention avec le développement de la vaccination [5,13].

L'hôpital se développe et se médicalise, conçu comme un *équipement de santé, lieu de l'enseignement et de la pratique médicale*, au grand dam des malades (les pauvres, en échange de soins gratuits, contribuent au progrès de la science...) [1,44]. Les jeunes médecins n'apprennent plus la médecine dans les livres mais au chevet du malade : l'Externat et l'Internat des hôpitaux de Paris voient le jour en 1802, le Clinicat en 1823. Le malade n'est plus seulement hébergé à l'hôpital, mais il est également « soigné », bien que la médecine clinique soit sceptique vis à vis de la thérapeutique.

Le souci d'une meilleure gestion se traduit par la création du Conseil Général des hôpitaux et hospices civils de Paris et par l'apparition de nouveaux services comme le Bureau d'admission et la Pharmacie centrale. On doit ces réformes au préfet Frochot et à Chaptal, ministre de l'Intérieur.

11.2. Rappels historiques

L'hôpital reflète la société, il est donc primordial de s'intéresser aux bouleversements historiques. Ces rappels succincts permettent de mieux cerner le contexte et l'ambiance du moment :

Durant les dix années de l'Empire, Napoléon ne cesse de combattre les nations européennes. Il devient, en 1804, Empereur des Français et maître de l'Europe. Or, dès 1810, le peuple se lasse des conflits et des enrôlements perpétuels ; de plus, la grande marche à travers les plaines glacées de Russie décime la Grande Armée en 1812 : plus de 500 000 hommes périssent. Le grand rêve de Napoléon prend fin à Waterloo en 1815. La France est dorénavant gouvernée par Louis XVIII puis par Charles X, frères de Louis XVI. La paix est retrouvée jusqu'à la Révolution des trois Glorieuses en 1830 pendant laquelle le peuple réclame la Liberté. Louis Philippe succède à Charles X.

La révolution industrielle arrive en France avec la machine à vapeur et le chemin de fer (la première catastrophe ferroviaire a lieu le huit mai 1842), elle voit naître une bourgeoisie capitaliste et une classe ouvrière misérable [37].

12. CONSEIL GENERAL DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

12.1. Création

Les hôpitaux de Paris sont dotés d'un cadre administratif nouveau, le Conseil Général des Hôpitaux et Hospices civils, fondé le 28 nivôse an IX (17 janvier 1801). Le Conseil Général est commun à l'Hôtel-Dieu de Paris, aux Maisons de l'Hôpital Général, soient dix-neuf établissements, et aux secours à domicile.

Il est à l'origine du règlement des hôpitaux et hospices de Paris et subsiste jusqu'en 1848 [2,7,45,46].

12.2. Amélioration de l'hygiène dans les hôpitaux

Au milieu du XIX^e siècle, la France n'est pas seulement le leader mondial en matière de médecine et de chirurgie, elle l'est aussi en matière d'hygiène, privée et publique [43]. Les scandaleux lits collectifs, en bois, sont très progressivement remplacés par des lits isolés, en fer et la paille est abandonnée au profit d'un matelas en crin. L'importance accordée à l'hygiène transforme le vieil et encombré Hôtel-Dieu de 1790 en un hôpital aéré, propre et éclairé. La mortalité chute de 54% entre 1801 et 1851 [1,2,47]. L'eau de javel nous est restée comme souvenir de cette époque ! (1822).

Malgré tout, les progrès sont lents car les travaux de rénovation entrepris dans les hôpitaux sont fréquemment ajournés par les campagnes Napoléoniennes ou par les épidémies [36].

12.3. Clientèle de l'hôpital

Même si l'hôpital se métamorphose au cours du XIX^e siècle, s'il se transforme en maison de soins, il ne cesse pas de rester le refuge du pauvre. Les gens plus aisés se font soigner chez eux ou dans les maisons de santé privées (cinquante à Paris en 1809). En 1840, Buret écrit dans un Mémoire que

« le fait seul de solliciter l'entrée de l'hôpital est une présomption suffisante de misère » [2]. Gervaise, héroïne de *l'Assommoir* de Zola, s'exclame : « quand le brancard arriva enfin, et qu'on parla de partir pour l'hôpital, elle se releva, en disant violemment : Non, non, pas à l'hôpital ! ». De fait, l'arrivée aux urgences a toujours été synonyme de mendicité. Et pourtant, « l'opinion publique opère sa mutation à l'égard des hôpitaux. La bourgeoisie est progressivement accueillie dans les chambres, les épouses d'employés ou d'ouvriers (à la fin du siècle) préfèrent accoucher à la maternité que dans leur logement ; toute maladie un peu grave, toute perspective d'opération délicate entraîne un séjour à l'hôpital » [39,48].

12.4. Admission dans les hôpitaux

Les admissions dans les hôpitaux de la capitale passent de 35 566 en 1801-1804 (moyenne annuelle) à 82 323 en 1851, soit un accroissement de 131% [2].

12.4.1. Motif d'admission

Dans les quartiers peuplés comme le faubourg Saint Antoine où les entreprises artisanales s'agrandissent, où les constructions s'accroissent, les blessés du travail sont nombreux, ainsi que les blessés au cours des rixes et des émeutes. Ce sont essentiellement des malades de chirurgie [49].

Les diagnostics médicaux posés les plus fréquemment lors de l'admission sont la phtisie, la pneumonie, la typhoïde, le choléra, les affections cardiaques, cérébrales et vésicales, la variole, le cancer de l'utérus et la fièvre puerpérale. Les rapports cliniques de l'Hôtel-Dieu et de la Charité confirment cette énumération et font aussi ressortir l'importance des cas de malaria, rhumatismes, intoxications au plomb et syphilis [46].

Le dictionnaire des sciences médicales de 1815 nous apprend que l'Hôtel-Dieu reçoit « les pauvres malades auxquels les secours du médecin ou du chirurgien ou de l'un et de l'autre sont actuellement nécessaires ; à la réserve des vénériens, des dartreux, des cancéreux, des épileptiques, des enfants et des femmes en couche. Ces derniers trouvent les secours analogues à leur état dans les maisons exclusivement destinées à leur traitement » [6].

L'admission dans les hôpitaux n'est prononcée que pour les malades susceptibles de guérison ; on imagine les scènes pénibles qui se jouent à la porte des hôpitaux [50].

12.4.2. Modes d'admission depuis 1801

Il existe dorénavant trois modes d'admission. Le premier consiste à se présenter le matin aux consultations gratuites d'un hôpital ; le second, à solliciter l'admission d'urgence en dehors des heures de consultation et le troisième, à se rendre au bureau central [7,33].

Ce système permet de mieux gérer les établissements en triant les patients selon la nature de leur affection, en chassant les indésirables qui ne sont pas malades et en éliminant les « piliers d'hôpitaux », fainéants qui se font admettre notamment à l'entrée de l'hiver. Si l'interne de garde admet plusieurs malades sans motif suffisant, il peut être remplacé provisoirement par ses supérieurs (extrait du règlement de 1821). Les Goncourt ont raconté l'histoire de ce vieillard phthisique que l'interne refuse d'admettre et renvoie chez lui tristement, en disant « *si je l'admettais, Trousseau le renverrait demain* » [50].

12.4.2.1.11.4.2.1 Le bureau central d'admission

Le Conseil Général a créé le bureau central d'admission, commun à tous les hôpitaux de Paris. Il est installé au rez-de-chaussée de l'Hôtel-Dieu, sur le parvis Notre-Dame.

Le malade doit être transporté au bureau central, quand son état le permet, pour que soit prononcée son admission, accordée à titre provisoire. A l'hôpital, il est placé dans la salle dite des arrivants et son admission devient définitive le lendemain si elle est confirmée par le chef de service [7,13,51].

Aucun malade n'est reçu sans bulletin d'admission, qui comporte à la fois des renseignements pratiques (état civil, numéro de lit, profession) mais aussi médicaux (histoire de la maladie, diagnostic, date de guérison, de décès ou d'autopsie). La pancarte est suspendue au lit du patient, exposée à tous les regards.

Les malades sont recrutés en fonction des lits disponibles dans les hôpitaux. Le bureau est ouvert chaque jour de onze à quinze heures, une foule de malheureux s'entasse dans la salle d'attente et est reçue par de jeunes médecins et chirurgiens nouvellement promus au concours [13,33,50].

Des médicaments, des bandages, des bords de bain et des soupes sont délivrés à ces pauvres « bougres » qui sillonnent la ville depuis l'aube à la recherche d'un lit d'hôpital [7].

12.4.2.2.11.4.2.2 Admission d'urgence

« *Un accident arrive sur la voie publique ou dans un chantier, un individu tombe dans la rue foudroyé par une attaque d'apoplexie ou simplement dans un accès d'épilepsie, il est conduit à l'hôpital le plus proche, l'interne de garde est demandé, constate l'utilité ou non de l'admission d'urgence, et le malade est immédiatement reçu ou renvoyé* » écrit le Docteur Feulard dans un ouvrage très instructif [7]. L'arrêté du 13 Frimaire an X précise que « *tout malade grave présenté*

à l'hôpital est admis sur certificat de l'officier de santé », ce dernier doit motiver l'urgence par un diagnostic provisoire [51].

En dehors des heures d'ouverture du bureau d'admission, les malades ou les blessés transportés à bras, sont conduits dans la salle d'attente où l'interne de service signe leur feuille d'admission et prescrit les premiers soins à donner [13,33].

Depuis 1811, les internes sont surveillés par des médecins inspecteurs, qui deviennent des médecins Assistants en 1816 ayant aussi pour rôle la prise en charge les urgences. Le règlement de la même année précise qu' « *il arrive journellement dans les grands hôpitaux des malades pour cause d'empoisonnement, des noyés, des asphyxiés etc.. et les élèves ne sont pas toujours capables d'administrer les secours les plus prompts et bien entendu que ces cas réclament* » [50].

L'hôpital Beaujon est éloigné du parvis Notre-Dame, aussi le règlement est moins rigoureux concernant les admissions d'urgence (quant aux malades, ils doivent faire l'aller et retour par leurs propres moyens, quel que soit le temps).

Un arrêté du Conseil des hospices sur les sorties à accorder aux Indigents admis d'urgence dans les hospices stipule le 25 août 1830 qu'aucun congé ni sortie ne seront acceptés concernant « *les aliénés, les imbéciles, les épileptiques, octagénaires et aveugles* », afin de prévenir les accidents qui peuvent résulter pour eux comme pour la société de leur libre circulation dans la ville.

12.4.2.3.11.4.2.3 Consultation gratuite

Les consultations gratuites, médicales ou chirurgicales ont lieu tous les matins dans chaque hôpital. Certaines remportent un franc succès, en effet deux cent cinquante à trois cent cinquante malades se présentent tous les jours à Saint-Louis, où l'on soigne gratuitement la teigne et la gale. Lorsqu'un pansement ou une petite intervention chirurgicale sont nécessaires, ils sont faits séance tenante. Certains patients, gravement atteints, sont hospitalisés [7].

12.4.3. Critiques du système d'admission

Selon Trelat, le mode d'admission est vicieux. La formalité du bureau central impose une longue attente et un double transport à des sujets souvent très malades. Ces transports sont dangereux et nuisibles, surtout en hiver, et les cas empirent : on voit même des malades arriver morts à l'hôpital. Exceptionnellement, les médecins peuvent recevoir des malades « *par urgence* », quand ils ont des lits vacants dans leur service [52]. Lorsqu'un malheureux se rend ou est porté à un hôpital plutôt

qu'à un autre, c'est rarement celui où il doit être traité et un portier inexorable lui en refuse brutalement l'accès [6].

Ce n'est qu'en 1877 que sera décidé l'ouverture d'un bureau d'admission par établissement [1]

12.5. Internat

L'Internat et l'Externat sont fondés en 1802.

Le dictionnaire des sciences médicales de 1818 définit ainsi les élèves Internes : « *Pendant la journée ou la nuit, un ou deux internes restent, chacun leur tour dans une chambre dite de garde, y couchent et portent des secours prompts dans toutes les salles où leur ministère est jugé nécessaire. Le chirurgien de garde a le pouvoir de prescrire tout ce qui lui paraît convenable au salut et au soulagement du malade. Lorsqu'il s'agit d'un opéré un peu grave, il doit en faire part au chirurgien en chef et réclamer ses avis. Il communique au médecin les accidents et les motifs qui l'ont engagé à administrer tel ou tel médicament. Le chirurgien de garde fait de plus les pansements des pauvres qui viennent de l'intérieur de la ville. D'après les détails précédents, il est facile de voir combien cette institution des élèves externes et internes contribue au soulagement des malades. Ceux-ci sont pansés régulièrement par de jeunes gens zélés ; instruits ; ils reçoivent des secours prompts quelle que soit l'heure de la journée* » [53].

Entre la visite du matin, avec le chef de service et la contre-visite du soir, confiée à l'interne, celui-ci est autorisé à modifier le régime des malades et à faire des prescriptions d'urgence à la condition de justifier ses initiatives le lendemain [50].

La garde est réglementée, « *il y aura dans tous les hospices un ou plusieurs élèves de garde qui sous aucun prétexte ne pourront quitter leur poste pendant les vingt-quatre heures (...). Ces élèves seront chargés 1°) de remédier aux accidents imprévus qui exigeraient de prompts secours en appelant dans les cas graves les officiers de santé.*

2°) de veiller quand ils en seront requis à l'administration des secours chirurgicaux ou autres prescrits pour être employés dans le cours de la journée.

3°) de faire des tournées dans les salles à des heures déterminées » [50].

Avec la responsabilité des urgences pouvant se produire en salle, les internes de garde ont aussi, dès l'origine, celle des admissions en cours de journée ou pendant la nuit.

En 1816, les listes de garde apparaissent et sont affichées dans les bureaux de l'hôpital.

12.6. Exemple de l'hôpital Saint-Antoine

Le personnel soignant est laïque ; assurent le service un médecin, Jacques, sans titre officiel, un chirurgien, Brasdor et un pharmacien, Lépin. Ils sont assistés de trois élèves en chirurgie et un en pharmacie [36].

En 1802, Camus, membre du Conseil Général, établit un règlement particulier pour Saint-Antoine, voici quelques articles intéressants concernant l'accueil réservé aux « urgences ».

Article I. La destination de l'hôpital Saint-Antoine est au plus haut nombre pour cent-cinquante individus malades, savoir : hommes alités=54, femmes alitées=66, hommes convalescents=12, femmes convalescentes=12, hommes blessés=4, femmes blessées=2. Les lits seront numérotés chacun selon la place à laquelle ils appartiennent.

Article II. Il est absolument défendu d'intervertir la distribution portée par l'article précédent; s'il ne se présente personne pour remplir les lits assignés à chacune des classes, ils resteront vacants.

Article III. L'agent de surveillance enverra chaque jour par la petite poste, au bureau central d'admission, l'état et le numéro des lits qui sont vacants dans chacune des classes. Lors de la confection de cet état, il réservera pour les cas prévus par l'article II du règlement du 13 Frimaire an X, quatre lits d'hommes blessés, quatre lits de femmes malades et blessées.

Article XII. A dix heures du soir, la porte extérieure de l'hôpital est fermée, et les clés sont portées à l'agent de surveillance.

Article XX. Il y a auprès de la porte d'entrée une salle destinée :

1) à recevoir les indigents qui se présentent pour recevoir la consultation gratuite des officiers de santé ; ils sont admis chaque jour de sept à huit heures du matin.

2) à recevoir les personnes qui seraient surprises dans la rue d'un accident subit ; elles sont déposées dans cette salle. L'agent de surveillance prend les renseignements possibles sur leur état civil, l'officier de santé leur administre les premiers secours qu'exige leur état physique; elles sont transportées aussitôt après dans leur domicile ou à l'un des hospices auquel elles doivent être reçues. Il y a pour cet effet à l'hôpital deux brancards toujours en état de service [36,54].

En 1811, l'hôpital peut recevoir deux cent cinquante patients avec ses 160 lits de médecine, 57 de chirurgie et 33 pour convalescents.

En 1817, le rapport de Coste nous révèle que Paris compte 705 595 âmes. Saint-Antoine est destiné aux malades et aux blessés des deux sexes hormis les enfants, les misérables, les incurables, les fous, les femmes en couche, les vénériens et les chroniques [36].

12.7. Naissance de l'Hôpital Louis-Philippe (Lariboisière)

Il est décidé d'ériger un hôpital au nord de Paris en 1838 et cela va se réaliser grâce à la générosité de la comtesse de Lariboisière. Entre Saint-Antoine et Beaujon, il n'existe en effet aucun «*établissement charitable où soient admises les personnes atteintes de maladies aiguës* », la population s'est accrue et l'encombrement dans les autres hôpitaux est considérable. L'épidémie de choléra de 1832 démontre l'urgence et l'utilité de cette nouvelle construction [55]. L'Hôpital Louis-Philippe inaugure le système des pavillons isolés et présente, exauçant les rêves de Tenon, toutes les conditions de confort et de salubrité [4].

12.8. Bureaux de bienfaisance : secours à domicile

Les règles d'administration des bureaux de bienfaisance sont sévères, leur porte n'est qu'entrebâillée, tandis que celle de l'hôpital est grande ouverte, en cas d'urgence, à tous ceux qui en ont besoin [33].

Les secours sont surtout donnés en nature (aliments, vêtements, combustibles, école). L'assistance médicale comporte visite et traitement à domicile ou consultation et traitement au dispensaire. De cette façon, le pauvre malade est maintenu dans le cocon familial et les salles d'hôpitaux désemplissent.

Il existe un bureau de bienfaisance (ou maison de secours) par arrondissement, soit vingt à Paris [9,56].

En 1828, Cochin, maire du XII^e arrondissement définit ainsi leur rôle : « *C'est un lieu où tous les habitants du quartier peuvent avoir accès, les uns pour implorer l'assistance, les autres pour annoncer leurs projets de miséricorde* ». Il réclame la multiplication de ces maisons « du bien public » et sera entendu [57].

13. UN EXEMPLE DE PROMPT SECOURS : LES NOYES, NOUVELLES INSTRUCTIONS

L'organisation des postes de secours est rétablie en 1806, lors de la constitution du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine [24]. Une ordonnance préfectorale concernant les « *secours à donner aux noyés, asphyxiés ou blessés et la levée des cadavres repêchés dans la*

rivière ou trouvés sur la voie publique et partout ailleurs » ordonne, la même année, que soient conduits les blessés dans les corps de garde situés sur les berges de la Seine.

13.1. Arrêté du 19 juin 1835 : texte officiel de la préfecture de police

13.1.1. Remarques générales

Dans les remarques générales, on lit que *« l'on doit donner des secours à tout individu retiré de l'eau ou asphyxié par d'autres causes, chez lequel on n'aperçoit pas un commencement de putréfaction »*, que *« l'expérience a prouvé que plusieurs heures de séjour sous l'eau, ou dans tout autre lieu capable de déterminer une asphyxie, ne suffisaient pas toujours pour donner la mort »*. Il est noté que les secours à prodiguer aux asphyxiés *« peuvent leur être administré par toute personne intelligente (...), sans se décourager, quelquefois pendant plusieurs heures de suite »* et qu'il faut éloigner toutes les personnes inutiles car il suffit de *« cinq à six individus »* pour donner les soins ; *« enfin, les secours devront être administrés avec activité ; mais sans précipitation et avec ordre »* [58].

13.1.2. Règles à suivre pour ceux qui repêchent un noyé

13.1.2.1.12.1.2.1 Premiers soins et transport

Une fois retiré de l'eau, il est conseillé de tourner le noyé sur le côté droit, *« s'il est privé de mouvement et de sentiment »* et d'écarter les mâchoires pour faciliter la sortie de l'eau.

L'alternative est de placer la tête plus bas que le corps, juste après le repêchage, *« mais il ne faut pas la laisser plus de quelques secondes dans cette position »*. En même temps, il faut comprimer le bas-ventre et chaque côté de la poitrine, *« afin de faire exercer à ces parties les mouvements qu'elles exécutent lorsqu'on respire »*.

Si le noyé est proche du dépôt de secours, à moins de six minutes, on l'y transporte par eau ou par terre ; presque assis, il est transporté *« le plus promptement possible, mais en évitant les secousses »* dans le bateau, le panier de transport ou sur le brancard.

Si le noyé est trop éloigné du dépôt de secours et s'il gèle, *« il convient d'ôter les vêtements du noyé, en s'aidant de ciseaux pour procéder plus vite, d'essuyer le corps, de l'envelopper dans une ou plusieurs couvertures de laine, ou encore de l'entourer de foin, en laissant toujours la tête libre, et de le porter ainsi au lieu où l'on devra continuer les soins »*.

13.1.2.2.12.1.2.2 Soins à prodiguer au dépôt des secours médicaux

En 1835, il existe deux postes de secours sur les berges de la Seine (à Grenelle et près du pont des Arts). On envoie de suite chercher un médecin ou un chirurgien dès l'arrivée d'un noyé.

