



DOSSIER DE PRESSE



LES SECOURS AUX BLESSÉS ET AUX VICTIMES DE LA GRANDE GUERRE À NOS JOURS

EXPOSITION / 8 OCTOBRE 2016 > 31 MARS 2017



Mémorial de Verdun

+ 33 (0)3 29 88 19 16 / info@memorial-verdun.fr / www.memorial-verdun.fr

1 avenue du Corps européen / 55 100 Fleury-devant-Douaumont

PARTENAIRES : BSPP / CERAH / CROIX-ROUGE FRANÇAISE / DAPSA / DICOD / ECMSSA / ECPAD / EDITIONS BAMBOO / MSSA / SIRPA TERRE

Photographie : Paris, Bataclan / Attentats du 13 novembre 2015 © C. Beaujard / BSPP
Personnage extrait de la bande dessinée *L'Ambulance 13* © Bamboo Édition 2016 – Ordas & Mounier

SOMMAIRE

Éditorial par Thierry Hubscher	p. 3
Communiqué de presse	p. 4
L'exposition	p. 6
Propos par Anne Bourdais, co-commissaire de l'exposition	p. 6
Les commissaires d'exposition	p. 7
Séquence 1 - Territoire(s)	p. 9
Séquence 2 - Savoir-faire	p. 14
Séquence 3 - Le parcours du blessé	p. 18
Séquence 4 - La médecine de catastrophe	p. 22
La scénographie	p. 24
Colloque : Verdun, Terre de santé	p. 25
La programmation culturelle et pédagogique	p. 26
Concerts	p. 26
Rencontres	p. 27
Visites contées	p. 28
Ateliers jeune public	p.29
MOOC	p.29
Les visuels disponibles pour la presse	p. 30
Informations pratiques	p. 31
Les acteurs	p. 32

RELATIONS AVEC LA PRESSE

HEYMANN, RENOULT ASSOCIÉES / Sarah Heymann

Marc Fernandes (presse nationale) : m.fernandes@heyman-renoult.com

Bettina Bauerfeind (presse internationale) : b.bauerfeind@heyman-renoult.com

TEL. : 01 44 61 76 76 - documents téléchargeables sur www.heyman-renoult.com

ÉDITORIAL

par Thierry Hubscher, Directeur du Mémorial de Verdun



Le Mémorial a rouvert ses portes le 21 février dernier pour être au rendez-vous de l'Histoire à l'occasion du centième anniversaire de l'offensive allemande du bois des Caures, qui marqua le début de la bataille de Verdun en 1916.

Cette ouverture était attendue avec impatience après 2 ans et demi de travaux aux termes desquels le Mémorial est réapparu totalement métamorphosé : de nouveaux espaces, une scénographie résolument contemporaine mais fidèle à l'esprit des fondateurs.

Dès l'année d'ouverture, nous nous sommes attachés à proposer une programmation culturelle et pédagogique variée et pluridisciplinaire, représentative de la nouvelle identité du Mémorial, afin de diversifier les approches de la bataille de Verdun, de s'ouvrir sur l'actualité et toucher un large public. Concerts, expositions temporaires, conférences, ciné-débats, ateliers jeune public, visites guidées, thématiques et contées viennent ponctuer cette première année de réouverture pour célébrer et commémorer le centenaire de la bataille sous des regards différents.

Une première exposition temporaire « Des hommes, un lieu, des objets – histoire et renaissance du Mémorial de Verdun », installée pour l'inauguration officielle du Mémorial par le président de la République et la chancelière d'Allemagne le 29 mai dernier, a relaté l'histoire du Mémorial en rendant hommage aux différents acteurs qui ont contribué à faire naître puis renaître ce haut lieu de mémoire. Un cycle de concerts « Verdun, des musiques pour une bataille » jalonne l'année 2016 pour faire découvrir aux spectateurs une dimension musicale souvent inédite ou oubliée du premier conflit.

En écho aux journées d'étude « Verdun, Terre de Santé - Les secours aux blessés, un héritage : 1916-2016 ? », notre seconde exposition temporaire s'ancre dans l'actualité récente en abordant la question du rôle déterminant des équipes de secours aux blessés et aux victimes, depuis la Grande Guerre et plus particulièrement la bataille de Verdun, jusqu'aux conflits et événements contemporains.

Après 7 mois d'exploitation, le Mémorial de Verdun rencontre un vif succès. Près de 160 000 visiteurs en ont franchi les portes. Il a accueilli plus de 25 000 scolaires et plus de 80 nationalités différentes. Totalement repensé pour le centenaire, sa nouvelle présentation semble largement convaincre les visiteurs.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

LES SECOURS AUX BLESSÉS ET AUX VICTIMES DE LA GRANDE GUERRE À NOS JOURS

Exposition temporaire thématique

8 octobre 2016 - 31 mars 2017

La première exposition temporaire thématique du Mémorial de Verdun intitulée *Les secours aux blessés et aux victimes de la Grande Guerre à nos jours*, est consacrée à la médecine d'urgence et retrace son évolution depuis le Premier Conflit jusqu'au SAMU d'aujourd'hui. Elle sera complétée et en lien avec le colloque *Verdun, Terre de santé* qui se tiendra à Verdun les 7 et 8 octobre 2016.

Cette exposition propose un éclairage sur ce qui détermine les choix de l'organisation des différents secours médicaux sur les lieux où ils interviennent, selon la nature des territoires, des modes d'évacuation possibles, des différents savoir-faire ou en fonction des connaissances techniques du moment.