On déshabille le noyé, on lui met une chemise ou un peignoir et un bonnet de laine, on le pose sur une paille ou un matelas, entre deux couvertures de laine. « *On placera autour de la poitrine et du bas-ventre le bandage compressif, disposé comme un corset dit à la paresseuse, et l'on cherchera à imiter la respiration en tirant les bandes en sens inverse, et en les lâchant après chaque compression. (...) On laissera un repos d'environ un quart de minute entre chaque opération. On réitérera cette tentative de tems à autre (de dix minutes en dix minutes, plus ou moins). On s'occupera d'aspirer l'eau, l'écume ou les mucosités qui pourraient obstruer les voies de la respiration* », à l'aide d'une seringue à air et d'un tuyau flexible que l'on introduit dans une narine. On utilise le petit levier en buis ou le levier en fer à doubles branches si les mâchoires sont closes. « *On maintiendra l'écartement obtenu en plaçant entre ces dents un morceau de liège ou de bois tendre. Cette opération devra être exécutée avec ménagement et sans violence* ». L'un des aides s'occupe de réchauffer le corps en chauffant les fers à repasser ou en mettant des cendres chaudes dans la bassinoire, puis en les promenant sur le peignoir. On frictionne « *les cuisses et les extrémités inférieures avec des frotoirs en laine, la plante des pieds et l'intérieur des mains avec des brosses, sans cependant trop appuyer* ».

Si le noyé a des nausées, « *il faut introduire au fond de la bouche la barbe d'une plume et la chatouiller* », mais il ne faut en aucun cas introduire de liquide dans sa bouche s'il est inconscient. On peut lui donner, avant l'arrivée du médecin, « *une cuillerée d'eau-de-vie camphrée ou d'eau de mélisse spiritueuse étendue de moitié d'eau* », et, « *si le ventre est tendu, on donne un lavement d'eau tiède dans laquelle on a fait fondre une forte cuillerée à bouche de sel. Mais il ne faut jamais employer ce moyen avant que la respiration et la chaleur ne soient bien rétablies* ».

Si le noyé ne donne pas de signe de vie après une demie heure de ces soins, et que le médecin n'est pas encore là, on peut « *recourir à l'insufflation d'une fumée aromatique dans le fondement* » grâce à la machine fumigatoire.

Si le noyé recouvre la vie, on le transporte à l'hôpital le plus proche ou, si l'on dispose d'un lit, « *il faut, après l'avoir bassiné, y laisser le malade pendant une heure ou deux* ». Si le malade est trop somnolent, on prépare des « *sinapismes* » (pâte de farine de moutarde et d'eau chaude) qu'on applique entre les épaules, à l'intérieur des cuisses et sur les mollets. « *On lui posera en même tems six à huit sangsues derrière les oreilles* ».

13.1.3. Contenu des nouvelles boîtes de secours

En suivant l'ordre dans lequel on les emploie, on trouve dans les armoires de secours :

- Une paire de ciseaux de seize centimètres de long, à pointes moussues
- Un peignoir en laine
- Un bonnet en laine
- Une seringue ou pompe à air avec son tuyau élastique et sa canule à narine.
- Une petite boîte contenant un mélange de graisse et de mine de plomb, pour graisser l'ajustage et la douille de la seringue à air.
- Un bandage à six chefs croisés pour faire exécuter à la poitrine et au ventre les mouvemens qui ont lieu pendant la respiration.
- Un levier en buis
- Un double levier en fer à ressort
- Deux frottoirs en laine
- Deux brosses
- Deux fers à repasser avec leurs poignées
- Le corps de la machine fumigatoire
- Son soufflet
- Un tuyau et une canule fumigatoire
- Une boîte contenant un mélange de quatre onces d'espèces aromatiques (fleurs de lavande et feuilles de sauge, de chaque deux onces, poudre de résine de Benjoin, une demi-once).
- Une seringue à lavement avec canule
- Une aiguille à dégorger la canule
- Des plumes pour chatouiller la gorge
- Une cuiller étamée
- Un gobelet d'étain
- Un biberon
- Une bouteille contenant de l'eau de mélisse spiritueuse
- Une petite boîte renfermant plusieurs paquets d'émétique de deux grains chaque.
- Des bandes à saigner, des compresses et de la charpie
- Un nouet de soufre et de camphre pour la conservation des objets en laine
- Un thermomètre.

13.2. Réactions du public

On doit trouver dans les bateaux lavoirs, les bateaux à vapeur et sur chaque ponton, une boîte de secours, des crocs, perches et bouées de sauvetage. Il n'en est pas toujours fait bon usage.

Malgré les efforts entrepris par le Conseil de salubrité, tout n'est manifestement pas au point ni au goût du public puisqu'on peut lire dans le quotidien «la Presse » le lundi 14 août 1837 que

« Quand un homme se noie, voici inévitablement comment on agit à son égard : les bateliers se transportent à l'endroit où il a disparu, et le cherchent avec leurs gaffes armées de pointes et de crochets de fer. On retire le noyé quelquefois après lui avoir enfoncé les côtes ou crevé un oeil. Puis, s'il n'est pas tout à fait mort, on le pend par les pieds la tête en bas, ce qui seul suffirait parfaitement pour l'asphyxier. Ceci n'est pas un fait isolé. Il y a quelques années, dans un seul dimanche, neuf personnes se sont successivement noyées dans la Seine, à Saint-Ouen, à une heure de Paris. Chaque année le nombre de victimes est considérable. Voici les causes de cet état de choses auxquelles il serait facile de remédier. Les bateliers, pêcheurs, mariniers,...., ne savent pas nager (...). Sur dix mariniers, il y en a six qui ne savent pas nager du tout et quatre qui nagent plus ou moins mal (...). Cette raison est plus que suffisante pour qu'ils ne se servent que de la gaffe pour repêcher les noyés (...). D'autre part, le marinier et le peuple en général sont persuadés que le noyé meurt pour avoir trop bu d'eau. Ils le pendent par les pieds pour faciliter l'expiration de cette eau, ce qui, eussent-ils raison, ne produirait nullement l'effet qu'ils en attendent » [23,42].

L'auteur de cet article propose quelques «moyens qui seraient parfaitement suffisants pour remédier au mal » comme des examens de natation, avec une épreuve de sauvetage, pour les bateliers ou des joutes de natation organisées par les communes. Il note enfin que s'il est «suffisant de donner quinze francs au marinier qui retire un cadavre de l'eau, il est misérable et ignoble de n'attribuer que vingt-cinq francs à celui qui retire un homme vivant ».

Il conclue très justement : « Une seule ordonnance suffirait pour sauver la vie à un grand nombre de personnes chaque année » [42].

14. APPORTS DE LA MEDECINE MILITAIRE

Au fil des siècles, la médecine d'urgence est surtout rattachée à la médecine pratiquée en temps de guerre, notamment aux soins militaires de l'avant. De tout temps, l'Homme porte secours aux blessés et éprouve le besoin de le soulager, cela est manifeste après la bataille. Dès la première

croisade au XI^e siècle, les chevaliers de Saint-Jean distribuent les soins, sous des tentes installées près des champs de bataille [59]. Ambroise Paré (1510-1592) soigne les « plaies d'arquebuse. » Il faudra attendre la Révolution pour que les moyens de secours mobiles voient le jour [34].

14.1. Création des ambulances volantes : Larrey et Percy

14.1.1. Larrey

Jean-Dominique Larrey (1766-1842), médecin chef de la « Grande Armée », invente puis utilise les ambulances volantes en 1792 dans l'armée du Rhin pour secourir les blessés sur le champ de bataille afin de les évacuer vers l'arrière. L'ambulance, dotée de chirurgiens et d'infirmiers, devient mobile alors qu'elle correspondait plutôt jusque là à un hôpital de campagne [5,59].

Les voitures sont pourvues de deux roues pour les pays plats ou de quatre roues pour les montagnes [34]. Dans ses Mémoires, Larrey écrit que « *la caisse des premières (ambulances) présentait la forme d'un cube allongé bombé à sa partie supérieure ; elle était percée sur les côtés par deux petites fenêtres ; deux portes battantes s'ouvraient en avant et en arrière ; le plancher de la caisse était formé d'un cadre mobile, garni d'un matelas de crin avec son traversin et recouvert en cuir. Ce cadre glissait facilement sur les deux supports ou jumelles de la caisse, au moyen de quatre petites roulettes, et il était armé de quatre poignées de fer enchâssés dans le bois ; ces poignées étaient destinées à recevoir les courroies et les ceintures des soldats pour porter les blessés ou le cadre, comme un brancard : on pouvait panser les blessés sur ces cadres quand la saison ne permettait pas de les panser sur le terrain (...). Les petites voitures étaient attelées de deux chevaux dont l'un en porteur (...), deux blessés y étaient couchés commodément et dans toute leur longueur* » et au sujet des secondes : « *on portait dans ces chariots quatre blessés couchés dans leur longueur ; les jambes se croisaient un peu* » [34].

Larrey exécute rapidement, faute d'anesthésie, et habilement les amputations, il en pratique jusqu'à deux cents par vingt-quatre heures ; novateur, il utilise la réfrigération en 1807 pour abolir la douleur [60]. Napoléon le fait Baron en lui rendant hommage : « *C'est l'homme le plus vertueux que je connaisse* ».

La douleur est le plus gros obstacle au travail du chirurgien, avant l'apparition de l'anesthésie, « *le malade qui s'apprêtait à subir une opération ressemblait à un condamné à mort avant l'exécution (...). Enfin, anéanti par la peur, le malade, lié et absolument sans défense, subissait l'atroce couteau* ». L'éther et le chloroforme feront leur entrée triomphante en Europe autour de 1846 [5].

14.1.2. Percy

Pierre François Percy (1754-1835), chirurgien en chef de l'armée de terre du Rhin et auteur d'un *manuel du chirurgien d'armée* en 1792, transforme le caisson d'artillerie de Gribeauval en véhicule. Cette « ambulance », attelée de six chevaux, est capable de transporter blessés, matériel et soignants (huit chirurgiens et leurs aides, à califourchon) et prend le nom de « saucisse » en raison de sa forme. Les chevaux sont refusés par l'administration car « *c'eût été un spectacle dangereux à donner que celui d'officiers de santé en voiture...On veut qu'ils aillent à pied... autrement, ils deviendront insolents* ». Il propose la création d'un corps indépendant de chirurgiens des armées, d'une compagnie d'infirmiers et d'un bataillon d'équipage militaire d'ambulances. Est admis le principe de « bataillons d'ambulances » (seize caissons et quarante-huit cabriolets) mais l'administration ne permettra la création d'un corps infirmier qu'en 1809 puis, en 1813, celle des despotats de l'Empire, brancardiers militaires chargés de la relève des blessés [34,61].

Larrey et son confrère Percy, sous le feu de l'ennemi, pansent les blessés, Larrey dirige : « *on commencera toujours par les plus dangereusement blessés, sans égard aux rangs et aux distinctions* » [59] ; plus tard, il évoquera le premier la notion de tri sanitaire afin d'être le plus efficace possible [61].

14.2. La guerre à Paris

14.2.1. La bataille de Paris : 30 mars 1814

14.2.1.1. L'exemple de l'ambulance de Dupuytren

L'ennemi arrive aux portes de la capitale, la lutte s'engage et les hôpitaux voient affluer d'innombrables blessés. Dupuytren, illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu raconte : « *Le 30 mars, le bruit du canon annonça que le sort de l'Empire allait être décidé. Dès lors, nous n'avions qu'une pensée, ce fut d'aller secourir les victimes de la guerre. La visite ordinaire des malades de l'Hôtel-Dieu fut faite dès cinq heures du matin, et, libres de ce devoir et bien munis de brancards, d'instruments, de pièces, d'appareils et de pansements, nous nous acheminâmes dès sept heures vers la Villette, village situé entre les buttes Montmartre et Chaumont, et servant de centre et d'appui aux lignes françaises ; nous nous établîmes dans une maison abandonnée et pourvue d'une vaste cour. Là, depuis huit heures du matin jusqu'à cinq heures et demie du jour, nous*

reçûmes du champ de bataille, nous pansâmes et opérâmes, sous le feu de l'ennemi dont les balles et les boulets atteignirent plus d'une fois les murs de la maison qui nous servait d'abri, plus de douze cents blessés que nous fîmes diriger ensuite sur les principaux établissements de Paris. Un assez grand nombre de blessés nous restaient encore à panser, lorsqu'à cinq heures du soir, le bruit des armes qui se rapprochait de plus en plus et de nouvelles blessures reçues à la porte de notre ambulance par les malheureux militaires déjà blessés par le feu de l'ennemi et qui attendaient toujours pour être pansés, nous firent sentir d'opérer notre retraite sur Paris. Mais, retenus par les vives sollicitations des blessés qui gisaient au milieu de la cour et qui nous conjuraient de ne pas les abandonner sans secours, nous prolongeâmes encore notre séjour dans ce lieu, jusqu'à ce qu'enfin un boulet de canon vint enlever sur le seuil même de la porte de notre maison, les deux jambes à un capitaine de la garde nationale de Paris, qui, après avoir vaillamment combattu, emportait dans sa retraite un blessé sur son dos... » Cruveilhier et Breschet, internes, accompagnent Dupuytren dans cette expédition périlleuse [50,51].

14.2.1.2. Dévouement du corps médical et de la population lors de la retraite de Russie

A mesure que l'invasion se rapproche, les efforts de l'administration et de la population deviennent insuffisants et il faut se résoudre à n'admettre la population civile qu'en cas d'extrême urgence. Les comités de bienfaisance multiplient les secours à domicile avec zèle.

On construit, en partie grâce aux dons de la population pourtant misérable, des baraques dans les jardins et dans les cours de la Salpêtrière, de Saint-Louis et des Vénériens afin de pouvoir loger dix à douze mille malades supplémentaires [50,51].

Dans le rapport de Camet de la Bonnardière, on apprend que « *l'on couvrit dans tous les hôpitaux, les vestibules, les corridors, les planchers des églises, de matelas et de paille ; dès cinq heures du matin, tous les médecins, tous les chirurgiens avec leurs aides étaient à leur poste ; les anciens élèves s'étaient unis à eux pour multiplier les secours.* »

A Saint Antoine, Thillaye, Beauchesne, Prat et Chapotin assurent le service. Des lits supplémentaires sont installés dans une vaste galerie ouverte du bâtiment Lenoir exposé au Nord [49,54] pour accueillir à la fois blessés français et étrangers. Le chirurgien constate que les blessés

ne sont pas atteints de la « pourriture d'hôpital », la mortalité est de cinq pour cent. En 1814 et 1815, Saint Antoine reçoit 355 militaires, en même temps que sévit une épidémie de typhus [49].

Dans la journée du trente mars, 6364 blessés reçoivent des soins dans les hôpitaux et 4500 y sont admis [51].

14.2.2. Les trois glorieuses : 27, 28 et 29 juillet 1830

Alors que la jeunesse des écoles se bat pour la Liberté et brandit le drapeau tricolore, l'Hôtel-Dieu est bientôt au centre de l'émeute, entre l'Hôtel de ville et Notre-Dame. Les blessés affluent et il faut les secourir [50]. Près de mille blessés sont dénombrés au cours de ces trois journées [36].

Prosper Ménière, chirurgien des hôpitaux, nous conte l'histoire de ces trois terribles journées dans un Mémoire publié en 1830. *« Le 27 juillet, six premiers blessés furent amenés à l'Hôtel-Dieu. La première victime fut un jeune homme élégamment vêtu qui mourut de suite sans qu'on ait pu établir son identité. Le 28, la fusillade était générale et le canon tonna; il y eut de nombreux morts sur place et cent dix blessés furent transportés à l'Hôtel-Dieu; dix-sept mouraient en arrivant. Presque tous avaient été frappés par arme à feu. De nombreux malades et convalescents demandèrent à sortir pour aller combattre ; des lits de fortune furent installés et de nombreux anciens internes et élèves se mirent à la disposition des chefs de service. Beaucoup d'opérations furent faites d'urgence et les blessés civils et militaires furent mélangés. Les blessés affluaient de toutes parts, il y en eut ce jour-là deux cent quatre et vingt mourants. Le 29 au matin, le parvis Notre-Dame était couvert de brancards et il en arrivait toujours. Le Docteur Félix Legros, chef de clinique, faisait le triage des blessés et la répartition avec un zèle infatigable ; par sa fermeté, il protégea de nombreux militaires que le peuple voulait égorger. De plus, pendant ces trois journées, plus de quatre cents blessés furent pansés à l'Hôtel-Dieu et purent regagner leur domicile... La femme d'un médecin fut tuée en relevant un blessé, rue Saint-Honoré, et un chef de clinique de la Charité eut un oeil crevé par une balle [47]. Dupuytren est assisté de ses élèves, d'anciens internes et d'une foule de bénévoles venus spontanément offrir leur aide.*

A la Charité, le 28 juillet, sont reçus vingt-quatre hommes, de dix-huit à soixante-neuf ans, blessés pour vingt d'entre eux par armes à feu, pour deux par coup de bayonnette et pour les deux autres

par coup de sabre. Les quatre soldats sont évacués sur le Val-de-Grâce, le premier présente une plaie par arme à feu au-dessus de la cheville du pied gauche, le second a reçu un coup de sabre entre les deux cuisses, le troisième un coup de sabre à la tête et le dernier a une contusion du genou. Le marchand de vin et un menuisier ont une balle dans le poumon gauche ; le compositeur et un menuisier, dans la main gauche ; le cuisinier a reçu un coup de bisciaïen sur la tête ; le fondeur, des coups de feu au côté gauche ; le chapelier, des coups de feu dans l'épaule droite ; le cordonnier, des coups de feu ayant traversé le genou droit ; le journalier et le porteur d'eau, un coup de feu ayant traversé la jambe gauche ; un cuisinier souffrant d'une plaie dans l'hypochondre droit ; un gendarme à cheval et un cuisinier ont une balle dans la cavité abdominale ; un cavalier et un relieur, dans la cuisse droite ; un fondeur et un terrassier sont amputés d'un bras. Ils seront hospitalisés entre trois et soixante dix-sept jours. Le lendemain, pas moins de soixante-dix blessés arrivent, pour des motifs semblables, à la Charité [62].

Il reste de ces journées l'image d'un dévouement digne d'éloge mais aussi le souvenir des étudiants,

unis au peuple dans la lutte pour la Liberté, des poèmes commémorent leur attitude.

C'est à cette époque que le fils de Larrey applique les méthodes militaires pour évacuer les civils blessés [61].

15. EPIDEMIES

Peste, choléra, typhus, lèpre, tuberculose, variole, typhoïde, grippe... Les grands fléaux parisiens permettent à la population de s'immuniser ; aux médecins de progresser d'un point de vue clinique mais surtout thérapeutique, notamment dans la prise en charge urgente de certaines maladies. Au cours des âges s'affirme, peu à peu, la notion de contagion ainsi que l'importance de l'hygiène, avant les découvertes de Pasteur. Des baraquements provisoires, installés dans les hôpitaux, deviennent de nouveaux services (72 lits à Saint Antoine, 64 lits à Saint-Louis).

15.1. Typhus

Alors que la France livre combat et que les services sont envahis de blessés, se greffe une épidémie de typhus, à la fin de l'année 1813. Les victimes sont nombreuses et les lettres de Laënnec, chef de service à la Salpêtrière, reflètent le travail écrasant qui incombait aux médecins. Il travaille avec

ses internes sans relâche, trois cents étudiants secondent les médecins durant cette période, quarante contractent le typhus et l'on déplore onze décès chez ces jeunes médecins [50].

15.2. Le choléra

Jean Giono décrit l'ambiance qui règne lors d'une épidémie dans « le Hussard sur le toit ». *« Il mourait de huit à neuf cents personnes par jour de plus 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 ».*

15.2.1. Quatre hôpitaux réservés aux cholériques

Le terrible fléau frappe Paris en 1832. Les gens meurent par centaines (600 000 victimes et huit mille morts à Paris en dix-huit jours), frappés par le « choléra-morbus ». Le 30 avril 1832, la Gazette médicale de Paris, journal hebdomadaire, dénombre au total 10275 admissions dans les hôpitaux de Paris et plus de cinquante pour cent de décès. Le 6 mai, 13683 malades ont trépassé depuis le début de l'épidémie. Le rapport officiel, publié en 1834, fait état de 18 402 décès pour Paris [49]. Quatre hôpitaux entiers sont réservés au traitement des malades : Beaujon, Saint-Antoine, Saint-Louis et Cochin, cependant que des postes des secours, ambulances, baraques provisoires sont établis dans les rues, tenus jour et nuit par des étudiants en médecine [19,50]. Le choléra touche les couches laborieuses de la population et l'idée d'un complot des riches contre les pauvres prend naissance ; des « empoisonneurs » sont ainsi battus à mort, jetés dans la Seine ou pendus à des lanternes [63].

Dans « le Juif errant », Eugène Sue brosse ce tableau : *« le parvis Notre-Dame était presque chaque jour le théâtre de scènes terribles, la plupart des malades des rues avoisinantes que l'on transportait à l'Hôtel-Dieu affluant sur cette place... En entrant dans le parvis, on avait à gauche le portail de l'immense cathédrale et, en face de soi, les bâtiments de l'Hôtel-Dieu. Un peu plus loin, une échappée de vue permettait d'apercevoir le parapet du quai Notre-Dame. Sur la muraille noirâtre et lézardée de l'arcade, on pouvait lire un placard récemment appliqué : il portait ces mots tracés au moyen d'un poncis et de lettres de cuivre : « les gens du peuple qui se font porter dans les hôpitaux, y sont empoisonnés parce qu'on trouve le nombre des malades trop élevés ;*

chaque nuit, des bateaux remplis de cadavres descendent la Seine ! » Pendant que les médecins et leurs internes s'affairent au chevet des cholériques, parvient de la rue la sinistre phrase « *Mort aux médecins ! Mort aux carabins ! Mort aux assassins !* » Il est vrai que l'incertitude est grande concernant la cause ou le traitement du choléra (laudanum, punch additionné de camomille, vésicatoires, charbon, eau froide ou bain à trente-deux degrés selon les services; saignée et sangsues en cas de collapsus), les médecins « *n'ont observé aucun fait qui puisse les autoriser à soupçonner le choléra contagieux* » [50] et le peuple ne sait plus à quel saint se vouer !

L'épidémie s'éteint peu à peu après dix mois d'horreur tant par la précarité des soins que par la fatalité présente dans les esprits.

A Paris, 13 823 cholériques sont soignés dans les hôpitaux mais 6600 en décèdent.

A l'hôpital Saint-Antoine, la mortalité s'élève à 47 % et atteindra 55 % lors d'une autre épidémie de choléra en 1849 [36,64].

Pendant l'année 1832, 616 hommes et 676 femmes sont admises à la Charité pour choléra, le taux de mortalité est de 55 pour cent [86].

15.2.2. Observation d'un médecin du faubourg Saint-Antoine

Dans les « lettres sur le choléra morbus observé à Paris au Faubourg Saint-Antoine », un médecin appelé au chevet d'une jeune femme, raconte qu' « *elle éprouve à six heures du matin un sentiment d'oppression, d'étouffement, de serrement de toute l'étendue du sternum et du côté gauche de la poitrine ; bientôt, des vomissements de matières verdâtres se déclarant, et peu de temps après une diarrhée, dit-on analogue à de l'eau. J'avais déjà observé des urines analogues à de l'eau, mais je n'ai jamais vu les matières intestinales présenter cette limpidité d'une gravité si alarmante. A huit heures du matin, je suis demandé : froid de glace général, aspect couleur d'ardoise, faciès hippocratique, yeux enfouis et entourés d'un cercle brunâtre, conjonctive injectée, cornée transparente et regard morne ; lèvres violettes, pâles, ridées, langue chargée dans le centre, de couleur naturelle sur les bords, mais décolorée et cependant humectée. Respiration costale, le ventre flasque et presque immobile pendant l'acte respiratoire. Crampes portant du côté externe du membre inférieur et s'étendant jusqu'au bassin, peau des mains d'une couleur brune, foncée, ridée et tendant à se macérer, quoique la malade ne soit pas couverte de sueurs froides ; diarrhée involontaire ; urines supprimées, agitation extrême ; le poids des couvertures dont elle est enveloppée pour exciter la chaleur et la faire transpirer, provoque des mouvemens automatiques continuels pour s'en délivrer, mais l'articulation des mots n'est plus en son pouvoir ; elle porte sans cesse ses mains vers la région gauche et moyenne de la poitrine, pour indiquer le lieu de la suffocation ; point de pouls. De temps en temps, les crampes simulent des convulsions et c'est*

alors que l'état de cyanose est très prononcé par l'injection manifeste du réseau capillaire, veineux et artériel. J'ouvre largement la veine basilique médiane, mais je n'obtiens du sang que celui qui se trouve contenu dans la portion inférieure de cette veine. La soif ardente et la chaleur intérieure qui tourmente la malade, le désir de boire froid, m'engage à lui donner un peu de glace dans la bouche en forme de tranche d'orange, mais je m'aperçois que la malade ne l'agite pas avec la langue dans l'étendue du palais, et qu'elle la laisse fondre à la même place, ce qui me paraît un caractère de résolution de la contraction musculaire, et me conduit à suspendre l'usage de ce moyen. Il me semblerait évident que la position de la malade et le sentiment qu'elle éprouvait dans la région précordiale annonçaient qu'à l'asphyxie avait succédé une syncope, et que c'était sur l'organe de la circulation, sur le coeur, sur la région moyenne du côté gauche de la poitrine qu'il fallait agir à l'aide de ventouses, afin de ranimer la circulation et faire cesser l'état algide. Mais pendant que je me sépare de la malade pour me procurer des instruments, la cornée transparente se vide et à mon retour, je ne vois que la triste certitude de l'impossibilité de la rappeler à la vie. Ainsi, dans l'espace de trois heures, la mort a été déclarée pour le médecin ; à deux heures de l'après-midi, la malade avait expiré » [36].

15.3. La diphtérie

La diphtérie, impressionnante dans sa forme asphyxique, est responsable de milliers de morts chaque année (encore trois mille décès par an en France en 1924). Il faut rendre hommage à ceux qui utilisent les premiers et, à bon escient, la trachéotomie.

C'est au cours de l'épidémie de 1818 que Pierre-Fidèle Bretonneau (1778-1862) décrit la « *diphthérite* ». Après quelques hésitations quant au traitement du croup, terreur des familles, il met à l'honneur la trachéotomie salvatrice (le tubage sera proposé par Bouchut en 1858) et Trousseau parachèvera son oeuvre. Dans un Traité paru en 1826, Bretonneau nous raconte l'urgence de l'intervention qu'il pratiqua afin de sauver, à l'aide de cette technique, sa première malade : « *A une heure du matin, l'imminence de la suffocation et les voeux des parents déterminent à pratiquer la trachéotomie. L'asphyxie fait des progrès rapides, les préparations de l'opération se font précipitamment ; mais l'ouverture de la trachée étant retardée par l'effusion du sang qui coule si abondamment d'une veine thyroïdienne qu'il est indispensable de la lier, l'enfant reste pendant quelques temps dans un état de mort apparente. Au lieu d'une sonde, qu'on n'avait pu se procurer immédiatement, un gros tuyau de plume facilite l'accès de l'air : respiration profonde, bruyante, qui se suspend tout à coup pour quelques instants ; la mort ne paraît plus douteuse. Toux soudaine, convulsive ; éjection par la plaie et par le tuyau de plume, de mucus ensanglanté. En ce*

moment, une sonde de gomme élastique réduite à une longueur convenable peut être substituée au tuyau de plume. La respiration cesse d'être bruyante pour devenir paisible et régulière ; le visage reprend une teinte rosée. La sonde est fixée au cou par un tour de bande. Mais l'enfant l'arrache au moment où le pansement vient d'être achevé et, avec quelque promptitude, on se hâte de la replacer, l'inspiration ne s'effectuant plus à travers la plaie, le petit malade qui déjà se tenait debout prêt à rentrer dans son lit retombe en moins de trente secondes complètement asphyxié. Des précautions sont prises pour prévenir un semblable accident ; la sonde est solidement retenue au moyen d'un fil retors fixé à une bande trouée, roulée autour du cou ; le calme se rétablit. A deux heures du matin, la respiration est lente et régulière ; l'enfant boit sans peine... » Armand Trousseau (1801-1867), lui aussi fait face à une situation qui aurait été dramatique à une autre époque : « La malheureuse était expirante quand je la vis. Examinant tout de suite la gorge, je découvris des fausses membranes épaisses qui tapissaient le pharynx.

La nature du mal m'était dès lors suffisamment démontrée et cette pauvre femme étant à la dernière extrémité, la trachéotomie pouvait seule empêcher la mort immédiate. Sans plus attendre, je me mis en demeure de la pratiquer. J'étais seul, sans autre aide que le mari, sans autre instrument qu'un canif à lame convexe que j'avais encore sur moi ; puis je fus obligé à défaut de canule trachéale d'en fabriquer une grossière avec une balle de plomb que j'aplatissais avec un marteau et que je façonnais en une espèce de tube » [65].

Le sérum antidiphthérique, de « Monsieur Roux », sera mis au point en 1890 ; la vaccination en 1924 [1,66].

IV. L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS - 1849

16. GENERALITES

16.1. Rappels historiques

16.2.

Une fois de plus, nous évoquerons les grandes lignes historiques car, comme l'écrit si justement Laborderie-Boulon, Directeur honoraire des hôpitaux de Paris, « *si l'hôpital est un lieu d'asile, ses murs n'en sont pas moins battus par les tumultes extérieurs et l'hospitalier digne de ce nom n'a pas le droit d'ignorer ces grands courants du dehors* » [67].

La Révolution de 1848 met en place une république éphémère, à l'origine du suffrage universel et de l'abolition de l'esclavage. Son président, devenu en 1852 l'Empereur Napoléon III, favorise la croissance économique. Il fait métamorphoser Paris en une métropole moderne, par le baron Haussman, préfet de la Seine. Le Bon Marché ouvre ses portes. La ville, agrandie, comprend vingt et un arrondissements. La guerre contre la Prusse entraîne, en 1870, la chute de l'Empire, remplacé par la République. Paris est assiégé de septembre 1870 à janvier 1871. Sous la III^e République, d'énormes progrès continuent dans tous les domaines : essor de la presse, école obligatoire et gratuite, applications des découvertes de Pasteur et de Claude Bernard, utilisation de l'électricité et de l'architecture métallique. Le siècle s'achève malheureusement par l'affaire Dreyfus, dans un climat antisémite notoire et la dégradation des rapports franco-allemands menace la paix en Europe [37].

16.3. Loi du 10 janvier 1849

La seconde République, par la loi du dix janvier 1849, modifie le statut du Conseil Général des Hôpitaux et constitue l'Assistance Publique à Paris.

L'organisation des hôpitaux, hospices et secours à domicile est désormais sous la responsabilité d'un Directeur général responsable, assisté d'un Conseil de surveillance [45]

16.4. Une Médecine Sociale

L'expansion démographique qui marque le XIX^e siècle, le développement de l'industrie, l'essor des villes ou encore la naissance du mouvement ouvrier vont contribuer au développement d'une médecine sociale. Il faut protéger l'intérêt général. Henri Monod est à l'origine des textes fondateurs de la politique assistantielle républicaine, digne du pays des Droits de l'Homme.

La France adopte en faveur des indigents, la loi du 15 juillet 1893, dite d'assistance médicale gratuite,

qui proclame que « *tout Français malade, privé de ressources, toute femme en couches dans les mêmes conditions reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou dans un établissement hospitalier* ».

Cinq ans plus tard, une première mesure d'assurance au profit des accidentés du travail est votée [66].

En 1899, une circulaire du ministre de l'intérieur précise que « *les vénériens sont des malades ; s'ils sont pauvres, il faut donc les soigner gratuitement et, s'ils ne peuvent être soignés utilement à domicile, il faut donc les hospitaliser : aucune autre considération ne peut être envisagée...* » ; Il faut savoir qu'on estimait immoral de soigner les femmes atteintes du mal vénérien. Les malades souffrant de syphilis sont protégés par une décision ministérielle du 31 janvier 1884, le préfet prononce leur admission d'office en cas de refus administratif [39,68].

17. LES HOPITAUX DE PARIS

Ce demi-siècle est marqué, à l'hôpital, par la rénovation et l'agrandissement des établissements, par la réforme du mode d'admission des malades mais surtout par des découvertes scientifiques prodigieuses.

Les notions de rapidité, de confort et d'asepsie apparaissent.

17.1. Des hôpitaux généraux et spéciaux

L'administration comporte quinze hôpitaux. Huit hôpitaux généraux reçoivent les malades atteints d'affections aiguës médicales ou chirurgicales, pour un temps limité ; Ce sont l'Hôtel-Dieu, la Charité, Beaujon, Cochin, Necker, Saint-Antoine, la Pitié et Lariboisière. Les hôpitaux spéciaux sont Saint-Louis, le Midi, Lourcine, les Enfants-Malades, Sainte-Eugénie (hôpital Trousseau actuel), les Cliniques et la Maison d'Accouchement. Les hôpitaux spéciaux sont réservés aux maladies d'une nature particulière : chroniques, contagieuses, cutanées, vénériennes, tuberculose, soins d'urgence...

Rappelons que les hospices reçoivent les vieillards, les incurables, les infirmes, les enfants assistés... pour un temps indéterminé.

17.2. Grands travaux : rôle des épidémies

A partir de 1849, le souci est d'atteindre la conception architecturale idéale : Beaujon et Necker sont restaurés, l'Hôtel-Dieu est reconstruit de 1865 à 1877, Tenon est ouvert en 1878, la Pitié est considérablement agrandie, Bichat est installé dans un poste-caserne en 1882... Lariboisière, ouvert en 1852, conçu comme un « *Versailles du pauvre* », symbolise une volonté de moderniser et de transformer la Capitale [1,2,4,7]. A Saint-Antoine, la construction des ailes qui se détachent du pavillon de l'horloge porte la capacité de couchage à six cents patients en 1863 ; Le pavillon Moïana est inauguré en 1886. Les sujets contagieux sont « isolés » en 1892 dans les « baraques noires », vestiges de la guerre où sont recueillis, pêle-mêle, les sujets atteints d'erysipèle, de rougeole et de scarlatine ! [36]

C'est sous la houlette de l'honorable Directeur de l'A.P de l'époque, Armand Husson, qu'est installé, lors d'une violente épidémie de variole, un hôpital temporaire, rue de Sèvres (devenu l'hôpital Laënnec). Les baraquements construits en six semaines en 1883 lors d'une épidémie de choléra deviennent l'hôpital des Mariniers puis, l'hôpital Broussais.

Entre 1852 et 1865, le nombre de lits dépendant de l'Assistance Publique passe de 6743 à 7576 ; les épidémies (typhoïde en 1853 et 1855, choléra en 1854 et 1865) font des ravages et il est capital

de réduire l'encombrement des hôpitaux. En 1889, l'Assistance Publique dispose de 12 000 lits dans ses hôpitaux et 11 600 dans ses hospices. A la fin du siècle, les services hospitaliers sont transformés sous l'influence des doctrines pastoriennes [2,45].

17.3. Admissions et circonscriptions hospitalière

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 majeure [69].

En 1893, Paris est divisé en douze circonscriptions hospitalières : chaque commune et chaque quartier sont rattachés à un hôpital, sauf en cas d'urgence bien sûr.

En 1895, le décret proposé par le Conseil de surveillance est accepté par le préfet de la Seine ; le Bureau central d'admission est supprimé et il est décidé que les patients ne seront admis, sauf urgence, qu'à la suite de la consultation donnée le jour même dans chaque hôpital.

« L'admission est (article 3) prononcée par le Directeur de l'hôpital d'après l'examen et sur le vu du bulletin du chef de service de la consultation et en dehors des consultations sur l'avis de l'interne de garde » [59].

17.3.1. Le Bureau central

De 1801 à 1895, les malheureux malades se présentent au Bureau central afin de recevoir des soins gratuits (pansements, consultation gratuite, médicaments) et d'obtenir, si cela est nécessaire, un bulletin d'admission lui indiquant l'hôpital où il doit se rendre. Nous allons comprendre pourquoi cette vieille institution va être abandonnée en lisant la description qu'en fait le Docteur Chaput en 1890.

Le Bureau central, établi au nouvel Hôtel-Dieu, est *« un local étroit, sombre et d'une saleté repoussante. Comme instruments, on n'y trouve que ceux d'une trousse rudimentaire. Je n'y ai jamais fait ni laissé faire une incision d'abcès tant le milieu est malpropre et mal organisé au point de vue de l'antisepsie (...). Il existe une salle où se trouve un lit pour examiner un malade couché. Jamais vous n'avez vu pareille ordure. Sur une paillasse à enveloppe pisseuse, est étendue une toile de caoutchouc qui n'a jamais été lavée et qu'on recouvre d'une alèse généralement dégoûtante. J'ai eu un jour la curiosité de regarder sous la paillasse ; j'y ai trouvé : de vieilles savates, un torchon sale, un vieux pantalon, une ceinture de gymnastique, un vieux fichu de laine,*

un gilet. Dans la même pièce on trouve une armoire dont le contenu fait rêver : deux éponges sales, des paquets de vieux imprimés, un peigne, une boîte en fer blanc contenant de la vaseline rance, trois bouteilles vides, un brancard portatif, un morceau de pain, du fromage, une culotte, un balai à pot de chambre, un entonnoir, un bouchon de carafe, un vieux bas, une brosse à ongles, une casquette, une blouse, deux pantalons d'infirmier, trois encriers, des bottines, une savate, une brosse de chien, deux enveloppes à linge sale, un plumeau, une balayette, un ciseau de menuisier, une brosse à froter et un litre de vin. C'est dans ce local dégoûtant que ce fait à certains jours la consultation des dents et des oreilles » [71]. Il est heureux que les malades les plus urgents puissent être admis directement et à toute heure dans les hôpitaux, pour les autres... Les jeunes praticiens imposent des entrées à l'hôpital en fin de journée, et se disent, d'après les propos que rapporte Gallet, « nous sommes en présence d'un malade, nous l'envoyons à l'hôpital, l'A.P s'arrangera comme elle pourra ; cela ne nous regarde pas » [69].

Les critiques affluent, en effet, la ville a doublé de superficie et il est inconcevable d'obliger les patients à rejoindre le parvis Notre-Dame depuis les frontières de la capitale pour se rendre ensuite dans un hôpital situé non loin du point de départ !

17.3.2. 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 vaccinal [2,68,72].

Tout ne se passe pas toujours « aussi bien », Rose Malingre, la servante des frères Goncourt, vint mourir à Lariboisière pendant l'été 1862. L'un d'eux l'accompagnait pour l'admission et il nous retrace l'atmosphère générale des lieux dans son journal. « *La voilà, pour l'admission dans une grande salle haute, froide, rigide, nette, sèche et terrible dont les bancs de bois font cercle autour du brancard qui attend. A un guichet vitré, un employé demande nom, âge, couvre d'écritures pendant un quart d'heure une dizaine de feuillets de papier qui ont en tête une image religieuse* » [73].

Avant la division de Paris en circonscriptions, la moitié des lits vacants de chaque établissement est donnée aux malades de la consultation et l'autre moitié est réservée aux patients du Bureau central et aux cas urgents. Dans une circulaire datant de 1862, Husson, Directeur de l'A.P, spécifie qu'en cas d'urgence (il cite les accidents survenant au cours de travaux ou sur les chemins de fer), « *le Directeur de l'hôpital doit immédiatement faire prévenir le chef du service de santé ou en son absence l'interne de garde pour donner les premiers soins et si celui-ci déclare l'admission nécessaire, il faut dresser d'urgence des lits provisoires soit au moyen de lits de sangle, soit même en étendant des matelas sur le parquet (...). Les blessés ainsi placés doivent être transférés dans un lit définitif en profitant des dernières vacances qui surviennent dans l'hôpital et les lits provisoires sont alors supprimés sans retard. Vous agirez de même à l'égard des malades dont l'admission ne saurait être différée sans péril d'après la déclaration du médecin ou de l'élève de garde* ». Il ajoute que ces divers cas d'urgence, « *nécessairement accidentels, devront être peu nombreux* » [74].

L'idée de créer un service d'urgence apparaît. On peut lire dans « Paris à l'hôpital », de Louis Gallet, Directeur de Lariboisière en 1858 et également auteur du « service du prompt secours », que la solution pour limiter le nombre d'admissions à l'hôpital est le traitement des malades à domicile ou en polyclinique, mais que « *les cas d'urgence n'ont rien à voir dans cette affaire. C'est un service spécial à organiser* » [69].

17.3.3.Exemple de l'Hôpital Lariboisière

Les Parisiens se rendent de plus en plus à l'hôpital, la presse entretient cette tendance. « *C'est à l'hôpital qu'on trouve le secours le plus prompt, le plus sûr, dans le milieu le plus favorable avec l'assurance des ressources les plus complètes et des soins les plus minutieux* ».

L'hôpital Lariboisière étant installé au milieu de nombreuses activités artisanales et industrielles dangereuses, plaies, fractures et traumatismes divers représentent un recrutement privilégié. La

chute de toiture, les accidents de la voie publique et du chemin de fer sur les lignes du Nord et de l'Est, amènent régulièrement leur lot de blessés en urgence. Autour de 1870, il y a plus de quatre cents hospitalisés par an pour accident [73].

Lariboisière assiste 11290 patients en 1886, puis 16003 en 1891, chiffre jamais atteint depuis son ouverture, ni lors des épidémies (choléra, typhoïde en 1882), ni lors du siège de 1870-1871. Les médecins donnent 27280 consultations gratuites en 1859, 29656 en 1860, et plus de 36000 en 1888 [55,69].

17.3.4. Souvenirs d'un « patron » hospitalier

17.3.4.1. Critiques

C'est lors de l'ouverture de son cours de médecine opératoire à la Faculté de Paris, en 1894, que le Professeur Terrier formulent 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 » [75]. Lors d'une leçon clinique professée en 1903 à la Pitié, il ajoute que, lors de son internat (1862-1865), «le nombre des opérations d'urgence était restreint, les précautions opératoires presque nulles, les résultats très mauvais ; personne n'était pressé d'intervenir et, sauf en cas d'accident menaçant directement et à bref délai l'existence des blessés, on appliquait surtout des palliatifs au lieu d'intervenir hâtivement » [76].