Traversant les grands conflits et événements qui ont ponctué le siècle passé depuis 1914, le visiteur pourra découvrir une vaste chronologie illustrant les changements des secours aux blessés et aux victimes à partir d'objets d'époque, de photographies, de projections et de matériel médical.

Après une partie introductive, le parcours s'organise en deux grands temps, qu'un sas met en relation. Les deux premières séquences sont comme des « boîtes à outils ». Elles donnent au visiteur les clés de compréhension concernant le parcours du blessé.

- La première séquence nommée **Territoire(s)**, évoque ainsi les différentes voies et moyens d'évacuation possibles des blessés (brancardier, train sanitaire, ambulance, bateau, avion...) mis en place selon la nature des zones de conflits. La montagne sera évoquée avec, par exemple, l'Afghanistan, le désert avec la Guerre du Rif, le milieu maritime avec l'Indochine, le milieu ouvert avec la bataille de Verdun ou encore le milieu urbain avec l'exemple de Beyrouth.

- La seconde séquence, dédiée aux **Savoir-faire**, rend ensuite compte des progrès des connaissances médicales au fil du temps, à travers l'exemple de l'imagerie médicale, de la chirurgie, de la réanimation, et des impacts sur les techniques de secourisme qui ont vu apparaître la sérothérapie, les vaccinations ou encore le scanner.

- Le visiteur traverse ensuite un sas qui crée une respiration, un temps d'arrêt, une pause réflexive dans le parcours. Y sont lisibles des citations de praticiens, d'écrivains, etc...

Les deux dernières parties s'intéressent ensuite au parcours même du blessé.

- Ainsi l'organisation de la chaîne des secours aux blessés (secourir, sauver, soigner) depuis leur sauvetage et les premiers soins médicaux jusqu'au traitement définitif à l'hôpital, est le sujet de la troisième séquence **Le parcours du blessé**. Les brancardiers de 39-45 y seront plus particulièrement mis en lumière et les enjeux du triage expliqués.

- Enfin la quatrième séquence intitulée **La médecine de catastrophe** présente l'organisation civile du secours à la personne et des secours de masse, qui s'apparente à celle de la chaîne médicale militaire. Dans cette partie il sera possible de découvrir un focus sur la Croix-Rouge ainsi que des reportages photographiques de la Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris.



Blessé secouru aux Eparges sur le champ de bataille, 1915 © Mémorial de Verdun

L'EXPOSITION

LE PROPOS DE L'EXPOSITION

par Anne Bourdais,

Co-commissaire de l'exposition avec Olivier Farret et Raymond Wey



L'exposition temporaire « **Les secours aux blessés et aux victimes, de la Grande Guerre à nos jours** », est consacrée à la mise en œuvre du soutien médical des combattants et à l'évolution des pratiques de la médecine d'urgence - mettant en jeu la vie des personnes ou leurs fonctions vitales - depuis la bataille de Verdun jusqu'aux conflits et évènements récents.

Pensée en continuité avec l'environnement local et le parcours permanent du Mémorial, l'exposition temporaire prend appui sur le territoire de Verdun pour déployer son récit. Depuis ces terres meurtries, foulées par des milliers de soldats, le cheminement couvre un siècle d'histoire. Il se déploie en quatre étapes majeures, introduites par un préambule et clôturées par un épilogue.

Tout au long du parcours, le propos est soutenu par l'iconographie, les œuvres et objets de collection et les objets modernes, témoins d'hier et d'aujourd'hui provenant d'horizons de référence.

Ainsi que pour l'ensemble des contenus, la densité des sources présentées est le fruit d'une étroite concertation avec les membres du Conseil scientifique, et par ailleurs l'aboutissement d'un véritable travail d'équipe mené conjointement avec Olivier Farret et Raymond Wey. Sur un mode itératif, le récit fut ainsi construit sur un socle solide et déployé dans le souci constant de son illustration et de sa réalisation.

Parmi les grands axes du projet, nos choix ont porté sur les priorités suivantes :

- ◇ Mettre en lumière les facteurs déterminants dans l'**efficacité des secours : aspects territoriaux, aspects techniques et scientifiques, aspects humains, psychologiques ou sociologiques**,
- ◇ Faire (re)découvrir aux visiteurs les différentes **mutations scientifiques et techniques** qui ont profondément modifié « le monde » des secours militaires et civils,
- ◇ Expliciter le concept de la **chaîne opérationnelle** du soutien médical et les adaptations effectuées durant un siècle,
- ◇ Valoriser le patrimoine sous ses aspects historiques, humains, scientifiques, culturels et techniques... en lui confirmant une place avérée dans la construction de la mémoire,
- ◇ Permettre aux Meusiens de (re) découvrir leur territoire sous un aspect « humanitaire », souvent méconnu,
- ◇ Placer les multiples acteurs des secours à la place qui leur revient dans le sauvetage des vies, accompli dans des conditions souvent extrêmes,
- ◇ Mettre en avant l'implication individuelle et collective en les inscrivant dans une continuité.

L'exposition / Le propos de l'exposition

Les deux premières séquences « **Territoire(s)** » et « **Savoir-faire** », ont pour objet de situer le visiteur dans l'espace et le temps. Selon la période historique, selon les milieux, l'avancée des recherches, l'évolution des techniques et des états d'esprit, les expérimentations et les pratiques, les personnes portant secours n'ont pas bénéficié des mêmes moyens ni des mêmes conditions pour accéder aux blessés, pour les évacuer, les soigner, les sauver. Ces deux premières séquences permettent au visiteur, de mieux comprendre les situations variées et périlleuses auxquelles les secours ont été confrontés durant le dernier siècle.

Passée cette vision panoptique, et avant d'entrer plus en détail dans les méthodes d'intervention, l'attention du visiteur est recentrée sur le **lien entre le blessé et le soignant**. Dans un espace « suspendu hors du temps », quatre portraits et quatre témoignages sont présentés en vis à vis.

Ils font écho aux portraits des « personnels des secours » présentés en fil rouge de l'exposition depuis la première séquence.

La séquence suivante permet d'appréhender le concept de « **La chaîne des secours** », et les adaptations apportées au fil du siècle dans l'organisation des secours, afin de réduire le temps entre la blessure et les soins, et afin que les délais incompressibles soient aussi mis à profit dans la prise en charge des blessés.

Cette course contre la montre est également présente dans la séquence intitulée « **La médecine de catastrophe** ». Cette dernière scansion met en évidence la parenté entre les méthodes militaires et les pratiques civiles, et l'indéniable cohésion entre tous les acteurs, du secours à la personne jusqu'aux secours de masse.

Un certain nombre d'organisations y sont distinguées et parmi elles les plus connues du grand public.

Au terme du parcours, il est rappelé au visiteur qu'aujourd'hui comme hier il lui est toujours possible d'agir en apprenant les gestes qui sauvent.

LES COMMISSAIRES D'EXPOSITION

Anne Bourdais, Olivier Farret et Raymond Wey

Anne Bourdais, muséographe et commissaire d'exposition, intervient auprès des maîtres d'ouvrage dans le cadre de la valorisation de leur équipement, tant pour des projets d'expositions patrimoniales que sociétales, temporaires et permanentes, à fort caractère culturel.

Sa pratique avérée de la programmation muséographique et du suivi de projet architectural et scénographique lui permet de concevoir des outils adaptés aux besoins, et de définir des supports de médiation en relation avec les sites, les publics, et les collections.

Issue des filières artistiques et programmatiques, Anne Bourdais intervient également au sein d'équipes de maîtrise d'œuvre pour la conception muséographique des expositions. Ses interventions permettent aux architectes scénographes de concevoir un projet scénographique en parfaite adéquation avec le programme qui leur est confié.

Anne Bourdais a assuré le commissariat d'exposition pour le projet « Les secours aux blessés et aux victimes, de la Grande Guerre à nos jours » au Mémorial de Verdun.

L'exposition / Les commissaires d'exposition

Elle travaille actuellement sur les programmes muséographiques suivants : Musée de la Ville de Morlaix, Couvent des Jacobins ; Musée de la Résistance en Bretagne à Saint-Marcel ; Musée de la Libération de Paris, Accueil des Catacombes ; Maison John et Eugénie Bost, La Force. Par ailleurs elle a élaboré les programmes muséographiques suivants : Musée archéologique régional de Narbonne ; Musée-bibliothèque « l'Inguimbertaine » à l'Hôtel-Dieu de Carpentras ; Musée archéologique de Mariana, « Prince Rainier III de Monaco », Lucciana en Haute-Corse ; Le Beffroi de Douai ; Projet « Spot famille », Musée du Louvre, Direction des Publics ; Le « Volet réflexif – Mémoire pour demain », Fondation du Camp des Milles, Aix-les-Milles.



Olivier Farret, Médecin général inspecteur (2s)

Médecin des hôpitaux des armées. Président de l'Association des amis du musée du Service de santé des armées (AAMSSA) au Val-de-Grâce. Membre du conseil d'administration de la Société des amis du musée de l'armée (SAMA).

Il a participé aux colloques « Une armée qui soigne. Le Service de santé des armées durant la Grande Guerre » (2015), « Le soutien médical des contingents d'outre-mer dans la Grande Guerre » (2016) et a mené plusieurs conférences sur le thème de la Guerre 1914-1918 : « L'Art des tranchées, un Patrimoine de la Grande Guerre » (2014) et « La Mémoire du Chemin des Dames » (2016).



Raymond Wey, Médecin général inspecteur (2s)

Président du Comité d'Histoire du SSA et vice président de l'AAMSSA. Spécialiste du Service de santé des armées (techniques d'organisation et de logistique sanitaire) ; Breveté de l'Enseignement militaire supérieur.

Il a occupé les fonctions de conseiller santé du Chef d'Etat major de l'Armée de terre, d'Inspecteur des réserves du SSA, de Secrétaire général du Conseil Supérieur de la réserve militaire et de conseiller du Secrétaire d'Etat à la Défense et aux Anciens Combattants.

Olivier Farret et Raymond Wey sont administrateurs de l'**Association des Amis du Musée du Service de Santé des Armées (AAMSSA)** au Val-de-Grâce.

L'AAMSSA a pour principal objectif d'accroître le rayonnement du patrimoine historique et culturel constitué par l'ensemble des collections détenues par le Musée du Service de Santé des Armées et de développer la connaissance de l'histoire, des actions et de la mémoire du Service. L'association constitue un des pôles du réseau « Histoire » de la direction centrale du Service de santé des armées et dispose en son sein d'un « Comité d'Histoire ». L'AAMSSA organise des conférences, participe à des commémorations et des colloques ou les initie : « Une armée qui soigne. Le Service de santé aux armées durant la Grande Guerre » (2015) ; « Le soutien médical des contingents d'outre-mer pendant la Grande Guerre » (2016) ; « Les secours aux blessés, un héritage : 1916 - 2016...? » dans le cadre des Journées « Verdun, Terre de Santé ».