17.3.4.2.Solutions

La solution serait de créer à l'hôpital, un service destiné uniquement au traitement des blessés qui seraient déshabillés, lavés et désinfectés dans une grande salle chauffée l'hiver ; on y réduirait les fractures et luxations. En cas d'intervention urgente à pratiquer (laparotomie, trépanation, réduction de fractures graves), le blessé serait conduit dans la « *salle des opérations urgentes* », disponible jour et nuit. Le chirurgien, résidant à l'hôpital, serait aidé d'au moins trois élèves en médecine, affectés au « *service du Poste de Secours* ». Félix Terrier pense qu'ainsi, la prise en charge serait rapide et efficace grâce à un personnel compétent : « *Grâce à l'arrivée presque immédiate d'un chirurgien auprès du blessé, celui-ci ne recevra pas les soins -dévoués peut-être-*

mais absurdes, qui consistent par exemple à le couvrir de cataplasmes, d'arnica ou de perchlorure de fer, s'il saigne un peu, et souvent par un pansement mal fait à contaminer une plaie, qui aurait pu rester aseptique. Les fractures seront immobilisées ; les luxations simples pourront parfois être réduites de suite ; en un mot, on évitera bien des souffrances au blessé. Grâce au poste de secours, le chirurgien pourra parer de suite aux accidents menaçants directement l'existence du blessé. De plus, il mettra, le plus tôt possible, dans les meilleures conditions d'asepsie pour guérir avec rapidité et sans complication ». Il conclue : « Cette chirurgie des blessés civils, cette chirurgie d'urgence, touche de près une autre chirurgie, celle de la guerre » [77].

18. LES SECOURS A DOMICILE

18.1. Bureau de secours

Davenne, directeur de l'A.P jusqu'en 1853, encourage le traitement des malades à domicile qui « a pour but de favoriser le développement de l'esprit de famille. Il doit substituer à l'assistance étrangère de l'hôpital, les soins affectueux et empressés des parents. Il doit en outre restreindre le nombre des admissions dans nos établissements » [2].

Avec le triple système d'admission, des individus qui pourraient être traités à domicile, réussissent toujours à entrer à l'hôpital pour quelques jours. Cela va bientôt changer.

Les bureaux de Bienfaisance (un par arrondissement) et certains médecins de quartier se chargent de délivrer les soins à domicile bien que rien ne soit organisé, particulièrement la nuit et le dimanche. A partir de 1850, le recours aux secours à domicile s'accroît, 30 000 patients sont soignés chez eux entre 1854 et 1863, soit un tiers des malades hospitalisés. Le nombre d'accouchements à domicile s'intensifie. Les ouvriers, et non plus les indigents, représentent le plus gros de la clientèle des bureaux de secours. C'est un succès ! [68]

Les médecins et pharmaciens sont concentrés dans les quartiers aisés ; sur 1231 médecins recensés à Paris en 1851, 720 exercent dans les premier, deuxième et dixième arrondissements (anciens) où vit une riche clientèle.

Le faubourg Saint-Antoine (huitième arrondissement ancien) ne compte que 46 médecins dont 31 dans le Marais. Ils vivent plutôt mal et perçoivent 1000 à 1500 francs par mois [78].

Peu avant les événements de 1870, un projet de service médical de nuit est soumis aux médecins du bureau de Bienfaisance par leur secrétaire général, le Docteur Passant ; L'idée étant d'afficher dans les postes de police une liste de médecins, prêts à donner les premiers soins à domicile contre rémunération et protection policière. La guerre clôt le débat [24].

18.2. Le service médical de nuit

« Dans toutes les grandes villes, beaucoup de gens tombent malades soudainement, pendant la nuit ; les enfants sont pris tout à coup par le croup, l'asthme, les coliques, les névralgies et d'autres douleurs ; les femmes ont des douleurs d'enfantement prématurées et souffrent d'attaques de nerfs ou d'hémorragies ; les hommes peuvent avoir des attaques d'apoplexie et tous, hommes, femmes ou enfants sont sujets à beaucoup de maladies et à des accidents par le feu, le poison, qui peuvent nécessiter le service médical pendant la nuit » écrit un médecin londonien au Docteur Passant, dont le projet est un réel succès, comme nous l'allons voir.

18.2.1. Son fondateur : Le Docteur Passant.

Le service médical de nuit est fondé en 1876, non sans mal, après dix années d'effort, par le Docteur Passant.

Voici la lettre qu'il a adressée en décembre 1874 au Directeur de l'Assistance Publique, De Nerveux, dans l'espoir d'obtenir de l'aide :

« J'ai eu tout récemment l'honneur de vous exposer les bases sur lesquelles on pourrait établir un service médical de nuit. Depuis longtemps, le public, la presse et le corps médical en signalent l'urgence et demandent que l'autorité vienne en aide à ceux qui ne peuvent la nuit se procurer les secours d'un médecin. Il n'y a pas de semaine, en effet, que l'on parle de médecins qui ont refusé de se déranger la nuit pour des patients qu'ils ne connaissaient pas. Cette question revient presque périodiquement, tant elle semble s'imposer ; Je l'ai traitée en 1869 près de M.Husson, en 1872, près de M.Blondel ; et c'est parce qu'elle avait fait le sujet de plusieurs articles publiés les années précédentes et cet été encore dans la Gazette hebdomadaire de médecine principalement, que je me suis enhardi à vous en entretenir. Je n'ai pas eu de peine à vous démontrer combien mon projet était simple et économique. Comme vos honorables prédécesseurs, vous avez compris la nécessité d'un pareil service dans une ville comme Paris et je serais heureux de savoir si vous voulez bien le prendre sous votre patronage si autorisé. Agréez etc. »

18.2.2.Aboutissement du projet

Le Directeur de l'Assistance Publique considère que ce projet dépend de la Préfecture et c'est Léon Renault, Préfet de police, qui publie en 1875 un rapport concernant les secours publics ; il demande au Conseil un crédit de « dix mille francs destinés à assurer les secours médicaux aux personnes atteintes pendant la nuit d'accidents subits. Les cas dans lesquels l'absence de ces secours a été funeste aux malades sont heureusement rares ; pourtant, il se produit, de temps à autre, des faits douloureux, dont le récit présenté par la presse sous une forme plus ou moins exacte, frappe les imaginations et sert de texte aux récriminations les plus passionnées du corps médical (...). Les forces des médecins sont des forces humaines qui ont leurs limites. Leur profession qui s'exerce au milieu de mille causes d'émotions et de dangers personnels, dans le trouble de toutes les lois de l'hygiène, leur fait du repos, à certaines heures, une nécessité impérieuse. Dans un autre ordre d'idées, il est certain que les appréhensions exagérées des familles, les inquiétudes folles des malades eux-mêmes les exposent souvent à des déplacements de nuit sans motif sérieux. Enfin, on ne peut leur dénier le droit de se laisser gouverner par certaines règles de prudence, car plus d'un, dont on était venu solliciter le dévouement en faveur d'un malade, a été conduit dans un guet-apens. Je ne parle que pour mémoire de l'ingratitude des clients qui, une fois le service rendu, refusent au médecin la rémunération la plus légitime ». D'où l'intérêt d'une intervention administrative pour accéder à la demande des patients et assurer la sécurité des médecins [79].

Le Conseil municipal est favorable à ce projet.

18.2.3.Organisation du service de nuit

Le service médical de nuit est institué le premier janvier 1876, avec le concours de cinq cent cinquante-quatre médecins, selon les propositions du Docteur Passant.

« Dans chaque quartier, les médecins seront invités à déclarer s'ils entendent se rendre aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit.

Les noms et les domiciles de ceux qui auront fait cette déclaration seront inscrits sur un tableau affiché dans le poste de police du quartier.

La personne qui aura à requérir un médecin, se rendra au poste de police de son quartier et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins.

Un gardien de la paix détaché du poste accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci chez le malade, et, la visite faite, le reconduira chez lui.

En le quittant, il lui remettra un bon d'honoraires de dix francs qui sera payé à présentation à la caisse de la Préfecture de police.

Suivant la situation de fortune du malade, qui fera en temps convenable l'objet d'une enquête sommaire, l'administration lui réclamera le remboursement des honoraires alloués ou les prendra définitivement à sa charge ». Un arrêté préfectoral stipule que le service « commencera à dix heures du soir pour finir à sept heures du matin depuis le premier octobre jusqu'au trente et un mars ; et à onze heures du soir jusqu'à quatre heures du matin depuis le premier avril jusqu'au trente septembre. Les médecins et les sages-femmes qui désirent faire partie de ce service (c'est à dire se rendre aux réquisitions qui leur seront faites pendant la nuit) demanderont leur inscription au Préfet de Police. Le paiement des honoraires est assuré par la remise par le gardien de la paix au médecin d'un bon d'honoraires de dix francs. Lorsqu'il y a une opération ou un accouchement, un bon de vingt francs » [24].

18.2.4.Statistiques entre 1876 et 1890

Passant a étudié les diverses maladies rencontrées lors des visites de nuit, ce sont :

- Maladies de la gorge, des yeux et des oreilles, croup, coqueluche ...
- Maladies dans laquelle le symptôme principal est « *la crainte de suffoquer* » (bronchite, angine, maladies du coeur, l'inflammation, la congestion du poumon et l'asthme (par ordre de fréquence).
- Maladies avec prédominance de symptômes abdominaux comme les affections gastro-intestinales, la cholérine, les coliques hépatiques, néphrétiques et saturnines, la dysenterie ...
- Toutes les espèces « d'hémorrhagies », de fièvre et de rhumatismes.
- Affections nerveuses, convulsions, névralgies et névroses.
- Congestion cérébrale, apoplexie...
- Avortements, accouchements prématurés et ordinaires.
- Accidents traumatiques, blessures, contusions, fractures, luxations et suicides.
- Mort soudaine et accidentelle.

La progression du service est étonnante bien que compréhensible. Le nombre de visites de nuit s'élève à 3616 en 1876, 6522 en 1881 et 9094 en 1890 [24].

18.2.5. Réglementation préfectorale

Un arrêté préfectoral régleme le service médical de nuit le 5 février 1897 : le public s'adresse au poste de Police pour demander l'assistance d'un médecin inscrit bénévolement sur une liste de garde ; celui-ci est accompagné par un gardien de la Paix jusqu'à son retour à domicile [80,108].

19. SECOURS SUR LA VOIE PUBLIQUE

19.1. Initiative de la Préfecture de police

La Préfecture de police décide en mai 1852 que soit présent dans les théâtres un médecin tous les soirs et les jours de répétition générale. Celui-ci reçoit dans un local comprenant un lit, des chaises et une armoire dans laquelle se trouvent les «objets de pansements » : sparadraps (tissu enduit sur l'une de ses faces d'une composition médicamenteuse et adhésive), amadou, charpie, compresses, bandes, aiguilles de suture, attelles, coussins de balle d'avoine, draps fanons et les médicaments (eau distillée de menthe, eau de Cologne, eau de vie camphrée, acétate d'ammoniaque, éther sulfurique, paquet d'émétique, farine de moutarde, sucre).

En 1859, des postes de secours, établis dans des baraques ou sous des tentes, sont installés lors des grands rassemblements (fêtes nationales, carrousels, feux d'artifice, revues militaires...). A l'occasion du 14 juillet 1878 ou lors des funérailles de Victor Hugo en 1885, une vingtaine de postes sont établis dans la Capitale [75].

En 1870, le Conseil de Salubrité publique promulgue des « avis et instructions à suivre en cas d'accident de la voie publique » [61].

En 1892, des postes de secours sont installés au bois de Boulogne (seize postes en 1896) et une maison de secours, dans laquelle réside un médecin, est construite aux abattoirs de la Villette en 1893.

En 1895, trois cent cinquante trois personnes sont secourues au bois de Boulogne suite à des accidents « de patinage, bicyclisme, voiture et cheval ». Quatre vingt huit présentent une « plaie de la tête » ; cent trente et une, une plaie du tronc et des membres ; cinquante-neuf, une contusion ; trente-deux, une syncope. On dénombre dix-huit fractures, six luxations, dix-huit entorses, neuf suicides, cinq épilepsies et accidents nerveux, seize accidents cérébraux, cinq morsures de chien et

deux inanitions. Aux abattoirs, 568 blessés sont pris en charge en 1895, 823 en 1898, dont 483 ouvriers de patrons assurés et 340 passants ou employés de patrons non assurés [64,75].

19.2. Les Sapeurs Pompiers

Le bataillon de Sapeurs Pompiers, créé en 1810, devient régiment en 1866. Leur mission demeure la lutte contre le feu et le secours aux victimes des incendies. Ils assurent le service de centres de secours depuis la loi du 5 avril 1884. Les premiers avertisseurs publics sont mis à la disposition du public en 1886 [60,80].

19.3. Cri d'alarme du Docteur Rigaud

19.3.1. Critiques de l'efficacité des secours

Pour la première fois en 1860, s'élève la voix d'un médecin, le Docteur Rigaud, en faveur de l'amélioration des secours publics. Il envoie au préfet un rapport précisant qu'il serait important pour la sécurité de tous d'organiser des postes de secours, ouverts à tous, dans les quartiers peuplés éloignés des hôpitaux où les accidents sont quotidiens. Auguste Voisin, Directeur des secours publics, rédige, à son tour, de nombreux rapports entre 1864 et 1881. Il réclame l'ouverture de cabinets médicaux dans les mairies, à côté des postes de police. Un médecin assurerait une permanence dans chaque poste central. Jusqu'ici, une liste de médecins, jamais remise à jour, est affichée dans chaque poste de garde ; Dans la plupart des cas, le médecin convoité est soit absent de son domicile, soit refuse de se déplacer gratuitement. Ils n'obtiennent pas de réponse de l'administration.

En 1879, Voisin propose l'utilisation de bureaux omnibus, placés sur la voie publique dans les quartiers dangereux de Paris et surveillés par des gardiens de la paix, formés à procurer les premiers soins. La réponse du Conseil est négative : il n'est pas concevable de confier des patients à des gardiens de la paix [24].

19.3.2. Réaction de la Préfecture de police

En 1877, le Préfet de police écrit ceci au Préfet de la Seine : « Depuis 1875, un certain nombre de pavillons de secours, munis d'appareils permettant de donner presque instantanément aux noyés et aux asphyxiés tous les soins que leur état comporte, ont été établis sur le bord de la Seine ou des canaux. J'ai pensé, Monsieur et cher collègue, qu'il serait utile de faire sur la voie publique pour les blessés et les malades ce qui a été fait pour les noyés. Jusqu'à présent, lorsqu'un accident se produit sur la voie publique, les malades ou blessés sont transportés, soit dans une pharmacie, soit au poste de police. Le transport dans les pharmacies a donné lieu à des réclamations, du reste fondées, de la part de certains pharmaciens. La plupart des officines sont en effet très petites, et les malades ne sauraient trouver place ni sur un lit, ni même sur un matelas. En outre, en cas de maladie ou de blessures graves, les pharmaciens ne sauraient évidemment donner tous les soins nécessaires, et souvent il n'est pas facile de rencontrer un médecin qui puisse venir sans retard auprès du malade ordonner les médicaments ou pratiquer des opérations. Le transport au poste de police du quartier où se trouvent déposés par mon administration une boîte de secours et un brancard offrent aussi des inconvénients. Ces postes sont généralement peu aérés et le défaut d'emplacement s'oppose à ce que les soins soient donnés dans une pièce isolée du public ; cet inconvénient est surtout sensible, lorsqu'il s'agit spécialement des femmes en couche.

Dans l'impossibilité de conserver les malades, pendant plusieurs heures, dans les postes de police, on les transporte au plus tôt à l'hôpital ou à leur domicile, les exposant ainsi, sans avoir reçu toujours les premiers pansements, à des refroidissements, ainsi qu'aux cahots inhérents au transport par brancards ou voitures. Si, au contraire, ces malades sont placés dans un lieu convenable, bien aéré, bien installé, la guérison d'un plus grand nombre de ces derniers pourrait être plus facilement obtenue. Je crois, Monsieur et cher collègue, qu'il serait utile d'établir sur certains points de la capitale des pavillons de secours qui, comme ceux destinés aux noyés et aux asphyxiés, pourraient recevoir dans de bonnes conditions, les malades et les blessés qui y seraient amenés. On y installerait un lit de repos, des appareils d'éclairage et de chauffage et tout le matériel de secours nécessaire (appareils à fractures et autres...) ; une communication téléphonique ou télégraphique relierait chaque pavillon avec le poste de police le plus rapproché, pour la réquisition immédiate d'un médecin. La création de ces postes spéciaux serait certainement bien accueillie par la population parisienne. Je vous serais très obligé, Monsieur et cher collègue, de me faire connaître si vous verriez quelque inconvénient à ce que le premier de ces pavillons fût installé sur la place de la République.

Les dimensions de la place semblent permettre cette construction ; D'autre part, la grande circulation des piétons et des voitures alentour justifie pleinement ce choix. Le pavillon dont il

s'agit aurait une disposition analogue à celle des chalets de la Compagnie générale des Omnibus ».

Eh bien l'administration va rester muette et les réformes se faire attendre ! Le crédit n'est pas voté.

19.4. Naissance du service des ambulances de la ville de Paris

L'utilisation du télégraphe à partir de 1852, puis du téléphone en 1871, va bouleverser la procédure des secours lors desquels chaque instant est compté. Les initiatives puis la persévérance d'hommes tel que Henri Natchel permettront aux Parisiens de recevoir des secours médicaux dignes de ce nom.

19.4.1. Le Brancard

Avant la création des ambulances, en 1882, le meilleur mode de transport connu des malades et des blessés de la voie publique ou de leur domicile à l'hôpital, est le brancard. Les brancards, couverts, sont disposés dans les postes de police, les bureaux de bienfaisance et certains kiosques-ambulances privés. Le procédé est assez lent, surtout lorsque les porteurs s'arrêtent chez les marchands de vin pour se donner des forces ou jouer aux cartes en laissant le malheureux malade sur le trottoir. Des fiacres sont parfois réquisitionnés par la police et les contagieux sont transportés dans des voitures particulières ou publiques.

Bientôt, on n'assistera plus à « *ces promenades lamentables de brancards à travers les rues de Paris* » [7,34,81].

19.4.2. Epidémie de variole de 1882

La préfecture de police fait aménager trois voitures spéciales destinées au transport des varioleux. Elles sont pourvues d'un interne et d'un brancardier et remises à l'Hôtel-Dieu. Bientôt, leur usage s'étend au transfert de tous les malades contagieux. Paris se contentera de ces trois véhicules pendant encore cinq ans [34].

19.4.3. Remarquable initiative du Docteur Henri Natchel

En 1880, le Docteur Natchel, de retour des Etats-Unis, fait part à l'Académie de Médecine de l'organisation du service des ambulances urbaines qui existe à New-York depuis 1860. Chaque hôpital dispose d'ambulances accompagnées de médecins, prêtes à se rendre, suite à un « appel télégraphique », sur les lieux d'un accident pour procurer les soins urgents et transporter le patient à l'hôpital. Il publie, en 1881, un ouvrage consacré à « *l'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogue à celles des grandes villes d'Amérique* » et aux « *premiers secours aux malades et blessés tombés sur la voie publique, dans les ateliers, usines, etc.* » afin de démontrer l'efficacité du système et d'obtenir la création d'un service semblable à Paris. Il obtient une lettre-préface de Victor Hugo : « *New-York a commencé, Paris continuera... Ce que vous conseillez, Monsieur, est conseillé par la raison et par l'évidence. Le succès confirmera vos affirmations ; il est clair, il est net, il est humain. Je vous approuve et je vous félicite* » [34].

19.4.4. Concurrence Police - Assistance Publique

L'opuscule de Natchel est examiné avec intérêt par l'Académie de Médecine, la Préfecture et le conseil municipal. Malheureusement, chacun a son idée quant à l'organisation du service, ce qui retardera encore sa mise en place de plusieurs années. En effet, le Conseil d'Hygiène et de Salubrité souhaite établir un service de secours dépendant des postes de Police alors que le Conseil municipal envisage un service centré sur les hôpitaux. Dans le premier cas, l'alerte est donnée par avertisseur télégraphique et les ambulances et salles de soins sont établies dans les postes de Police ; dans le second cas, des stations d'ambulances situées dans certains hôpitaux sont dotées d'avertisseurs télégraphiques et les départs sont organisés en fonction de la circonscription hospitalière du patient. Les sapeurs-pompiers ne font pas partie du projet [34,61,82].

19.4.5. L'Oeuvre des ambulances urbaines

Natchel fonde en 1887 l'oeuvre privée des ambulances urbaines avec internes à bord ; deux ambulances sont en service, à l'hôpital Saint-Louis, jour et nuit. Un système d'avertisseurs télégraphiques relié à la station est installé dans les premier, deuxième, troisième, neuvième, dixième, onzième, et vingtième arrondissements, où la circulation est dense. Les ambulances urbaines sont destinées à porter secours, dans le plus bref délai possible, « *à toutes les victimes*

d'accidents, de maladies subites, de tentatives de meurtres ou de suicides, survenant sur la voie publique, dans les lieux publics, dans les ateliers, théâtres, manufactures, usines et arsenaux », selon un rapport officiel du 23 février 1889 [81].

L'interne-ambulancier, ayant à son actif seize inscriptions et au moins un an en service de chirurgie, dispose d'une trousse « d'urgence », d'une boîte à pansements et de « gouttières ». Lors d'un départ, donné par le gardien-téléphoniste, l'interne est rapidement conduit au domicile du malade ou sur les lieux de l'accident, il administre les premiers secours, installe le patient sur le brancard dans l'ambulance, le mène à l'hôpital le plus proche et le confie à l'infirmier de garde en détaillant sa prise en charge. Il prévient alors la station qu'il est disponible, remet de l'ordre dans la voiture et remplace le matériel utilisé [82].