Partie 1 - TERRITOIRE(S)



L'exposition / Partie 1 - Territoire(s)

Chaque territoire, chaque milieu, peut devenir un enjeu de conquête, une base de puissance, un espace de transit. Tel fut le cas depuis toujours pour les milieux terrestre et maritime. Depuis un peu moins d'un siècle le milieu aérien les a rejoints.

L'Europe, couverte des cicatrices de tant de guerres et ouverte par tant de couloirs d'invasions est un milieu traversé de routes offrant les voies d'évacuation pour les blessés qui pouvaient quitter le champ de bataille et les voies d'acheminement des secours pour ceux qui ne pouvaient qu'attendre. Longtemps les évacuations sanitaires furent tributaires de cette seule **voie de surface** qu'il fallut apprendre à exploiter pendant qu'ailleurs, les délais de transport étaient rythmés par les étapes franchies par les montures dans les déserts ou par le portage humain dans les forêts tropicales.

La mer, par sa nature, éloignait le combat naval des secours et isolait les soignants de toute aide complémentaire. Le chirurgien du bord était seul. Pourtant, elle était aussi voie d'évacuation pour laquelle la durée des transits maritimes imposait la capacité de soigner et d'opérer. Elle le devint, et le resta depuis lors, également au profit des troupes combattant à terre.

Avec l'emploi du **milieu aérien** - pour s'affranchir des contraintes des milieux les plus hostiles et réduire les délais - les évacuations sanitaires précoces et systématiques sont devenues le fer de lance du soutien médical français.

Milieus complexes

Les conflits se tiennent dans toutes sortes de milieux complexes : désert, mer, montagne, milieu tropical, milieu urbain, etc. Ces milieux comportent des spécificités qui impliquent une **adaptation de la logistique des secours médicaux** au niveau du portage, des possibilités d'acheminement vers des structures hospitalières...

Par exemple, la **montagne** impose de dures et fluctuantes contraintes : elle est un ennemi à part entière, comme l'ont montré les batailles des Vosges ou des Alpes italiennes de la Grande Guerre. L'environnement montagnard est déterminé par la pente, l'altitude et l'exposition. Sous toutes les latitudes, les écosystèmes se succèdent en bandes étagées : étages des forêts, des pelouses, des roches à nu et des neiges permanentes. La guerre en montagne exige des infrastructures et des technologies de logistique et de transport spécifiques, comme les véhicules blindés à haute mobilité et les hélicoptères de transport lourd. L'aguerrissement est indispensable pour supporter et dominer cet environnement. Nombre de pays disposent d'unités de combat adaptées.

Voie de surface

Le milieu terrestre est caractérisé par ses nombreuses coupures et par les entraves qui le jalonnent, montagnes, fleuves, villes, obstacles artificiels ou issus des combats... qui représentent autant de contraintes pour la mise en œuvre du soutien médical et des évacuations sanitaires.

Le soutien médical est de ce fait très dépendant des infrastructures existantes, notamment des **axes de communication**, du cadre climatique comme des **conditions météorologiques** et de l'**environnement sécuritaire**.

A cette **dépendance directe au terrain**, s'ajoutent les **impératifs de l'action militaire terrestre**, ses modes d'action, la dispersion des forces et l'amplitude des distances entre les unités.

L'exposition / Partie 1 - Territoire(s)

Les principales conséquences pour le soutien médical sont :

- ◇ la nécessité de concentrer à l'avant des moyens spécialisés pour les blessés les plus graves (ex : antenne chirurgicale, module de chirurgie vitale)
- ◇ des pressions sur les flux de ravitaillement sanitaire y compris en produits à forte contrainte d'acheminement (ex : produits sanguins)
- ◇ l'assujettissement des évacuations sanitaires aux possibilités de parcours.

Voie maritime

Quelle que soit la mission, les zones d'opération du milieu maritime se caractérisent par l'importance de l'espace couvert et par des contraintes spécifiques :

- ◇ les **conditions météorologiques** comme l'**éloignement** peuvent interdire l'emploi de vecteurs aériens embarqués ;
- ◇ les **ressources disponibles**, comptées en quantité et en qualité, ne sont que celles du bord. Les escales permettent l'avitaillement sous réserve d'une organisation logistique complexe et d'une bonne anticipation des besoins.

La voie routière



1914-1918 / Verdun / Mouvement de troupe sur la Voie Sacrée © Mémorial de Verdun

Mode traditionnel des évacuations sanitaires, la voie routière a été magnifiée à Verdun par la « **Voie Sacrée** », qui permit aux flux d'ambulances d'éloigner les blessés des lignes de combat.

Si au début de la Grande Guerre les transports étaient encore effectués par des **véhicules hippomobiles**, les **sections sanitaires automobiles** se multiplièrent très vite, passant de 450 véhicules en 1914 à 4800 en 1918.

Désormais, les évacuations sanitaires seraient motorisées, faisant apparaître un nouvel acteur dans la chaîne des secours aux blessés: le **conducteur ambulancier**. Cette fonction se féminisera significativement à partir de la loi de 1938. La **Seconde Guerre** vit l'engagement de nombreuses volontaires au sein des bataillons médicaux des Forces Françaises Libres.

L'évolution liée aux conditions du combat moderne a vu apparaître des **véhicules sanitaires blindés**, pouvant s'affranchir des réseaux routiers et apportant une protection contre la mitraille du champ de bataille.