Les ambulances sont remarquables de part leur vélocité et leur allure, « *le public est frappé du passage de cette voiture pavoisée d'un drapeau à la croix rouge éclairée de fortes lanternes, bien attelée, bien conduite, au bruit incessant d'un timbre à pédale qui lui fait faire place dans les rues, comme la corne des pompiers roulant vers la corne d'un incendie* » [81]. En Amérique, tous les tramways, toutes les voitures doivent s'arrêter ou se déranger pour laisser passer la voiture ambulance, seules les voitures des services des incendies peuvent les arrêter [75].

19.4.6. Les ambulances municipales

La Préfecture de la Seine crée en 1889 deux stations d'ambulances municipales, rue de Chaligny, en face de l'hôpital Saint-Antoine et rue de Staël. Ces ambulances, dotées d'une infirmière, diffèrent des ambulances urbaines par le type de malade transporté et par le degré d'urgence rencontré. Elles sont en principe réservées au transport des contagieux et des femmes en couches alors que les ambulances urbaines prennent le départ pour les cas « pressés » et les accidentés. Les voitures sont tirées par un cheval et conduites par un cocher. Elles contiennent un brancard roulant sur les rails fixés au plancher, deux strapontins, une trousse et quelques ballons de caoutchouc gonflés à l'oxygène.

La Police fait savoir à la population que, de jour comme de nuit, en cas d'affection contagieuse ou épidémique, elle met à sa disposition des voitures pour le transport des malades. Pour cela, il suffit d'indiquer le nom et la demeure du patient et de remettre à un poste de Police un certificat, rédigé par le médecin traitant, constatant la nature de la maladie afin que l'on sache s'il y a lieu à l'admission immédiate ou si le patient doit être examiné au Bureau Central. Au premier avertissement parvenu au chef de la station, verbalement, par télégraphe ou téléphone, une voiture

est envoyée, avec une infirmière des hôpitaux, au domicile du malade ; la famille aide à faire monter le malade dans la voiture. Un proche ou un ami peut prendre place sur le siège près du cocher. Après chaque transport, la voiture est désinfectée avec le plus grand soin [24,34,82].

19.4.7.Contenu des troussees de secours

- Plusieurs flacons de solutions diverses : acide phrénique, acide borique, acide picrique, ammoniaque liquide, chloroforme anesthésique, alcool camphré, éther sulfurique...
- Des fils de catgut et des crins de Florence, baignant dans un liquide antiseptique
- Des flacons de poudre (iodoforme, salol, ipéca, tannin, bicarbonate de soude, magnésie)
- Plusieurs rouleaux de bandes : gaze apprêtée, antiseptique
- Plusieurs paquets de ouate hydrophile et ordinaire
- Sept gouttières (bras, cuisses, jambes, bassin)
- Une trousse spéciale contenant une paire de ciseaux droits, une paire de ciseaux courbes, une pince à langue, une pince à clamp, une demi-douzaine de pinces à forcipressure, une petite lampe à alcool portative, un rasoir, une pince à dissection
- Une aiguille de Reverdin enfermée dans une boîte en bois
- Une bande d'Esmarch (pour l'hémostase des plaies vasculaires)
- Un spéculum bivalve
- Un tube de Faucher
- Une petite seringue de Pravaz [82].

19.5. Résultats

19.5.1.Accidents enregistrés à Paris

En 1882, la Préfecture de Police enregistre 2928 accidents dont 1546 dus à des voitures, 112 à des machines, 383 à des chutes et 147 accidents de rivière [82].

En 1886, l'Annuaire municipal de la ville de Paris rapporte 630 décès secondaires à des accidents (qu'elle qu'en soit l'origine) ; 614 transports de malades et blessés sur brancard (pour 314 chutes ou fractures et 166 plaies ou contusions, probablement en rapport avec des accidents sur la voie publique) ; 936 personnes sont assistées dans les postes de Police et 200 dans les pavillons de

secours aux noyés. Enfin, 7553 patients réclament, de nuit, l'aide d'un médecin ou d'une sage-femme et le nombre d'accidents s'élève à quatorze pour cent [81].

La demande est considérable et l'objet de ce chapitre est de montrer comment le corps médical a pu y répondre.

En 1890, 681 blessés sont portés dans les postes de Police, de sapeurs-pompiers, de la garde républicaine, d'octroi, de cimetière pour y recevoir des soins.

Les motifs sont :

- 175 plaies de tête, 93 autres plaies.
- 22 fractures diverses
- 26 luxations diverses
- 42 contusions
- 166 indispositions
- 53 attaques d'épilepsie
- 1 pour brûlures
- 1 pour alcoolisme aigu
- 3 submersions
- 3 tentatives de suicide
- 6 accouchements
- 49 motifs inconnus

Les postes sollicités sont le Poste des Halles (43 fois), le Poste de la rue des Prouvaires (75 fois), de la rue de la Gaieté (21 fois), du passage Nicaut (18 fois), du marché aux bestiaux (30 fois) [24].

Le nombre de transports par ambulance est de 35440 en 1899, 43891 en 1914 et 60000 en 1940. En 1951, 97391 transports sont réalisés pour 8220 contagieux, 160 accidents ou blessures, 7183 accouchements, 80970 maladies diverses et 858 transports de vieillards ou incurables. Les appels proviennent du domicile (46978), des hôpitaux (45189), de gares (808), de refuges (22), de la voie publique (30), des postes de police (110), des asiles (1341) et des cliniques (2905). Les moyennes de temps écoulé entre la demande du transport et l'arrivée au domicile est de onze à vingt-trois minutes pour les transports urgents et de trente cinq minutes à une heure onze pour les transports ordinaires. Il faut compter une-demie heure pour atteindre l'hôpital dans le premier cas et une heure dans le second [83].

19.5.2.Exemple de l'hôpital Lariboisière

L'hôpital Lariboisière reçoit, en 1886, mille quatre cent vingt-quatre accidentés parmi lesquels :

146 malades sur la voie publique
 61 tentatives de suicide
 662 blessures sur la voie publique
 532 accidents dans les usines ou à domicile
 23 envoyés par les commissariats sans indication précise

Ils représentent quatorze pour cent des admissions [81].

19.5.3. Critiques du Professeur Terrier

En 1894, le Professeur Terrier formule des critiques sévères mais justifiées concernant l'organisation, des secours dans les grandes villes. Les blessés sont régulièrement emmenés chez le pharmacien, or, *« il est aménagé pour vendre des drogues et non pour soigner les gens »* ; *« La nuit surtout, les pharmacies étant closes, c'est au poste de Police que sont transportés les blessés ; voyons ce qu'ils trouvent en fait de secours, car sur la porte existe le plus souvent une plaque avec ces mots : Secours aux blessés. Chaque poste de Police est muni d'une boîte de secours, nouveau modèle, paraît-il ! On peut se demander ce qu'était l'ancien modèle ; en tout cas, c'est au-dessous de tout ce que vous pouvez imaginer. Sur un des flacons contenant de l'acide borique en solution, j'ai vu écrire « poison » ; les quelques autres flacons sont à l'avenant : il n'y a pas d'ouate hydrophile et l'un des gardiens de paix m'a dit naïvement que pour nettoyer le blessé on se servait d'une éponge du poste. Est-ce assez complet ? Sur ce mur, il y a une instruction de secours à donner aux blessés. Voici ce que j'y relève : en cas d'hémorragie, il faut arrêter le sang avec le doigt appliqué directement sur la partie qui saigne ; on y substitue de l'amadou (il y en a qui traîne dans la boîte aux pansements), de la charpie (il n'y en a pas heureusement) ou du linge (pas plus de linge), imbibée d'une solution étendue de perchlorure de fer. Notez que ce sont là les indications officielles de la Préfecture de police ! »*.

Suit une description des brancards, dont la saleté est repoussante et qu'il faut aller chercher au poste de police ou à la mairie, ce qui occasionne une perte de temps. Il encourage le développement d'un « service d'ambulances » [75].

20. SECOURS AUX NOYES

Nous savons qu'existent, depuis 1835, deux pavillons de secours sur les berges de la Seine. L'un, celui du pont des Arts rend service jusqu'en 1879, tandis que l'autre, celui de Grenelle ferme en 1859. Un gardien de la paix y est constamment de garde, il a lui-même reçu les instructions nécessaires pour prodiguer les soins aux submergés. Ces pavillons sont reliés, grâce au télégraphe, au poste de police le plus proche, un agent se charge alors de faire appeler un médecin. Le préfet Lepine crée 69 postes de vigie en 1895 où séjourne en permanence un gardien de la paix pour renseigner et secourir [80].

20.1. Description du pavillon de secours

Les pavillons sont munis, depuis 1888, d'appareils contenant du gaz oxygène pur. Une gaffe, une ligne et une bouée sont placés près du poste de sauvetage. Le bâtiment, chauffé, contient une table en bois, une armoire contenant le matériel de secours, un coussin plat pour la tête du noyé, un coussin rond destiné à être placé sous la poitrine du noyé, un caléfacteur en cuivre de la taille d'un homme relié à un réservoir d'eau (chauffé par quatre brûleurs à gaz ; on plaçait le submergé sur un matelas en varech, sous le caléfacteur), et l'appareil de Galibert. Cet appareil est une sorte de sac en toile goudronnée que l'on gonfle d'air et que le sauveteur place sur son dos au moyen de bretelles.

L'air du ballon passe dans la bouche du sauveteur et lui permet de respirer en présence de vapeurs méphitiques, une pince en bois serre ses narines, des lunettes protègent ses yeux.

20.2. Contenu des boîtes de secours

- Une paire de ciseaux
- Un peignoir de laine et un bonnet de laine
- Un levier en buis
- Un caléfacteur de un-demi à un litre
- Deux frottoirs en laine, deux brosses, une bassinoire à eau bouillante
- Le corps de la machine fumigatoire
- Une boîte contenant du tabac à fumer
- Le soufflet de la boîte fumigatoire
- Une seringue à lavement avec canule
- Des plumes pour chatouiller la gorge

- Une cuiller étamée, un gobelet d'étain, un biberon,
une bouteille d'eau de vie camphrée, un flacon contenant de l'eau de mélisse spiritueuse
- Un-demi litre d'alcool
- Une boîte renfermant des paquets d'émétique de 5 cg
- Un flacon à l'émeri contenant 500 g de chlorure de chaux en poudre
- Un flacon à l'émeri contenant 100 g d'éther sulfurique
- Un flacon contenant 100 g de vinaigre
- Un flacon contenant 100 g d'ammoniaque
- 100 g de sel gris
- Bandes à saigner, compresses, charpie, une plaque de taffetas d'Angleterre
- Un nouet de poivre et du camphre pour la conservation des objets en laine
- Une palette graduée, un briquet, un spéculum laryngien
- Un marteau de mayor (hachette en cuivre permettant de «réveiller la contractibilité du coeur », en plongeant le cuivre dans l'eau bouillante puis en l'appliquant sur les dernières côtes)
- Un thermomètre centigrade (recommandé par Desgranges depuis 1786) [23,24,28].

20.3. Résultats

Un rapport du Docteur Voisin fait état de mille vingt deux personnes secourues en 1890 dont trois cent trente dans les pavillons de secours (307 rappelés à la vie), six cent quarante et une dans les postes de police parisiens et cinquante et une dans les postes de secours de la banlieue. En 1844, soixante-quatre submergés avaient été secourus dont cinquante sauvés ; en 1895, quatre cent vingt neuf noyés sont pris en charge dans les pavillons de secours. Les postes seront améliorés en 1900 [23,24].

21. GUERRES ET EPIDEMIES

21.1. La Révolution de 1848

La Gazette médicale de Paris du 26 février 1848 publie les souvenirs d'un médecin qui a participé aux secours médicaux lors du soulèvement. « *Des ambulances sont régulièrement organisées : chacun veut en faire partie ; on se dispute, comme une faveur, le privilège de les suivre. L'administration concourt avec empressement à cette création improvisée : des infirmiers militaires sont mis à la disposition des chirurgiens, des brancards leur sont livrés, on leur confie des boîtes à amputation et tous les objets nécessaires pour les premiers pansements. La mairie d'un arrondissement est indiquée comme quartier-général de chaque ambulance. La première ambulance, sous les ordres du Docteur Marmy ; la seconde, sous ceux du Docteur Radat desservirent les onzième et douzième arrondissements. La quatrième, avec en tête, M. Cabasse (...), se porta sur la place de la Bastille, et là, bon nombre de blessés durent à ses mains habiles le premier soulagement à leurs douleurs. Nous étions à la tête de la troisième, composée de deux sous-aides et de dix élèves.(...) Arrivés au siège de la municipalité du dixième arrondissement, nous reçûmes avis qu'il n'existait aucun blessés dans le quartier.(...) On se battait dans les environs du Carrousel, c'était là notre place. En passant le long de la grille des Tuileries, nous ne fûmes d'abord pas reconnus : quelques balles sifflaient sur nos têtes et tombaient près de nous. (...) Il fallait songer à choisir un lieu propre à établir notre ambulance. Nous n'entendions plus que quelques balles égarées ; et notre installation se fit assez paisiblement dans la cour d'une maison située presque sous le corridor provisoire en bois qui flanque la grande galerie de tableaux. (...) Il était urgent d'arborer un signal qui nous fit connaître au loin et commandât le respect pour l'asile de la souffrance. (...) Un tablier de soie noire qu'une femme nous offrit, fut immédiatement fixé à une longue perche et flotta bientôt à notre porte.*

Pendant ce temps, un peintre s'improvisait : grimpé sur une échelle et muni d'un morceau de carbone en guise de pinceau, il écrivit en grosses lettres "Ambulance". Un piqueur de château venait de recevoir, non loin de nous, plusieurs coups de fusil qui le précipitèrent à bas de cheval. Je détachais immédiatement un brancard pour l'enlever, et je le reçû bientôt à l'ambulance ; nos soins furent inutiles, une balle lui avait traversé la carotide ; il expira en entrant. (...) La mairie du dixième nous reçut de nouveau ; là, nous nous divisâmes en trois sections. (...) Deux sections secoururent vingt ou trente blessés qui furent, pour la plupart, transportés à l'hôpital de la Charité. Au Palais-Royal, la galerie d'Orléans avait été transformée en une vaste ambulance, où l'on put longtemps compter trente à quarante blessés, ceux qu'on apportait incessamment des rues où avait eu lieu le combat, remplaçant de suite ceux qu'on enlevait en brancard pour les diriger sur les hôpitaux. (...)

Les somptueux canapés des salons royaux servaient de lits au blessés et les riches coussins de damas recevaient la tête de l'enfant du peuple. Des médecins civils, des chirurgiens de la garde

nationale et surtout du Val-de-Grâce étaient là, courant d'un blessé à l'autre, mais ayant des soins pareils pour tous. Plusieurs d'entre nous passèrent tout le jour et la nuit entière à l'ambulance de la galerie d'Orléans » [84].

21.2. Henri Dunant

En 1859, une bataille sanglante qui oppose la France à l'Autriche, se livre à Solférino. 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 Solférino » qui choque et ébranle l'opinion et les pouvoirs publics et aboutit en 1864 à la signature par douze Etats 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 conflits de 1870 puis de 1914-18 [59,61,85].

21.3. Le siège de Paris (Septembre 1870-janvier 1871).

Paris supporte un siège terrible : bombardements, disette (on mange des rats, des chiens et les éléphants du Jardin des Plantes), scorbut, auxquels s'ajoute un hiver très rigoureux. Alors que les externes et internes sont enrôlés, que les batailles se livrent dans le froid et la neige, que la variole et la famine sévissent, déjà affluent les blessés aux portes des hôpitaux parisiens. Les fléaux épidémiques, principalement la variole, causent 64 000 victimes en cinq mois ; les hôpitaux de l'A.P totalisent 20 443 décès en 1870 et 22 119 en 1871. Des baraquements se dressent aux Champs-Élysées, au Luxembourg, dans les jardins des hôpitaux (Cochin, Saint-Louis), les initiatives privées se multiplient pour faire face à ce nombre croissant de malades. Laborderie se base sur les circulaires de l'A.P et raconte que « *le bombardement commença le 27 décembre et dura jusqu'à l'Armistice le 28 janvier. La Salpêtrière reçut trente et un obus. Trois cent quatre-vingt-seize victimes parisiennes furent tuées sur le coup (...). L'essentiel, c'est de faire face aux*

arrivages de grands blessés les soirs de puissantes sorties. Au début, on faisait descendre des ambulances ou des cacolets toutes ces pauvres chairs meurtries pour l'examen des internes. Puis, l'Assistance prie ces internes de les examiner dans les voitures. Et, une fois réalisée l'admission en chirurgie, que de douleurs encore en perspective de ces opérations sans anesthésie, en un cadre où l'asepsie insoupçonnée crée pour l'infection des conditions si aisées. A chaque hôpital sera annexée une ambulance de rempart... » [67,86,107].

Des tentes d'ambulances sont établies à Saint-Antoine afin d'améliorer la capacité d'accueil. Huit baraques en bois sont construites rue Chaligny et sur « la Savane », terrains vagues qui jouxtent l'hôpital, elles peuvent abriter quelques cent cinquante malades, tant civils que militaires. Ces annexes « provisoires » sont maintenues puis restaurées en 1874, lors d'une nouvelle épidémie de choléra [36,54].

En mai 1871, on ne sait plus où loger les victimes à Lariboisière ; deux chirurgiens, neuf internes, neuf externes, sept internes en pharmacie procurent les secours en permanence. Ils reçoivent deux cent quatre-vingt-seize tués et blessés dont le général de la Commune Dombowski, qui expire le vingt-trois mai après deux heures de soins [55].

Les blessures par éclat d'obus et par balles dues à l'artillerie à tir rapide et aux mitrailleuses allemandes, n'ont jamais, lors des précédents conflits, atteint de telles proportions ; la mortalité post-opératoire est effrayante dans certaines ambulances ou hôpitaux de Paris. Alphonse Guérin, grâce au pansement ouaté ou encore, à titre d'exemple, Boinet, grâce à la solution iodo-tannique obtiennent des résultats honorables. Des transfusions sont réalisées durant ce conflit. Les premières évacuations sanitaires par ballon ont lieu lors du siège et les Allemands utilisent, pour leurs blessés, de nombreux trains, véritables hôpitaux roulants [59,85].

Dans les infirmeries improvisées, on cautérise encore les plaies au fer rouge au milieu des hurlements. Zola décrit mieux que personne l'enfer des ambulances de 1870 : *« 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. (...) Le major s'était contenté de demander une nouvelle table, avec un matelas et une toile cirée, sous le hangar où l'on opérait. Vivement, un aide tamponnait une serviette imbibée de chloroforme sous le nez des patients. Les minces couteaux d'acier luisaient, les scies avaient à peine un petit bruit de râpe, le sang coulait par jets brusques, arrêtés tout de suite » [87]. « Comme toujours, le corps médical se signala par un zèle infatigable et un généreux dévouement » [55].*

21.4. Epidémies

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* » [2].

21.4.1. Epidémie de grippe en 1889

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 grippe [88].

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

Bientôt, l'inquiétude se lit sur les visages, on dresse des tentes à Beaujon pour accueillir les malades.

Cinq mille parisiens vont mourir. Des baraquements provisoires en planches, construits à la hâte, permettent au fil du XIX^e siècle, de parer au plus pressé et d'admettre la population parisienne en urgence [45,89].

21.4.2. La Tuberculose

Hémoptysies, phtisies galopantes, pleurésies, abcès, coxalgies, hématuries, péritonites, méningites mortelles...

Si l'homme a toujours souffert de la tuberculose, le XIX^e siècle voit aboutir les travaux de Laennec, Villemin puis Koch. Le traitement est longtemps limité, selon les règles formulées par Hippocrate, à « *se bien nourrir, peu d'exercices, s'abstenir du commerce des femmes* », « *après*

avoir recouvré la santé, on continuera de se garantir du froid, du chaud aussi, et du soleil. Promenades modérées après le repas, sans fatiguer le corps ».

Les sanatoria ouvrent leurs portes et les médecins pratiquent des pneumothorax artificiels bien avant que ne soient découverts la chimiothérapie et la vaccination [88].

Comme le choléra, la tuberculose est discriminante socialement. La mortalité se monte dans les quartiers défavorisés à quarante pour dix mille contre onze pour dix mille sur les Champs-Élysées [63].

Grâce aux procédés d'hygiène générale et à l'amélioration de l'habitat, l'endémie tuberculeuse commence à décliner vers 1880.

Armaingaud fonde en 1892 la Ligue centrale française contre la tuberculose.

V. LE VINGTIEME SIECLE

22. RAPPELS HISTORIQUES

La dégradation progressive des relations franco-allemandes aboutit au conflit 1914-1918.