L'exposition / Partie 1 - Territoire(s)

En matière de soutien médical ces particularités entraînent:

- ◇ la nécessité de prévoir une autonomie initiale importante
- ◇ l'indispensable polyvalence des professionnels de santé exerçant à bord des bateaux, situés à distance de toute structure de soins de niveau supérieur et confrontés à d'éventuelles difficultés pour effectuer des évacuations secondaires
- ◇ des possibilités réduites de ravitaillement médical dans les ports ou en mer, en particulier pour des produits à péremption courte (ex : produits sanguins).

L'isolement des soignants à bord des bâtiments justifie par ailleurs le développement des capacités de télémédecine.

Voie aérienne

Les moyens aériens permettent l'exécution de missions de soutien médical au profit des autres milieux. En particulier, ils sont utilisés pour la réalisation des **évacuations aéromédicalisées des militaires blessés**. Ces missions présupposent des soignants formés et entraînés, ainsi que des produits et des matériels de santé ayant, pour des raisons de sécurité, fait la preuve qu'ils pouvaient être employables au cours des différentes phases de vol.

L'avion sanitaire



1921 / Bréguet XIV en version sanitaire affecté au Maroc et au Levant © MSSA

Initialisées au Maroc sur Bréguet XIV en 1921, les évacuations sanitaires aériennes (EVASAN) entrèrent rapidement dans la pratique courante grâce au **médecin colonel Robert Picqué** qui mit en place entre 1922 et 1927, au profit de la population, la première organisation sanitaire aérienne dans le Sud-Ouest de la France.

Peu employés de 1939 à 1944, pilotes et médecins français renouèrent avec ce mode d'évacuation à bord de Dakota lors des combats de Monte Cassino en Italie puis en Alsace, fin 1944.

L'aviation sanitaire s'illustra en Indochine avec des avions lourds (Dakota et Junker) pour les évacuations secondaires et avec le petit Morane-Saulnier pouvant accéder aux postes isolés.

Depuis, tous les avions de transport militaire participent aux EVASAN. Ils participent aux secours publics en cas de besoin, notamment lors de phénomènes météorologiques majeurs (Martinique, 1979 - 1993 - 2007) ou de catastrophes naturelles (Haïti, 2010).

L'exposition / Partie 1 - Territoire(s)

Cependant, des missions très spécifiques pour lesquelles une expertise médicale en vol est requise (mission de largage à très grande hauteur, missions « search and rescue »⁽¹⁾ avec hélitreuillage, etc.) impliquent une spécialisation complémentaire pour l'équipe sanitaire.

Le soutien médical des unités aériennes est essentiellement un soutien au sol. Toutes les manœuvres aériennes entraînent des contraintes physiologiques qui peuvent altérer l'état de santé du personnel navigant (fatigue, troubles musculo-squelettiques, troubles du rythme veille-sommeil par exemple). Dès lors, le soutien médical du personnel navigant procède réglementairement d'un contrôle régulier de l'aptitude, y compris en opérations.

Les délais

Aujourd'hui, les délais cliniques de prise en charge sont définis comme des **créneaux de temps durant lesquels des actions médicales doivent être entreprises**, et au-delà desquels on peut considérer que la prise en charge n'a pas été réalisée dans des conditions optimales. Le soutien médical des opérations doit, par son organisation et malgré les contraintes de l'environnement des combats dans lequel les équipes médicales de l'Avant évoluent, permettre le respect de différents délais :

- ◊ 10 minutes, « **les 10 minutes de platine** » ou « **les 10 minutes vitales** » : dans ce délai qui suit sa blessure, le patient doit avoir reçu les premiers soins liés au « sauvetage de combat »⁽²⁾ ;
- ◊ 30 minutes : la **médicalisation du blessé** doit être effectuée dans ce créneau de temps ;
- ◊ 1 heure (« **l'heure d'évacuation médicalisée** ») : le blessé doit pouvoir être évacué dans l'heure suivant la blessure, prioritairement par hélicoptère médicalisé ;
- ◊ 2 heures (« **les 2 heures chirurgicales** ») : le blessé doit avoir été transféré avant la fin de ce délai au sein d'une unité médico-chirurgicale où s'effectuera la prise en charge chirurgicale selon les principes du « damage control »⁽³⁾.

Pour les blessés les plus graves, ce délai de deux heures peut être trop important pour maintenir les constantes et permettre la survie. Chez ces blessés il faut approcher le délai d'une heure entre la blessure et l'arrivée dans une première structure chirurgicale.

La prise en charge d'un blessé grave au combat est donc une « course contre la montre » qui se gagne en réalisant un équilibre fragile entre les délais cliniques à respecter et les durées d'évacuation conditionnées par les distances entre les formations de soins et les moyens disponibles pour les rejoindre.

Ces règles n'ont plus aucune commune mesure avec celles qui prévalaient dans les conflits antérieurs.

(1) Search and rescue : Missions de recherche et de sauvetage, en particulier d'équipages d'avions d'attaque qui auraient été abattus en zone hostile.

(2) Sauvetage au combat : ensemble des techniques immédiates de mise en sécurité et de préservation des chances de survie du blessé. Ces techniques sont conduites soit par le combattant lui-même soit, le plus souvent, par ses camarades de combat ou les auxiliaires sanitaires.

(3) Damage control : Concept recouvrant une stratégie de prise en charge du choc hémorragique centrée sur une réanimation préopératoire suivie d'une chirurgie de sauvetage minimaliste comprenant trois temps : un premier temps chirurgical, rapide, partiel, d'arrêt des hémorragies ; un second temps de réanimation avec correction des troubles, en particulier de la coagulation ; un troisième temps, chirurgical qui permet le traitement définitif des lésions et qui s'étend sur des délais variables.