On déplore dans chaque pays, deux à trois millions de blessés dont un quart d'invalides. La vie des Français change alors radicalement, l'industrie se développe, les femmes s'émancipent, les congés payés apparaissent... La seconde guerre mondiale, aboutissement ultime des agressions nazies, éclate en septembre 1939. La France est occupée de 1940 à 1944, temps du rationnement, du marché noir et de la Résistance. Paris se soulève le 19 août 1944 et acclame De Gaulle le 26. L'année 1941 assiste à l'ouverture de l'hôpital à toutes les classes de la population et à sa mutation en un réel centre de soins. Après 1945, le niveau de vie des Français s'élève sans cesse ; la prévention, plus que la thérapeutique, entraîne une régression de la tuberculose (avant la diffusion du BCG) et de la varicelle [44].

Cependant, à l'aube du III^e millénaire, la France reste toujours marquée par des difficultés économiques et sociales, alors que l'évolution hospitalière et médicale est spectaculaire ! [37,89]

23. EVOLUTION SOCIALE

23.1. Législation

L'hôpital reçoit tout malade indigent quel que soit son domicile depuis 1851 et la loi de 1893 leur accorde l'assistance médicale gratuite. Depuis 1905, les hôpitaux recueillent tous les vieillards, infirmes et incurables ; ceci s'étend aux femmes en couches et aux familles nombreuses en 1913. Après les lois sur les accidents du travail en 1898, viennent celles sur les Assurances Sociales en 1928, qui englobent aujourd'hui tous les salariés et leur famille. La solidarité est née. Le régime de sécurité sociale, apparu en 1947, développe les mesures de prévention et de dépistage, contrôle la répartition des prestations diverses et favorise l'aménagement des hôpitaux [44,66].

23.2. Vers une autre mentalité : apparition de l'exclusion sociale

Les trente glorieuses années (1945-1975) grâce à une croissance économique exceptionnelle voient l'organisation de la sécurité sociale et le développement de nouvelles techniques de soins (antibiothérapie, vaccination, greffe, imagerie, endoscopie...) si bien que la maladie semble reculer et que l'espérance de vie s'élève. Tout s'inverse lors de la crise économique de 1975, la population vieillit, la pauvreté réapparaît, les jeunes se marginalisent, la violence devient un problème de

société, de nouvelles épidémies font rage (tabagisme, alcoolisme, suicides, accidents de la route, drogues) et les exigences des malades s'accroissent. « *L'hôpital retrouve là son rôle social ancestral : offrir un recours aux pauvres et aux isolés* » [44].

Les populations les plus pauvres (sans-abri, habitants de logements précaires, chômeurs, vieillards isolés, alcooliques invétérés, toxicomanes...) recourent souvent aux services d'Urgences, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'équipe médicale s'efforce de restaurer la dignité de ces malheureux.

L'usage de l'expression « exclusion sociale » apparaît à la fin des années cinquante, époque à laquelle les bidonvilles enserrent les grandes cités. Les « cas sociaux » sont accueillis sans discrimination aux Urgences, cabinet médical ouvert nuit et jour depuis la loi du 31 décembre 1970, même si leur prise en charge n'est pas toujours facile [45,68].

24. EVOLUTION HOSPITALIERE ET HUMANISATION

En 1899, l'Assistance Publique compte 57 structures hospitalières : 30 hôpitaux et 27 hospices ou maisons de retraite. Elle gère 20 bureaux de bienfaisance, totalise 28327 lits et emploie 7 609 agents.

En 1949, l'Assistance Publique compte 84 structures hospitalières : 39 hôpitaux et 45 hospices ou maisons de retraite. Elle gère 20 bureaux de bienfaisance, totalise 44 444 lits et emploie 34 449 agents.

En 1999, on dénombre 50 hôpitaux, 28 134 lits et 88 125 agents [90].

24.1. Humanisation des hôpitaux

Le fait majeur de l'hôpital du XX^e siècle est qu'il ouvre ses portes à tous (loi de 1941), le trait commun des hôtes n'est plus la pauvreté mais la maladie.

L'humanisation des hôpitaux apparaît nécessaire au lendemain de la seconde guerre mondiale : d'une part, il est impensable de loger la nouvelle clientèle dans les salles communes, les couloirs ou encore les baraquements de guerre (au risque de la voir préférer les cliniques privées) ; d'autre part, « *il faut se mettre à la hauteur des progrès de la science moderne* ». La formation du personnel augmente et on met un point d'honneur à améliorer la qualité de l'hôtellerie et de

l'accueil. En 1973, trente neuf pour cent des lits de l'A.P sont encore en salles communes contre dix-huit pour cent en 1977.

Malgré tout, l'humanisation des hôpitaux repose plus sur une modification de l'attitude du personnel médical et du personnel infirmier que sur une modernisation des locaux [44,45,91].

24.2. Modernisation et construction

Au début du siècle, cinq hôpitaux disparaissent (l'ancien Trousseau, les baraquements d'Aubervilliers, le vieil Andral, L'Hôtel-Dieu Annexe, l'ancienne Pitié), remplacés par de vastes constructions modernes (Claude-Bernard en 1905, Cochin en 1908, la nouvelle Pitié en 1911), tandis que d'autres établissements s'agrandissent (Laënnec, Saint-Antoine...). L'outillage hospitalier est complètement transformé.

« On sait dans quel état les hôpitaux furent trouvés à la Libération ; Non seulement ils eurent à subir les pillages systématiques des Allemands mais encore pendant cinq ans, aucune réparation, aucun aménagement des locaux, aucun entretien sérieux ne purent s'effectuer.(...) Cette transformation des hôpitaux que tout le monde appelle à grands cris, malades, médecins, administration, ne peut se faire qu'avec de l'argent », écrit M.Lévêque, Directeur de l'APHP, en 1947.

Entre les deux guerres, le Docteur Louis Mourier, directeur général de l'A.P, porte essentiellement son effort sur la modernisation des établissements existants. La situation sanitaire est catastrophique et certains hôpitaux sont totalement reconstruits (Bichat, Broussais, Beaujon à Clichy, de grande hauteur et considéré comme très moderne et Marmottan pour les opérations d'urgence, en 1936), tandis que d'autres sont partiellement reconstruits (Claude Bernard, clinique Baudelocque, Enfants-Malades...). De 1939 à 1948, les directeurs doivent faire face aux difficultés de la guerre, les travaux d'aménagement et de rénovation reprennent en 1949 avec le Directeur Général X.Leclainche. L'accent est mis sur la pédiatrie, les salles communes sont progressivement supprimées et des «plateaux techniques » sont aménagés.

En 1956, l'Assistance Publique comprend dix-huit hôpitaux généraux, douze hôpitaux spécialisés, trois hôpitaux suburbains, trois hôpitaux marins, quatre sanatoria, trois maisons maternelles, sept établissements de convalescence, un établissement psychiatrique, trente et un hospices ou maisons de retraite, quatre établissements pour enfants assistés et un orphelinat [92].

24.3. Exemple de l'Hôpital Saint-Antoine

En visitant l'hôpital Saint-Antoine de 1906, après les grands travaux, nous trouvons à l'entrée, un grand édifice constitué de cinq étages et, au rez-de-chaussée, la consultation de chirurgie (salle d'attente, déshabilleurs, salle d'examen, cabinet du chirurgien, salle d'opération, deux salles de pansements, toilettes et lavabos) séparée de la consultation de médecine par une petite cour. Un interne, chargé de sélectionner les malades, isole les sujets contagieux dans des boxes prévus à cet effet. On aperçoit la consultation dentaire, les services administratifs, les bâtiments des internes et du personnel et la pharmacie. Les travaux se poursuivent jusqu'à la guerre, pendant laquelle sont élevés des baraquements destinés aux militaires réformés pour blessure ou maladie. Le pavillon Henri Mathé reçoit en urgence les militaires tuberculeux. Le conflit voit se développer les laboratoires et la radiographie. Une clinique chirurgicale est construite dans les années vingt. Les vieux baraquements en bois sont remplacés par des pavillons comportant trois services (médecine, tuberculeux et ophtalmologie).

En 1947, Maurice Lévêque écrit au président du Conseil Municipal qu'en ce qui concerne
« l'aménagement d'un service d'urgence près de l'entrée de l'Hôpital, un projet de 1940 en prévoyait l'installation dans une partie des locaux occupés actuellement par le service du Professeur Cadenat. Mais l'administration n'a pu encore prendre de décision pour sa réalisation ».

Le service de radiologie est agrandi en 1948, les services médicaux et chirurgicaux sont réaménagés dans les années cinquante à soixante et un nouveau pavillon d'hospitalisation de deux cent quinze lits est érigé en 1955. Une partie nouvelle alignant le bâtiment dans le prolongement de la consultation de stomatologie permet de développer le service des urgences en améliorant le bloc opératoire et en aménageant un service d'admission (deux chambres à un lit, local pour les brancards, groupe sanitaire).

L'accueil des urgences se fait à la porte de l'hôpital, dans des locaux vétustes jusqu'en décembre 1973, date à laquelle s'ouvre le service actuel.

Les autres travaux entrepris (bâtiment universitaire, maternité, laboratoire de l'INSERM, bâtiment transversal...) répondent à la réforme Debré ; l'ordonnance du 30 décembre 1958 institue les Centres Hospitalo-Universitaires, l'hôpital et la faculté assument désormais ensemble les missions de soins, d'enseignement et de recherche.

La première antenne parisienne d'accueil des démunis s'ouvre à Saint-Antoine en 1992 [36,45,54].

25. GUERRES ET EPIDEMIES

25.1. 1914-1918.

La dégradation progressive des relations franco-allemandes et la perte de l'Alsace et de la Lorraine vont inexorablement conduire au conflit de 1914-1918. 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 six octobre au neuf 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 treize (dont un décès) ; en effet, huit millions d'hommes ont été vaccinés contre la variole.

1914 constitue une étape cruciale dans l'évolution de la chirurgie de guerre. Le nombre de blessés (87%) devient de plus en plus important par rapport au nombre de malades (13%) grâce aux progrès de l'hygiène militaire mais aussi à cause de l'augmentation de la puissance de feu des armes (automatiques, obus, grenades, mines). En France, l'expérience des guerres précédentes consacre la balle de fusil comme la reine des balles ; ses lésions sont réputées peu délabrantes et peu infectées et l'on parle de « balles humanitaires ». Le traitement consiste à appliquer des pansements, mais, les plaies par balle se révèlent plus graves que prévu, notamment celles de l'abdomen : le résultat d'une thérapeutique attentiste et d'évacuations massives et distantes est désastreux. Le tétanos et la gangrène gazeuse font des ravages. Les projectiles sont recherchés grâce aux rayons X.

Les blessés sont évacués par avion et par ambulances auto-chirurgicales ou « autochir ». La relève des blessés est théoriquement sous la responsabilité du médecin chef militaire, or, en pratique, « *au N° régiment d'infanterie, le colonel donna l'ordre au médecin chef d'aller lui-même chercher des blessés en avant des lignes, en plein jour, sous le feu de l'ennemi. La moitié du personnel, dont le médecin, ne revînt pas* ».

Les grandes acquisitions de la première guerre mondiale sont la notion de parage des plaies (exécutée de façon aseptique), la naissance de la chirurgie maxillo-faciale (pour soigner les « gueules cassées ») et l'introduction de la transfusion sanguine [60,85,93].

25.2. 1940-1944.

Pendant la guerre, quelques hôpitaux parisiens sont réquisitionnés par les allemands : Lariboisière, la Pitié, une partie de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches et Beaujon à Clichy. Des agents de

Lariboisière participèrent au réseau de Résistance de l'Assistance Publique et certains furent arrêtés et déportés (cinq employés fusillés et trois médecins déportés) [90].

Un médecin de Saint Antoine se rappelle les « vrais-faux malades du service du travail obligatoire » : « *en janvier 1942, ma consultation de Saint Antoine fut désignée par les autorités allemandes pour contre visiter un grand nombre de travailleurs. Bientôt, nous eûmes à examiner les jeunes appelés à partir en Allemagne. Ces contrôles imposés nous permirent d'organiser notre action ; Elle avait trois buts : empêcher la déportation des jeunes Français, conserver à la Résistance ses éléments qu'il fallait à tout prix garder sur place et s'attaquer dans la mesure du possible à la puissance industrielle allemande en faisant réformer au maximum les techniciens et les ouvriers spécialisés* » [94].

M.Lévêque, Directeur de l'A.P, raconte lors d'une interview réalisée en octobre 1944 comment, dans chaque hôpital, avait été créé sous l'occupation un comité de Libération pour hospitaliser les blessés de la Résistance. « *Ceux-ci qui ne figuraient pas sur les listes des entrants étaient opérés d'urgence par des chirurgiens de la Résistance puis transportés dans des services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie avec un pansement sur la tête alors qu'ils venaient de subir une laparotomie ; C'est grâce à ces subterfuges qui comportaient pas mal de risques que de nombreux combattants ont pu avoir la vie sauve. Il faudra un jour raconter en détail l'histoire clandestine des hôpitaux parisiens pendant les quatre années d'occupation* ».

Du 18 au 28 août 1944, 2172 français blessés et 706 morts sont transportés dans les hôpitaux parisiens et c'est avec un dévouement et une générosité sans limite que le personnel hospitalier, les ambulanciers, les étudiants, les donneurs de sang vont les prendre en charge durant la semaine glorieuse de la Libération de Paris [95].

Plongeons-nous dans l'ambiance des urgences de l'Hôtel-Dieu, en août 44, véritable *fourmilière géante où l'activité est incessante* : un inspecteur désarme les blessés qui sont ensuite admis et déshabillés, un interne assure le triage et fixe les fiches médicales à leur poignet. On procède dans une salle contiguë au nettoyage du corps et spécialement des zones atteintes. Sont alors réalisées les « *injections hypodermiques d'urgence (sérum antitétanique en particulier), l'appareillage provisoire des fractures, les premiers pansements. Les blessés propres, sont habillés et réchauffés. Les grands shockés sont dirigés sur une pièce spéciale, où l'on peut pratiquer toutes les thérapeutiques en usage (tonicardiaques, sérums, cerceaux chauffants, oxygénothérapie, transfusions diverses). Les autres sont apportés à la radiographie pour repérage des projectiles et identification des fractures, puis divisés en trois catégories.*

Premières urgences : garrots, plaies vasculaires, plaies de l'abdomen.

Deuxième urgence, un peu moins pressantes : plaies du thorax, fractures ouvertes, grands écrasements, grosses plaies des parties molles.

Troisième urgence, moins pressantes encore : plaies des parties molles, plaies superficielles.

Les premières urgences sont dirigées immédiatement sur les salles d'opération, les autres sur les salles d'hospitalisation, d'où on les conduira, suivant les possibilités, aux chirurgiens ».

Ces journées de chirurgie de guerre permettent, dans les services hospitaliers de renforcer l'idée, déjà acquise, que la précocité de l'intervention est capitale.

Les acquisitions de la seconde guerre mondiale sont la sulfamidothérapie (ensuite surclassée par la pénicilline en 1944), l'anesthésie générale au penthotal, la réanimation-transfusion, l'utilisation de sang conditionné en flacons et des anticoagulants [85].

26. EVOLUTION MEDICALE

On ne peut s'intéresser à l'histoire des secours urgents sans se pencher sur leur prise en charge. L'évolution de la prise en charge des urgences est notable dans la seconde partie du vingtième siècle.

« Un médecin de 1900 endormi par quelque sortilège, s'éveille en 1930 : les empires se sont écroulés, mais la médecine a peu changé. La révolution est telle que le médecin de 1930 endormi par un magicien et réveillé en 1960, n'est plus capable d'exercer la médecine » (Professeur Jean Bernard).

Prenons trois ouvrages écrits au fil du siècle et penchons-nous sur le traitement d'une pathologie x comme la crise d'épilepsie, le contraste est saisissant : la thérapeutique semble stagner entre le début du siècle et l'après-guerre. Profitons-en aussi pour suivre l'évolution de la prise en charge des asphyxiés (par l'oxyde de carbone).

26.1. « La médecine d'urgence », 1910.

26.1.1. Edition du premier ouvrage spécialisé dans la médecine d'urgence

Le Docteur Oddo édite en 1910 le premier ouvrage sur la médecine d'urgence, alors qu'existent déjà moult ouvrages de chirurgie d'urgence. *« Il m'a semblé que ce serait rendre service à mes confrères (et aux étudiants) que de réunir, dans un volume qu'ils puissent parcourir rapidement, au besoin emporter avec eux pour le consulter en route, comme un en-cas, les principaux éléments de la médecine d'urgence », « j'ai consacré mon Cours, cette année à la médecine d'urgence qui est aussi la médecine de garde ».* Le Professeur Grasset, qui préface le manuel, écrit *« on avait l'air de croire et plusieurs enseignaient que c'est uniquement en obstétrique et en chirurgie que le praticien est obligé de prendre des résolutions d'urgence. (...) Et cependant quoi de plus urgent que de poser un diagnostic rapide et d'instituer une thérapeutique immédiate dans un cas d'asystolie, d'urémie, de croup ou de faux croup, d'apoplexie, de péritonite, d'appendicite, d'empoisonnement. Pas plus que devant une femme en travail ou devant une fracture de cuisse, le médecin n'a le temps de rentrer chez lui bouquiner ses notes de clinique ou ses traités de pathologie : il doit savoir et appliquer sa médecine d'urgence ».*

26.1.2. Exemple : traitement de la crise d'épilepsie

Voici un exemple de prise en charge détaillé dans l'ouvrage du Docteur Oddo, concernant le traitement de l'épilepsie.

« Conduite à tenir en présence d'une attaque d'épilepsie.

1° Si l'on est en présence au début de l'attaque, on peut parfois la faire avorter en agissant sur le siège de l'aura : en cas d'aura motrice, on pourra, par une ligature serrée (à l'aide d'une ficelle, d'un mouchoir, d'une cravate, etc...) passée immédiatement au-dessus s'il s'agit d'un membre, arrêter la crise ; s'il s'agit d'une aura sensitive, une violente flagellation à l'aide d'un mouchoir mouillé, d'une serviette ou même de la main, pourra être efficace. On peut aussi réussir en comprimant fortement le nerf douloureux. Toutefois, le plus souvent, ces moyens échouent, la crise suit son cours, le malade va tomber, il faut le soutenir, amortir la chute, éloigner les objets dangereux, allonger le corps sur le sol et placer un coussin sous la tête.

2° On est appelé au cours de l'attaque.

Il faut encore prévenir les traumatismes qui pourraient se produire dans les mouvements cloniques, placer un coussin sous la tête ou à défaut un vêtement replié, etc. On desserrera le col,

on enlèvera la cravate, on déboutonnera la ceinture du pantalon, on dégrafera le corset, etc. , pour permettre au malade de respirer librement. On pourra réussir à empêcher la langue d'être mordue, les dents de se briser en plaçant un bouchon entre les dents. On évitera que l'épileptique ne déglutisse sa langue en relevant fortement le menton. Et on ne fera pas autre chose, on évitera les manoeuvres qui ne pourraient qu'augmenter l'intensité de la convulsion en excitant le système nerveux, telles que supination, flagellation, lavement de sel, etc. On le laissera se débattre en se bornant à le protéger contre les chocs.

3° On arrive à la fin de la crise.

C'est le cas le plus ordinaire : le malade est dans le stentor, il faut respecter son sommeil, faire le sommeil, faire faire le silence autour de lui, ne le réveiller par aucune excitation. Il faudra encore surveiller la déglutition de la langue et, si elle se produit, relever le menton aussi haut que possible ».

En cas d'état de mal, il est conseillé de réaliser un lavement contenant cinq à six grammes de bromure de potassium et autant de chloral, d'appliquer «*derrière la nuque des ventouses scarifiées, ou mieux des sangsues derrière les oreilles. En cas d'asphyxie menaçante, on pourrait même faire une saignée générale de trois à quatre cents grammes* ». En cas de fièvre, on fera «*de grands enveloppements de draps mouillés que l'on renouvellera toutes les trois heures* » [65]

26.2. « Questions de garde de médecine », 1936.

26.2.1. Traitement de la crise d'épilepsie

En 1936, Mattei publie « questions de garde de médecine », où l'on peut lire que le traitement de la crise d'épilepsie comporte :

« Au début. Essayer sans grande chance de succès de faire avorter la crise en agissant sur le siège de l'aura : ligature du membre, flagellation de la face, compression du nerf douloureux.

Au cours de la crise. Mettre le malade sur un matelas loin de tout objet pouvant le blesser. Mettre un coin de bois ou un manche de cuiller entouré de linge entre les dents pour éviter la morsure de langue. Dégager le cou et la poitrine. Pas de manoeuvres brutales qui ne font qu'exciter le malade.

A la fin de la crise. Silence, demi-obscurité, respecter le sommeil. Panser les plaies, s'il y a lieu.

Etat de mal. Bromure de potassium et hydrate de chloral (quatre grammes en lavement avec une longue sonde rectale) ; Gardénal 0,30 par jour ; Sangsues sur mastoïdes ; Saignée 400 CC si asphyxie menaçante ; drap mouillé si la température est élevée. Le chlorhydrate d'acétylcholine à 0,20 cgr par piqûre serait utile pour certains auteurs ».

26.2.2. Intoxication aiguë par l'oxyde de carbone

Reportons-nous à la question « intoxication aiguë par l'oxyde de carbone », afin de voir les progrès réalisés depuis le XVIII^e siècle.

« Mettre le sujet à l'air pur, le déshabiller.