Partie 2 - SAVOIR-FAIRE



1914 -1918 / Mutilé de la Grande guerre appareillé pour exercer la profession de soudeur © Mémorial de Verdun

L'exposition / Partie 2 : Savoir-faire

En temps de guerre, la mobilisation scientifique et humanitaire a souvent permis des **avancées majeures en médecine et en chirurgie** pour faire bénéficier aux blessés et aux victimes des meilleures chances de survie et de guérison. Certaines de ces avancées ont marqué une véritable rupture des pratiques tant diagnostiques que thérapeutiques.

Au cours du siècle, malgré la multiplication des polyblessés et l'aggravation des lésions provoquées par l'augmentation de la vitesse des projectiles et par l'apparition des « engins explosifs improvisés » ⁽¹⁾, les avancées thérapeutiques ont été considérables, notamment :

- ◇ **La lutte contre l'infection des plaies** responsable de morts secondaires (gangrène gazeuse, tétanos) a été améliorée en particulier avec l'utilisation des antiseptiques (Dakin, 1915), des antibiotiques (pénicilline, 1941), du sérum antitétanique
- ◇ **Les progrès de l'anesthésie et de la réanimation** ont permis de sauver des blessés condamnés auparavant
- ◇ **La chirurgie de guerre** a su adapter à ses exigences les principes nés de la prise en charge de la traumatologie courante (trauma damage control surgery cf. page 13)
- ◇ **L'imagerie médicale** est venue bouleverser les capacités diagnostiques
- ◇ **Des réactions rapides et efficaces** se sont imposées pour secourir les combattants et les populations face à l'emploi d'armes chimiques et aux menaces nucléaires ou bactériologiques
- ◇ **La psychiatrie de guerre** a émergé en 1914-1918 avant de sombrer dans un relatif oubli pour retrouver toute son acuité dans les conflits et les attentats récents
- ◇ **L'adaptation de la doctrine sanitaire aux progrès scientifiques** a permis d'obtenir leur plein effet dans la « course contre le temps » que représente la prise en charge des blessés les plus graves.

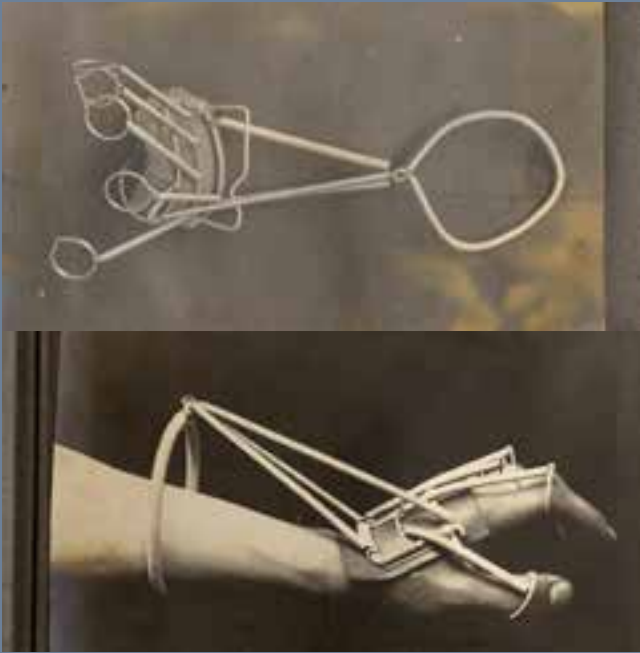
⁽¹⁾ Engin explosif improvisé : Piège explosif ou bombe artisanale de conception rudimentaire principalement employés par les forces terroristes et de guérilla, utilisant des composés chimiques puissants et éventuellement incendiaires ou toxiques.

La solution de Dakin



Henry Drysdale Dakin, chimiste britannique, et **Alexis Carrel**, chirurgien français, en poste à Compiègne, élaborent une solution antiseptique d'hypochlorite de sodium pour prévenir l'infection des plaies. D'action rapide (une minute), elle agit sur les bactéries, les virus, les levures et les moisissures. Ce « **liquide merveilleux** » est utilisé au front, pour la première fois, le 3 août 1915, avec succès. Le Dakin s'impose, dès 1916, pour lutter contre la gangrène et réduire le nombre d'amputations. Antiseptique local à usage externe, il est encore très utilisé de nos jours.

La chirurgie orthopédique



1914 -1918 / Appareil de Fourmestaux pour fracture de l'avant-bras © MSSA

La **chirurgie des membres**, considérée comme révolutionnaire pendant la Première Guerre mondiale, a d'abord été confrontée à un très grand nombre de blessures au pronostic sombre. Les éclats des projectiles d'artillerie, de mortiers, de grenades et de mines produisaient des délabrements massifs des tissus envahis de débris divers, propices aux infections.

La **meilleure connaissance de l'évolution biologique de la plaie de guerre** entraîna une adaptation radicale des techniques chirurgicales.

Les succès de la chirurgie de guerre furent redevables de **l'asepsie** ⁽¹⁾, de **l'antisepsie** ⁽²⁾, de la **radiologie** et de **l'anesthésie**. Des principes chirurgicaux qui prévalent encore de nos jours ont été édictés alors : débridement ⁽³⁾ et parage ⁽⁴⁾ des parties molles autour de la plaie, non fermeture primaire de la plaie, lavage et irrigation continue par des antiseptiques (solution de Dakin), immobilisation des fractures par des techniques de contention et de traction (fixateur externe).

La préservation du membre fracturé put devenir la règle, les chirurgiens s'employant à lui rendre tout ou partie de sa motricité. La prise en charge se prolongeait jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle avec l'émergence de **la rééducation fonctionnelle** et de **l'appareillage des mutilés**.

(1) Asepsie : Méthode de protection destinée à empêcher les germes d'infecter un organisme ou un élément inerte.

(2) Antisepsie : Méthode visant à détruire les agents infectieux sur la surface cutanée à l'aide d'une substance antiseptique.

(3) Débridement (d'une plaie) : Large ouverture du foyer d'une plaie permettant son nettoyage en profondeur.

(4) Parage : Action chirurgicale consistant à nettoyer une plaie, en retirant tous les débris afin de dégager le tissu sain, non infecté, dans le but de faciliter la cicatrisation.

La chirurgie maxillo-faciale



1914 -1918 / Chirurgie réparatrice Les « Gueules cassées » © MSSA

Lors de la Première Guerre mondiale, un nombre considérable de combattants a été blessé au visage (14%), avec des lésions des mâchoires et de la face. Ils formèrent la cohorte des **500 000 Gueules Cassées**. Pour eux, une nouvelle discipline chirurgicale vit le jour, la **chirurgie maxillo-faciale réparatrice et plastique**.

Au sein de centres spécialisés, des chirurgiens y accomplirent des prouesses. Les traitements étaient complexes et comportaient plusieurs étapes : la survie du blessé en jugulant les risques d'asphyxie et d'hémorragie, un traitement primaire avec parage ⁽⁴⁾ et mise en condition afin de limiter les complications fonctionnelles et esthétiques, un traitement secondaire rétablissant la fonction altérée et améliorant l'aspect des cicatrices. Dans certains cas, un traitement prothétique pouvait pallier les limites de la chirurgie réparatrice.

Georges Duhamel, écrivit « Il est un devoir de reconstituer ces appareils délicats qui permettent à l'homme de manger, de respirer, de sentir les odeurs, de voir et d'entendre et qui permettent aussi de paraître au milieu de ses semblables sans leur inspirer étonnement et répulsion. » (*Vie des Martyrs*)

L'essor de cette chirurgie s'affirmera tout au long du siècle, avec des méthodes et des techniques de plus en plus perfectionnées, permettant de franchir très récemment un palier hautement symbolique : la greffe de visage.

Le pansement individuel



Pansement © Mémorial de Verdun

Le pansement individuel pour Poilus « se compose d'un plumasseau d'étoffe, enveloppé de gaze ; d'une compresse de gaze ; d'une bande de coton ; d'un nouveau tissu imperméable et de deux épingles de sûreté » (règlement de 1892).

Ces pansements furent préparés avant la guerre. Tout au long de la Grande Guerre, 35 millions furent distribués aux armées. En 1936, devant la menace qui se faisait jour, le Service de santé relança l'achat de pansements individuels du même modèle que précédemment. L'article se composait de « deux pansements (gaze et coton hydrophile) de 15 cm sur 70 cm, une bande en enveloppes, l'une intérieure en tissu imperméable et une autre extérieure en coton de couleur grise ». Du 15 au 25 février 1940, un million de pansements individuels furent livrés aux armées.

Avec la guerre d'Indochine, le Service de santé fit étudier un nouveau pansement individuel, adopté en 1949 et produit pendant de nombreuses années sans grande évolution dans sa forme et sa composition, mais dont le poids et le volume se réduisirent significativement. Actuellement les soldats sont dotés « d'une trousse individuelle du combattant » comportant plusieurs articles dont un pansement de type compressif, des compresses, et un pansement stérile.