Si le malade respire. Le réchauffer : boules d'eau chaude. Inhalations d'oxygène ou de carbogène avec appareils spéciaux ou injection sous-cutanée à haute dose. Injections sous-cutanées d'éther 2 CC, de caféine 0,25, d'huile camphrée 5 cc. Thé alcoolisé 500 grammes. Injection intraveineuse de bleu de méthylène à 1/100, 30 cc.

Si le malade ne respire plus ou mal. Respiration artificielle longtemps prolongée, une heure et plus, combinée avec l'inhalation d'oxygène. Ne pas perdre de temps à faire des tractions rythmées de la langue. Dans tous les cas graves : saignée 400 grammes suivie d'injection de sérum artificiel 500 cc. Transfusion de sang.

Pendant la convalescence. Nourriture abondante. Ferrugineux. Extraits hépatiques injectables ou par voie buccale. Séjour à la campagne. Hydrothérapie [96].

La médecine va connaître une évolution spectaculaire pendant les soixante prochaines années...

26.3. Guide pratique des urgences médicales, 1995.

26.3.1. Traitement de la crise d'épilepsie

Le guide du Docteur Ellrodt complète la thèse du Docteur Lacaze, soutenue en 1989 en intitulée « un vade-mecum pour l'interne de garde de médecine ». Voyons ce que ce guide, très utilisé pendant leurs gardes par de nombreux internes, renferme.

« Au cours de toute crise convulsive, il est impératif de déshabiller le patient. (...) Il faut :

-Noter l'heure du début.

-Faire faire une glycémie capillaire.

-Oxygéner au masque, 10 l/mn.

-Retirer tout appareil dentaire (gare aux doigts).

-Installer les barrières au brancard.

-Ne pas stimuler ni agresser (au sens physiologique).

Installer le patient en PLS dès que possible.

-Pas d'urgence à la thérapeutique anti-épileptique : la crise cédera sans traitement en quelques minutes (1-2' pour phase clonique+tonique).

-Au-delà de 5 minutes de convulsions : traiter comme un état de mal.

-Ne faites pas une IM de Valium ou de Gardéнал, c'est une erreur » [97].

Des examens biologiques, électriques et radiologiques sont réalisés en fonction des cas.

En cas d'état de mal, diverses drogues (Diazepam, Phénytoine, Phenobarbital...) sont utilisées selon des consensus bien établis.

26.3.2.Intoxication oxycarbonée

« Faites au plus tôt les prélèvements pour dosage du CO (...). Sans attendre les résultats : oxygène au masque -haute concentration (c'est à dire avec un ballon réservoir) à fort débit : 8-10 l/mn. Durée d'administration : 6 heures. Rechercher les signes de gravité qui vous feront appeler le réanimateur ».

Suivent les indications de l'oxygénothérapie hyperbare (caisson) et les examens complémentaires conseillés [97].

27. ADMISSION EN URGENCE

27.1. Définition contemporaine de « l'urgence »

L'urgence hospitalière, en 1971, est « le cas du malade ou de l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des consultations, ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai » [98]. Mais combien sont de véritables urgences ?

En 1990, la mission des services d'urgence est précisée comme étant « l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie ». De la simple contusion au grave polytraumatisme, de la crise d'angoisse à l'infarctus du myocarde, en passant

par le sans-abri qui cherche à s'abriter du froid, la notion d'urgence est très diversement ressentie. D'après les études, 80 % des patients n'ont pas à être à l'hôpital, ce qui sous-entend qu'ils devraient consulter en ville [99].

27.2. Création de Services d'urgence

27.2.1. Réglementation

Les services d'urgence prolongent le service porte qui accueillait les malades entrant à l'hôpital. La loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970 indique que « le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et le traitement -notamment les soins d'urgence- des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et à leur hébergement éventuel ». Une réflexion d'ensemble sur l'organisation des urgences est menée à partir de 1977. Le rapport du Professeur Steg « L'urgence à l'hôpital » paru en avril 1989 met en évidence l'insuffisante médicalisation des services d'urgence et la mauvaise qualité de l'accueil.

De nombreux rapports sont proposés jusqu'à ce que les décrets du 9 mai 1995 mettent en place une réglementation des urgences. L'établissement hospitalier ne peut prétendre recevoir des urgences que s'il dispose d'un environnement hospitalier médico-technique conséquent, d'une équipe médicale et paramédicale compétente et de locaux fonctionnels. Le nombre de médecins affectés aux urgences s'accroît de 80 pour cent entre 1993 et 1996 [90,99].

27.2.2. Témoignage du personnel de Bicêtre

Madame Caugant, ancienne surveillante générale se rappelle « *qu'en 1967, il y eut la création du service des urgences avec peu de personnel et peu de moyen en matériel. En 68, il nous est souvent arrivé de doubler le temps de travail, garde et veille, par craintes de certaines éventualités ; bien vite le manque de matériel s'est fait sentir, seringue, aiguilles, fils etc... Il fallait souvent improviser, par exemple prendre un balai comme porte-sérum, pour accompagner les malades en salle, avec des brancards inconfortables et rapiécés ; ces mêmes brancards servaient pour accompagner les décès à l'amphithéâtre. Chaque vendredi soir pendant un certain temps, il y avait le rallye des motards de Rungis, souvent avec des accidents graves ; seul l'interne de chirurgie avait le droit de retirer les casques et d'établir le constat. J'ai vu des drogués amenés*

aux urgences par la police, racketter les gens qui attendaient de passer en consultation puis s'enfuir à toute allure. Le folklore des urgences est souvent capiteux, entre les états d'ivresse, les clochards, les SDF et combien il est difficile de s'en débarrasser ; les malades agités auxquels il faut faire face et recevoir les coups ».

Un second témoignage nous décrit le hall des urgences ; « *des brancards, des bancs étaient placés là et les gens attendaient avant d'être dirigés dans des boxes séparés par des rideaux. Un des boxes était réservé aux personnes qui revenaient après les soins de première urgence pour des pansements. Une petite pièce était réservée aux personnes décédées aux urgences (...). Une autre pièce équipée d'une baignoire servait de salle-de-bain aux clochards. C'est ici qu'ils étaient traités contre les parasites avant d'être vus par le médecin.(...) La séparation des boxes ne permettait pas la confidentialité des propos des personnes ni celle des médecins et infirmières. Les cris, les pleurs, les agitations, les délires, les blessés graves et les petites urgences occupaient les lieux et l'espace. Les malades, leurs familles vivaient ensemble les moments difficiles du service des urgences. (...) A partir de 23 heures, une infirmière aidée par deux agents assurait seule le fonctionnement du service. Le plus difficile restait le transport des personnes des urgences vers les services d'hospitalisation. (...) Début 1969, des travaux d'aménagement des urgences commencèrent. Les boxes furent remplacés par des pièces cloisonnées qui communiquaient entre elles. (...) Dans les années 70, le matériel à usage unique fit son apparition... » [100].*

27.3. Organisation des services d'urgences

Un règlement provisoire est proposé en 1975, concernant l'organisation générale des services d'urgence à l'Assistance Publique.

Le rôle général du service d'urgence d'un hôpital est le suivant :

- accueillir toute personne qui se présente et demande des soins, quelle que soit l'heure de la journée ou de la nuit et quel que soit son domicile.
- apporter immédiatement aux malades et aux blessés les soins d'urgence que leurs états requièrent.
- hospitaliser le plus rapidement possible dans les services appropriés à leur état ou, le cas échéant, dans les services nommément désignés par les médecins traitants, les personnes qui requièrent des examens ou des soins urgents qui ne peuvent leur être dispensés à domicile.
- orienter sur les services externes de l'établissement appropriés à leur état (polyclinique, consultation de médecine interne, consultations spécialisées), les malades ne requérant pas de soins urgents.

Lorsque l'hospitalisation est jugée utile, elle doit être prononcée immédiatement et le malade placé dans un service porte ou dans un service approprié à son état. Toutes les formalités d'admission sont différées si l'état du malade les rend difficiles à réaliser ou physiquement éprouvantes (...) [101].

En 1995, les objectifs de l'A.P, qui assume 80 % des urgences de Paris et 50 % des urgences de l'Ile de France, sont d'accroître la médicalisation des urgences par la présence à l'accueil d'un médecin senior, d'un chirurgien et d'une équipe paramédicale suffisante (24 heures sur 24), d'éviter les transferts (en disposant d'un nombre suffisant de lits et de toutes les disciplines médico-chirurgicales concernées par l'urgence), d'améliorer les locaux d'accueil, de posséder un plateau technique à proximité des urgences et de restructurer les sites d'urgences.

27.4. Admission égal Accueil

Jusqu'en 1945, le mode d'admission n'évolue pas : prononcée par le Directeur de l'hôpital sur le vu du bulletin du chef de service de la consultation et, en dehors des heures de consultation, sur l'avis de l'interne de garde.

Par la suite, le domaine des admissions devient celui de l'accueil à l'hôpital. De nombreuses mesures sont prises pour rendre les locaux accueillants, éviter l'attente, respecter la confidentialité propre à chacun, simplifier les démarches administratives, autoriser une mère à rester la nuit auprès de son enfant ou un mari à assister à l'accouchement de sa femme.

Le malade type de l'hôpital contemporain est porteur d'une carte d'assuré social, « bon malade » s'il est bien inséré dans la vie courante (famille, travail, logement...), il arrive en urgence pour une pathologie bien individualisée ; patient, il passe en moyenne deux heures dans les locaux et est ou non hospitalisé pour subir des actes diagnostics et curatifs. Une des missions du service d'Urgences est de faire le tri, de décider si l'hospitalisation s'impose, et de rechercher, si c'est le cas, le lieu le plus approprié à cette admission (services généraux ou spécialisés, services portes ou transfert vers un autre hôpital).

Les autres patients dérangent, notamment les exclus, les sujets âgés dépendants, les chroniques, les sans papiers, les malades psychiatriques... Si tous sont reçus aux Urgences, le service a souvent hâte de les voir partir, les services cliniques ne sont pas toujours adaptés lorsque l'hospitalisation relève plus de raisons sociales et un transfert est presque inimaginable ... L'exclusion en matière de santé persiste en 2000, mais des efforts sont faits : La Couverture Maladie Universelle, qui remplace l'Aide Médicale Gratuite, est facilement délivrée aux plus démunis.

L'hôpital oublie trop souvent son rôle originel, et les progrès à faire pour adapter les structures d'accueil s'avèrent essentiels car l'accueil réservé aux urgences confère à l'hôpital son image de marque [44,91,102].

27.5. Urgences chirurgicales

27.5.1. Un chirurgien pour tout Paris

Pendant des années, il n'y a qu'un seul chirurgien de garde pour tout Paris. Félix Terrier raconte à ses élèves en 1903 que *« jadis, cette garde durait vingt-quatre heures, aujourd'hui elle dure trois jours consécutifs, elle devient donc très pénible et en voici une preuve : un de mes anciens internes actuellement chirurgien, a fait six opérations de huit heures du soir à cinq heures du matin et cela dans six hôpitaux différents. Il faut être doué d'un tempérament chirurgical herculéen pour de telles prouesses ! L'idéal serait comme je l'ai déjà dit que dans chaque hôpital, il y eût outre le service de garde fait par les élèves, un chirurgien résident »* [76].

En 1900, on dépêche encore un commis pour dénicher dans Paris le chirurgien de garde. Le garçon s'époumonait à le chercher, et revenait souvent épuisé et bredouille à l'hôpital d'où ... on le renvoyait à la recherche du second praticien. *« Il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés ! »* est une expression médicale datant de cette époque. Un jour, la recherche des deux chirurgiens de garde pour une hernie étranglée, puis à défaut d'un praticien disponible, prit près de six heures que le patient ne supporta pas...

En 1900, l'attitude désinvolte des patrons inspire les internes, qui se font remplacer par leurs externes pendant leurs gardes. Il y a des bavures inadmissibles. Des patients sont admis en salle sans avoir été examiné et attendent la visite du lendemain pour qu'un traitement leur soit prescrit. Un accidenté du travail à multiples plaies dut patienter vingt-quatre heures pour recevoir des soins appropriés tandis qu'un accidenté de la voie publique dut attendre plus de vingt heures pour que sa fracture fut réduite par un médecin compétent ; Un beau jour, le scandale éclate alors qu'un commis de banque pris de malaise sur son lieu de travail est amené d'urgence par ses collègues de bureau. Tout d'abord promené de guichets en guichets, il faut attendre encore trois quarts d'heures l'interne de garde, bref, le malade décède et les collègues portent plainte...

Ce n'est qu'en 1907 qu'il est décidé de dédoubler la garde d'internes, il y aura un interne en chirurgie et un interne en médecine [73]. Les chirurgiens de garde sont de plus en plus faciles à joindre, surtout lorsqu'ils sont abonnés au téléphone.

27.5.2.Marmottan : premier « poste de secours d'urgence »

La fondation Marmottan est créée en 1936 près de l'Etoile, pour assurer les soins immédiats aux malades qui relèvent de la chirurgie, et notamment aux blessés. Les grands blessés sont opérés immédiatement grâce à une permanence de trois chirurgiens aidés de trois internes, logés à tour de rôle dans l'établissement. « *Ce n'est plus le malade qui attend le chirurgien, c'est le chirurgien qui attend le malade* ». Dès que leur état le permet, ils sont transférés vers leur hôpital de rattachement. Les blessés légers sont examinés au rez-de-chaussée et les blessés graves sont conduits vers les étages (47 lits). En 1937, on enregistre 6 683 blessés et 4 564 journées d'hospitalisation. Le témoignage du Docteur Banzet, chirurgien en chef pendant la libération de Paris, est le suivant : « *Nous avons en quelque sorte fonctionné en ambulance avancée de guerre. Nous avons travaillé presque sans arrêt, les couloirs étaient encombrés de brancards. Dans les locaux de réception du rez-de-chaussée, c'était un remue-ménage ininterrompu ; les postes de radiographie n'arrêtaient pas de repérer des projectiles, d'examiner des fractures ; les salles d'opérations étaient occupées presque en permanence. (...) Tous nos blessés ont été opérés, pansés, évacués dans les meilleures conditions* ».

27.5.3.Présence d'une équipe médico-chirurgicale à Boucicaut

Dès 1947, le syndicat des Chirurgiens Hospitaliers et le Conseil Municipal de Paris envisagent la création de quatre services d'urgences chirurgicales, dans quatre établissements hospitaliers, pour répondre à une demande croissante. Un service « pilote » est ouvert à Boucicaut en 1948, il fonctionne le matin dans un pavillon et, à partir de treize heures, dans les locaux de la consultation de chirurgie, à l'entrée. Un chirurgien peut intervenir à tout moment. Le service d'urgence est assuré par un assistant de chirurgie, un anesthésiologiste, un interne en chirurgie, un interne en médecine et un interne. Ces médecins font partie d'une équipe qui comprend au total, uniquement pour l'urgence trois chirurgiens, trois anesthésiologistes et cinq internes ; chacun prend la garde, par roulement, un jour sur trois et un dimanche sur trois [83,103].

27.5.4. Les urgences en dehors de Boucicaut (1955)

Certains hôpitaux sont dotés d'un service de porte (Beaujon depuis 1935, Broussais dès 1928, Bichat, Pitié en 1936, Tenon en 1937), apparus dans les années trente, qui permet de recevoir, traiter et opérer les malades amenés à toute heure de l'après-midi et de la nuit, de 17 heures à 9 heures, sans perturber le fonctionnement des autres services.

A Lariboisière, un petit service d'urgence a été créé, en 1920, dans les locaux de la consultation de la porte. Doté d'une salle d'opération, de quelques lits et de tout le personnel nécessaire pour recevoir et opérer entre 18 heures et 8 heures [73].

Dans tous les hôpitaux fonctionne un service médical de garde assuré par un interne de médecine, un interne de chirurgie et un interne en obstétrique. En cas d'intervention urgente, l'interne de chirurgie fait appel au praticien de garde à son domicile ; il ne peut pratiquer lui-même l'opération qu'en cas d'autorisation de ce dernier.

Dès la fin des années 40, les services porte se révèlent insuffisants pour répondre aux besoins croissants en matière de traumatologie d'urgence. Un service d'urgence pilote est ouvert en 1948 à Boucicaut.

L'Assistance Publique va progressivement opter pour des services d'urgence dotés d'équipes médicales permanentes, implantés aux quatre points cardinaux : Boucicaut (Sud), Beaujon (Nord), Tenon, Saint-Antoine ou la Pitié Salpêtrière à l'Est et le futur Ambroise Paré à l'Ouest. Malgré tout, les cas urgents qui se présenteront à la porte des autres hôpitaux seront toujours traités sans délai [90,103].

En 1960, on ne dénombre en France que six services spécialisés dans la prise en charge des accidentés (500 000 par an), qui sont régulièrement amenés « à l'hôpital le plus proche ». A Paris, plus de cent hôpitaux et cliniques reçoivent ces urgences, mais presque aucun n'est en mesure de les assumer, essentiellement du fait de leur architecture car ils n'ont pas été prévus pour cela [83]. Les services de réanimation apparaissent devant l'augmentation des lésions traumatiques graves liées aux accidents de la circulation ; en 1965, l'Assistance Publique compte onze services de réanimation et cinq sections pour brûlés.

En 1980, la situation s'est améliorée sous l'impulsion du Directeur général de l'A.P, on distingue de grands hôpitaux qui disposent des meilleures conditions d'examen et de soins (Mondor, Bichat, Beaujon, Pitié Salpêtrière) et des hôpitaux, comme Saint-Antoine, où n'existent pas toutes les spécialités mais où les services de traumatologie orthopédique et viscérale organisent le fonctionnement des urgences chirurgicales et les petits hôpitaux sans service d'orthopédie

(Laënnec) dans lesquels existe un pavillon d'urgence et qui sont en étroite collaboration avec le SAMU [102].

Pratiquement tous les hôpitaux disposent, en 1980, d'un service porte, « *cette structure originale d'hospitalisation de courte durée, particulièrement bien adaptée à certains types de pathologies (urgences sociales, cas bénins) est tout à la fois, un lieu de soins, un sas d'admissions et une zone de transit* » [90].

27.6. Organisation des gardes

L'A.P institue, en 1972, cent quatre vingt treize gardes médicales assurées par des chefs de clinique assistants, des attachés ou des spécialistes de l'établissement, pour couvrir les besoins de l'Urgence dans les hôpitaux de Paris. Une centaine d'internes assistés par des étudiants en médecine dans les services de chirurgie et de réanimation, sont également de garde chaque jour. La même année,

209 156 urgences chirurgicales adultes et 5500 urgences neurochirurgicales sont reçues dans ces hôpitaux, 82 520 sont admises. En 1995, la répartition des urgences reçues est la suivante : 281 797 urgences médicales et 259 438 urgences chirurgicales adultes sans compter les urgences spécialisées, la progression est énorme. L'Urgence est devenue un des pôles d'attraction de l'hôpital.

Le règlement de 1975 stipule que deux tableaux de garde (médical et chirurgical) sont dressés chaque mois par le chef de service délégué et communiqués au directeur (...).

L'équipe de garde médicale est constituée d'un chef de clinique assistant des hôpitaux, d'un interne de consultation qui ne quitte pas le service d'urgence, examine toutes les personnes qui s'y présentent, décide des suites à donner à cet examen, assure les soins et d'un interne de garde d'intérieur, qui répond aux appels provenant des services d'hospitalisation de l'hôpital.

Le chef de clinique doit répondre à tous les appels de l'interne et effectuer une fois dans la nuit une contre-visite des malades admis par l'interne de garde de consultation.

La garde de chirurgie est assurée par :

- un interne de consultation, chargé de l'examen des malades qui se présentent au service d'urgence. Sa présence dans les locaux de réception et d'examen des malades est permanente jusqu'à une certaine heure de la soirée, fixée en fonction du flux d'arrivée aux urgences.

-deux équipes de garde, chargées des interventions d'urgence, l'une de chirurgie viscérale l'autre de chirurgie orthopédique ; chaque équipe comprend un chirurgien résidant (chef de clinique assistant ou attaché), un anesthésiste résident (hospitalo-universitaire, CHT, attaché), un interne de garde et un étudiant hospitalier (...). Il est interdit aux internes de se faire remplacer par les externes [101].

Les conditions d'exercice sont toujours difficiles pour le personnel médical hospitalier à l'aube du XXI^e siècle, tant du point de vue du statut que de l'effectif, des horaires ou encore de la rémunération. Les grèves sont fréquentes.

28. SECOURS PRE-HOSPITALIERS

28.1. Les Ambulances

En 1900, l'A.P inaugure un service d'ambulances pouvant être médicalisées par un interne. Le service des Ambulances de Paris se met peu à peu en place et comporte six stations en 1900 (Hôpital Saint-Louis, marché Saint-Honoré, rue Caulaincourt, rue de Chaligny, rue de Staël et rue de Tolbiac). En 1907, les ambulances urbaines sont abandonnées au profit des ambulances municipales avec infirmiers à bord ; le corps médical n'est, en effet, pas convaincu de l'utilité de la présence d'un interne pendant le transport. En 1920, l'arrêté préfectoral du 13 janvier 1920 transforme le service médical de nuit en un véritable et efficace service d'urgence. A la disposition du public, un corps de 30 médecins sous l'autorité du Préfet de la Police est créé, rendant possible une garde médicale de nuit dépendant de chaque poste central de police. Le poste prévient l'état major de la police municipale qui dépêche aussitôt une voiture, munie d'une boîte pharmaceutique de secours, afin de conduire le médecin auprès de son malade [34,82].

28.2. Sapeurs Pompiers et Police Secours

28.2.1. Le commandant Cot

En 1924, sous l'impulsion de l'exceptionnel 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 au 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'A.P, 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 et précoces aux intoxications de toutes natures, aux urgences médicales et aux accidents de la route [34,60].

28.2.2. Police Secours

En 1928, le Préfet de Police fonde le « Secours Police » qui devient « Police Secours » après la dernière guerre. Le public peut donner l'alerte grâce à des « bornes publiques » disséminées dans la capitale ; il peut aussi prévenir la police par l'intermédiaire des PTT. Les voiturettes de police secours stationnent devant les postes centraux des 13,15,18 et 20^e arrondissements et au poste des Ternes. Une voiturette supplémentaire est affectée la nuit à chacun des postes des 12,16,19^e arrondissements. Ce service est très bien organisé, les malades sont rapidement menés à l'hôpital le plus proche (où commence souvent une longue attente).

En 1930, les PTT mettent en service le numéro d'appel 17 puis en 1937, le 18. On peut joindre par radio les véhicules de secours du Régiment des sapeurs pompiers dès 1937.

28.2.3. Amélioration du système

De 1940 à 1967, on assiste à l'extension de l'oxygénothérapie préconisée par Cot, à l'apparition des inhalateurs, à la rapidité d'intervention et à l'amélioration des ambulances. Les grands principes du commandant Cot (prise en charge d'une victime sur les lieux d'un accident et continuité des soins pendant le transport à l'hôpital) vont pratiquement disparaître au profit du transport rapide par les cars de police secours (à n'importe quel prix).

Le régiment des sapeurs pompiers, qui compte plus de cinq mille hommes, devient Brigade en 1945 [80]. Le rôle imparti aux Sapeurs Pompiers (ainsi qu'au SAMU et au service de Police Secours) est défini en janvier 1972, la Brigade conserve ses missions sanitaires dans les cas de sauvetage ou de désincarcération et de certaines détresses et urgences (secours aux asphyxiés, pendaisons, noyades, électrocutions, intoxications médicamenteuses, transports de polytraumatisés graves, infarctus et embolies) [105].

En 2000, on compte un pompier pour mille habitants à Paris et quatre pour mille en France. Fin décembre 1999, les pompiers de Paris ont participé à 25000 interventions en huit jours.

28.3. Le SAMU (service d'aide médicale urgente)

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Ministère de la Santé Publique se préoccupe, face à l'accroissement ininterrompu du nombre et de la gravité des accidents de la route, de l'organisation des secours urgents.

De 1955 à 1965, les équipes du Professeur Cara transportent des malades en état de détresse cardio-respiratoire ou victimes de polytraumatismes, d'un centre hospitalier vers un centre spécialisé. De véritables règles du transport médicalisé sont élaborées. Cependant, sur la voie publique ou au domicile du malade, la majorité des évacuations reste l'apanage des cars police secours fidèles à leur principe « très vite sur l'hôpital le plus proche ». En 1956, le Ministère de la Santé charge le laboratoire expérimental de physique de résoudre le problème du transport des poliomyélitiques autour de Paris. C'est ainsi que sont conçus les respirateurs de transport, les cardioscopes défibrillateurs portatifs, les matelas coquilles... Le décret de décembre 1965 institue le principe de soins de l'avant civils. Les grands établissements hospitaliers devront se pourvoir

dans les dix années à venir de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et constitués d'un médecin (ou interne), d'un chauffeur et d'une infirmière. La présence d'un médecin est dorénavant souhaitée lors des transports. En 1967, les médecins pompiers axent leurs efforts sur l'enseignement de méthodes modernes de secourisme aux sapeurs, sous-officiers et officiers de la Brigade (bouche à bouche, massage cardiaque externe, introduction de l'insufflateur manuel). 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). Le 2 décembre 1972 naît le SAMU de Paris, basé à Necker. L'activité du SAMU est exponentielle, on enregistre 191 570 appels téléphoniques en 1980 (un toutes les trois minutes), 103 011 appels radiotéléphoniques, 3083 transports secondaires (interhospitaliers, dont 159 par voie aérienne) et 12 093 transports primaires (un toutes les 43 minutes) [104].

Il faut citer les associations de médecins généralistes qui participent aux urgences à domicile dans la région parisienne: SOS Médecins (1967), AUMP (association pour les urgences médicales de Paris) en 1974, l'association des médecins du 14^e, SUR de Bobigny... [59,61,80,106].

Le rôle du médecin généraliste devient primordial tant en ville qu'à l'hôpital. On a vu que la majorité des malades qui se présentent aux Urgences relèvent de la Médecine Générale, une relation de confiance entre cabinet de ville et service hospitalier est alors nécessaire, ce qui n'est pas toujours le cas ; les médecins spécialistes méprisant souvent les médecins généralistes. Le rôle du médecin de famille doit être revalorisé sous peine d'observer un flux de plus en plus important de malades vers les urgences. A l'hôpital, les attachés, assistants et praticiens hospitaliers sont fréquemment généralistes ; leur résidanat a été axé sur les urgences, le SAMU et la réanimation et la majorité d'entre eux ont un diplôme ou une capacité universitaire de médecine d'urgence.

CONCLUSION

Du malade recueilli par acte de charité, puis relevant de la bienfaisance et de l'assistance ; on est passé au malade « hôte », puis au malade « client » et enfin au concept du « malade citoyen » disposant de droits vis à vis de l'hôpital, bénéficiant d'une assurance sociale puis d'une sécurité sociale.

La Révolution française supprime brutalement l'hôpital chrétien voué non pas à soigner mais à recueillir le pauvre. Puis il est « réservé » aux indigents; mi centre à vocation thérapeutique avec l'apparition de la médecine anatomo-clinique, mi-hospice, cet hôpital restera à l'écart de l'essor économique et des transformations sociales de son époque jusqu'au 21 décembre 1941, date à laquelle il devient un centre de soins ouvert à tous.

L'Urgence est une mission essentielle de l'hôpital public dont l'une des caractéristiques est son aptitude à faire face à tous les besoins exprimés par la population quelle qu'en soit la nature. L'évolution continuelle des techniques médicales et les exigences toujours plus grandes et justifiées du public, rendent nécessaire une constante adaptation des services d'Urgences. C'est pourquoi les perspectives d'avenir sont conditionnées par l'amélioration des structures d'accueil d'urgence, des moyens de transport et des techniques de réanimation.

L'équipe du service d'Urgences doit posséder un esprit critique fait de bon sens, discernement, disponibilité, écoute et sérénité ; l'essentiel étant la formation initiale et continue. Ces ingrédients contribuent au bon moral du malade et le sécurisent.

La reconnaissance en terme de santé et de sécurité publique des services d'Urgence est indispensable. L'Urgence doit acquérir son indépendance et devenir une discipline à part entière tant sur le plan de l'enseignement que de la pratique médico-chirurgicale.

Malheureusement, « *il est bien plus facile de déplacer des montagnes que de changer la mentalité des hommes* » (Confucius) et il faudra encore de nombreux séminaires, réformes, grèves, articles et reportages pour éviter que les Urgences ne redeviennent le « sanctuaire de l'humanité ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Sainte-Fare-Garnot N. La Révolution Française et les hôpitaux parisiens. Paris, A.P, 1989.
- [2]. L'A.P en 1900. Ecole d'Alembert, Montévrain, 1900.
- [3]. Delaunay P. Le monde médical parisien au XVIII^e siècle. Paris, Rousset, 1905-1906. Thèse méd., Paris, 1905.
- [4]. La nouvelle revue. Du vieil Hôtel-Dieu au nouveau Beaujon. Paris, 1935.
- [5]. Margotta R. Histoire illustrée de la médecine. De la magie préhistorique à la chirurgie moderne. Paris, Edition des deux coqs d'or, 1967.
- [6]. Dictionnaire des sciences médicales. Paris, 12, 1815.
- [7]. Feulard H. Les hôpitaux de Paris. Paris, impr. Lahure, 1893 ; Extrait du Bulletin de l'union des femmes de France.
- [8]. Candille M. Hospitalisation des malades en France. Histoire de la Médecine; Albin Michel 1993,5, 9-51.
- [9]. La Rochefoucauld-Liancourt. Plan de travail du comité pour l'extinction de la mendicité. Paris, impr. nat., 1790
- [10]. Candille M. L'admission des malades à travers les siècles. L'hôpital et l'aide sociale à Paris. Paris, 1962, n°13-18.
- [11]. Mercier. Tableau de Paris. Amsterdam, van Harevelt, 1783, n°1-3, 8 t.
- [12]. Tenon. Mémoire sur les hôpitaux de Paris. Paris, Pierres impr.,1788.
- [13]. Candille M. Les soins à l'hôpital en France au 19^e siècle. Société Française d'histoire des hôpitaux. Paris, Féd. hosp. De France, 1974.
- [14]. Fosseyeux M. L'Hôtel-Dieu de Paris au XVII^e et au XVIII^e siècles. Paris, Berger-Levrault, 1912.
- [15]. Chapelin J. Essai sur la médecine hospitalière avant la Révolution. Paris, 1945.
- [16]. Raymondaud MH. Les précurseurs des Internes des Hôpitaux de Paris. Paris, Arnette, 1943. Thèse méd., Paris, 1943.
- [17]. Forgue E et Bouchet A. La chirurgie jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Tome III.
- [18]. La France médicale. Paris, 1909, p.409.

- [19]. Pecher A. La médecine à Paris du XIII^e au XX^e siècle.
- [20]. Louis A. Lettre sur les certitudes des signes de la mort. Où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivants avec des observations et des expériences sur les noyés. Paris, Lambert, 1752.
- [21]. Winslow JB. Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort. Paris, Trad. Bruhier, 1742.
- [22]. Larcan A et Brullard P. Remarques concernant la prévention, la notion d'urgence et l'organisation des secours au XVIII^e siècle. Histoire des Sciences Médicales, 1979.
- [23]. Corval Petitjean AM. Les urgences au fil des siècles. Paris, thèse méd., Bichat, 1991, n°38.
- [24]. Rousselet A. Les secours publics en cas d'accidents. Paris, soc. D'éd. sc., 1892.
- [25]. Larcan A et Brullard P. Histoire des idées et développement de la réanimation respiratoire au XVIII^e siècle. Histoire des Sciences Médicales, 1979.
- [26]. Portal. Histoire et Mémoires de l'Académie royale des sciences. Rapport sur la mort du Sieur Lemaire et de son épouse. Paris, 1774.
- [27]. Bloch C. L'Assistance et l'Etat en France à la veille de la Révolution (1764-1790). Paris, Picard, 1908.
- [28]. Larcan A et Brullard P. Histoire des gestes et des techniques de réanimation au XVIII^e siècle. Histoire des Sciences Médicales, 1979.
- [29]. Lenoir M. Mémoire de Lenoir M, ancien Lieutenant Général de Police, sur l'administration de la Police. Paris, Manuscrit, 1770.
- [30]. Larcan A. Description de l'intoxication oxycarbonée par D.B.Harmant, de Nancy, en 1775. Extrait des « Annales médicales de Nancy ». Nancy, 1968.
- [31]. Bailly J. La découverte du bouche à bouche. Thèse méd., Lyon, 1974.
- [32]. Larcan A. La réanimation médicale, contribution de l'Ecole française à son développement. Histoire des Sciences Médicales, 1993, 27.
- [33]. Strauss P. Paris ignoré. Paris, libr. impr. réunies, s.d.
- [34]. Larcan A. Précurseurs et acteurs de l'aide médicale urgente en France. Urg. méd., 1994, n°1-2, 74-82.
- [35]. Soumia C. Histoire de la Médecine. Albin Michel, 1993, 6.
- [36]. Anastassiou P. Saint-Antoine. Thèse méd. Paris, 1988.
- [37]. Antier C., Balmant P. Histoire de France. Ritchie C, Larousse-Bordas, 1998.
- [38]. Foucault M. Naissance de la clinique. Paris PUF, 1963.

- [39]. Imbert. Histoire des hôpitaux en France. Ed. Privat, 1982.
- [40]. De Barres H. Les secours publics de Louis XIV à nos jours. Thèse méd. Paris, 1909.
- [41]. Gutton JP et Imbert J. Bulletin de la Société Française d'histoire des hôpitaux. Paris, 1989.
- [42]. Le Quotidien. La Presse. Paris, Lundi 14 août 1837.
- [43]. Ackerknecht EH. La médecine à Paris entre 1800 et 1850. Alençon, 1958, impr. Poulet-Mallasis.
- [44]. Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres. Paris, Ed. Doin, 1996.
- [45]. Vallery-Radot. Un siècle d'histoire hospitalière de Louis Philippe à nos jours (1837-1949). Paris, Dupont, 1948.
- [46]. Ackerknecht EH. La médecine hospitalière à Paris. 1794-1848. Paris, Payot, 1986.
- [47]. Petit G. Hôtel-Dieu de Paris en juillet et août 1830. Paris, Chronique médicale, 1930.
- [48]. Borsa S, Michel CR. La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle. Paris, Hachette, 1985.
- [49]. Viscardi D. Saint Antoine, un hôpital pour un faubourg. APHP, Saint Antoine, 1999.
- [50]. Héraud G. L'Internat des hôpitaux de Paris et les grands événements de 1802 à 1852. Paris, dactyl., 1952. Thèse méd., Paris, 1952.
- [51]. Mauger A. Simples notes sur l'organisation des secours publics à Paris. Paris, Didier, 1905.
- [52]. Trelat MU. Mémoire historique et critique sur les hôpitaux examinés comme moyens de secours et d'enseignement. Paris, Villeret, 1829.
- [53]. Dictionnaire des Sciences Médicales. Tome XXV, 1818.
- [54]. L'hôpital Saint-Antoine (1795-1909). Paris, Berger Levrault, 1910.
- [55]. Guérard. L'Hôpital de Lariboisière. Paris, Steinheil, 1888. Thèse méd., Paris, 1888.
- [56]. Fosseyeux M. Paris médical en 1830. Paris, impr. Le François, 1930.
- [57]. Fosseyeux M. Les maisons de secours à Paris dans la première moitié du XIX^e siècle. Paris, Berger-Levrault, 1913. Extr. De la revue générale d'administration.
- [58]. Texte officiel du Conseil de Salubrité : Nouvelles instructions sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés. Arrêté du 19 juin 1835.
- [59]. Ogel V et Duquesne JM. Historique de l'aide médicale urgente. Soins n°593, fév.1995.
- [60]. Lavanzelle. Histoire de la médecine aux Armées. Tome 3 de 1914 à nos jours.
- [61]. Emmanuelli X. Au secours de la vie. La médecine d'urgence. Paris, Gallimard, 1996.

- [62]. Boule L. Hôpitaux parisiens, malades et maladies à l'heure des révolutions 1789-1848. Thèse Paris, Sorbonne, 1987.
- [63]. Werner , Goetschel. Les épidémies, un sursit permanent. Atlande, 1999.
- [64]. Guermonprez. Secours aux blessés. Paris, 1900.
- [65]. Oddo. La médecine d'urgence. Paris, 1910.
- [66]. Bariety M, Coury C. Histoire de la Médecine. Paris, Fayard, 1963.
- [67].Laborderie P. Quelques mots sur les hôpitaux de Paris durant le siège (1870-1871). Revue d'information et de documentation de l'A.P, 1952
- [68]. Tinguay du Pouët. De l'assistance médicale à l'hôpital et à domicile. Paris, Larose, 1900.
- [69]. Gallet L. Paris à l'hôpital. Extrait de la nouvelle revue du 15 avril 1892. Paris, typogr. Chamerot et Renouard, 1892.
- [70]. Guyot d'Amfreville. Les secours à domicile dans Paris. Paris, Rousseau, 1899. Thèse, droit, Paris, 1899.
- [71]. Chaput. L'Hôtel-Dieu en 1890.Archives des médecins .Extrait des « Réformes urgentes en chirurgie à Paris ». Paris, Librairie Berthier, 1890, 108.
- [72]. Du Camp M, de l'Académie française. Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIXè siècle. Paris, Hachette, 1884.
- [73]. Martineaud JP. Une histoire de l'hôpital Lariboisière ; Le Versailles de la misère ; L'Harmattan, Coll. Histoire de Paris, 1998, 58.
- [74]. Husson A.. De l'admission d'urgence des malades dans les hôpitaux, le 29.01.1862. Admissions dans les hôpitaux et hospices. Circulaire n°83, An X-1868.
- [75]. Gumberg. De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes. Paris, 1897.
- [76]. Terrier F. La garde en chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Leçon clinique professée le 10 novembre 1903 à l'hôpital de la Pitié. Paris, Alcan, 1904.
- [77]. Terrier F. Des soins à donner aux blessés dans les grandes villes. Paris, Alcan, 1896.
- [78]. Gaillard J. Assistance et urbanisme dans le Paris du second empire. Paris, extr.de « Recherches », déc.1977.
- [79]. Eyraud. De l'organisation hospitalière du service des prompts secours. Paris, Thèse méd.,1897.
- [80]. Hascoet J. Organisation des secours d'urgence dans Paris et les départements limitrophes; Thèse méd., Paris, Pitié n°21, 1979.
- [81]. Gallet L. Le service du prompt secours (théorie hospitalière). Paris, Steinheil, 1889.
- [82]. Bloch. Les ambulances des hôpitaux de Paris. Thèse méd., Paris, 1981, n°33..

- [83]. Merle d'Aubigné R. Les ambulances, 1952. Le centre de traumatologie de l'hôpital Cochin se place dans un plan d'organisation de la traumatologie en France. Paris, Revue d'information et de documentation de l'A.P (14-20), 1960.
- [84]. Gazette médicale de Paris (26 février 1848). Souvenirs du 24 février. Les ambulances. Paris, 1848.
- [85]. Huard P, Imbault-Huard MJ. Histoire de la médecine militaire. Histoire de la médecine, Albin Michel-Laffont, 8, 1993.
- [86]. Husson A. Note sur les tentes et baraques appliquées au traitement des blessés, lue dans la séance de l'académie impériale de Médecine du 27 juillet 1869. Paris, impr.Paul Dupont, 1869.
- [87]. Léonard J. La France médicale, médecins et malades, au XIX^e siècle. Paris, Gallimard-Julliard, Coll. Archives, 1978.
- [88]. Oury M. Histoire de la Tuberculose. Histoire de la Médecine, Albin Michel-Laffont, 8, 1993, 45-63.
- [89]. Gorny P. L'aventure de la Médecine. Paris, Lattès, 1991, 26.
- [90]. Salaün F. Accueillir et soigner, l'APHP, 150 ans d'histoire. APHP, Paris, 1999.
- [91]. Martin.. L'urgence dans les hôpitaux de Paris. Revue d'information et de documentation de l'A.P. L'hôpital à Paris, 1973.
- [92]. Debofle P, Drago R. L'administration de Paris (1789-1977). Paris, Doc. Française, 1979.
- [93]. Borgé, Viasnoff N. Archives des métiers : les médecins; Le bulletin médical du 03.04.16. La guerre de 14 : des chefs bornés. Milan, Trinckvel, 1995.
- [94]. Rousset V, Spadoni V. Des femmes, des hommes, un hôpital, le personnel de l'APHP témoigne. APHP, Paris, 1999.
- [95]. Lévêque M. Réforme de l'organisation hospitalière. Annales de Médecine sociale, octobre 1947.
- [96]. Mattei. Questions de garde de médecine. Paris, 1936.
- [97]. Ellrodt. Guide pratique des urgences médicales. Paris, Estem, 1995.
- [98]. Chevallier. La vie hospitalière à Paris. Faire face aux urgences. Paris, 1971, 365-369.
- [99]. Clément JM. Les urgences hospitalières. Cahiers hospitaliers, n°108, décembre 1995.
- [100]. Dupuis JY. La vie quotidienne à l'hôpital Bicêtre au XX^e siècle. Paris, Kremlin-Bicêtre, La compagnie d'Hauteville, 1999.
- [101]. Copel D. Réflexions sur l'organisation des services d'urgence. Thèse méd., Paris, Bichat n°232, 1975.

- [102]. Debesse B. L'hôpital à Paris en 1980 (n°55 à 60). L'urgence chirurgicale à Paris naguère et aujourd'hui, ses problèmes. Revue d'information et de documentation de l'A.P.
- [103]. Exbrayat-Durivaux R. La chirurgie d'urgence dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. Paris, Revue d'information et de documentation de l'A.P, 1955
- [104]. Cara M. Le SAMU de Paris. Bulletin académique national médical, 1981, n°3.
- [105]. Cara M, Gardie A. Le SAMU. Revue d'information et de documentation de l'A.P. L'hôpital à Paris, 1973, n°13-18.
- [106]. Lemonnier. Projet pour la maison des urgences à Paris. Technique hospitalière, 37^eannée, n°436, Janvier 1982.
- [107]. Gallet L. Guerre et Commune. Impressions d'un hospitalier. 1870-1871. Paris, Calmann-Levy, 1898.
- [108]. Commenge. Rapport sur le service de nuit. Paris, Séance du 14 octobre 1885.