Traumatismes psychiques



1914 -1918 / Malade halluciné © MSSA

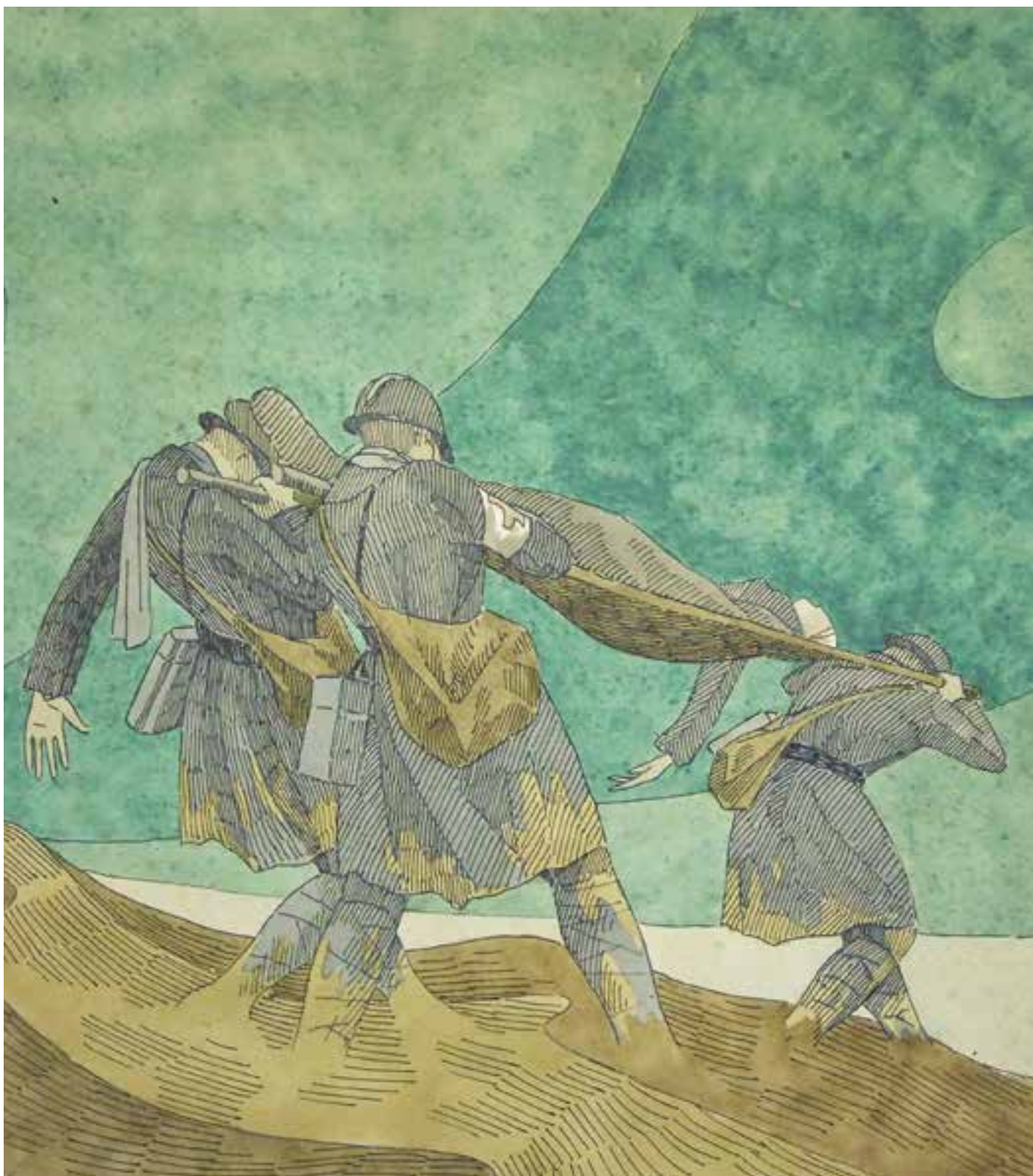
Les traumatismes psychiques sont reconnus lors de la Grande Guerre et décrits sous des noms variables : obusite, névrose de guerre, psychonévrose de guerre, etc. A cette époque, les mécanismes générateurs des troubles furent très controversés alors que les premières tentatives thérapeutiques s'élaboraient. Toutefois, l'intérêt pour cette pathologie s'éteignit progressivement.

La Seconde Guerre mondiale, le retour des déportés murés dans leur silence, les traces inaltérables chez les soldats du contingent de la guerre d'Algérie, les ravages au sein des vétérans de la guerre du Vietnam ne firent qu'alerter les spécialistes. L'importance quantitative des troubles observés mena à une prise de conscience qui aboutit à l'intégration de psychiatres dans les structures sanitaires participant à la Guerre du Golfe. Depuis, au même titre que la blessure physique, le **syndrome de stress post-traumatique** est bien individualisé. Il s'agit d'une réaction psychologique résultant de la confrontation personnelle avec la réalité de la mort, dans la surprise, l'impuissance et l'effroi.

Les expériences de la médecine militaire s'étendent à la pratique civile avec la description de la névrose traumatique après des accidents, des attentats terroristes, des agressions criminelles, à l'origine de la mise en place des **cellules d'urgence médicopsychologiques** (CUMP).

Des dispositifs, comme le « **sas de décompression** » mis en place au sein de l'Armée de terre et les facilités ouvertes pour bénéficier de consultations spécialisées facilitent la détection de ce syndrome chez les combattants, les soins adaptés, la réinsertion sociale, voire la réparation.

Partie 3 - LE PARCOURS DU BLESSÉ



L'exposition / Partie 3 - Le parcours du blessé

Le blessé au combat est pris en charge par une « **chaîne** » **médicale d'évacuation continue** du lieu de la blessure jusqu'à l'hôpital où il sera traité définitivement.

L'organisation de cette chaîne est la résultante des contraintes du terrain de l'engagement militaire, des techniques médicales du moment et du type d'engagement militaire à soutenir et de la tactique sanitaire qu'il autorise.

Cette prise en charge peut se schématiser en trois séquences complémentaires :

- ◇ Secourir
- ◇ Sauver
- ◇ Soigner

Evacuer est un besoin liant les éléments de cette suite ordonnée. En effet, alors que d'autres doctrines privilégient la rapidité de l'évacuation, le **concept français a toujours favorisé l'intervention précoce d'une équipe médicale**. Cette chaîne met en œuvre des niveaux de prise en charge au sein desquels le blessé bénéficie de gestes de plus en plus spécialisés.

Les premiers secours salvateurs reposent sur **les camarades de combat et/ou les brancardiers-secouristes**. La prise en charge médicale de sauvetage relève de **l'équipe médicale**, médecin et personnel paramédical, intégrée aux unités de combat.

Des **structures hospitalières légères** sont déployées au plus près possible des unités de combat afin de permettre le **triage des blessés** et le **traitement d'urgence** des plus gravement atteints. Au-delà, tous les blessés sont acheminés vers des **hôpitaux plus importants**, comportant en particulier des **spécialistes** dans les disciplines essentielles en **traumatologie de guerre**, que ceux-ci soient déployés directement dans la zone des Armées ou bien dans l'infrastructure nationale.

Les moyens d'évacuation comme l'importance des structures déployées sur le terrain ont varié, au cours du siècle, selon les époques et les théâtres.

Secourir

Dès la bataille de Verdun, le secours au blessé commence par sa mise à l'abri et l'administration de premiers soins sommaires avant son transport au poste de secours. Là, au creux des tranchées, un médecin assure sa prise en charge permettant son évacuation vers une structure chirurgicale. Ces opérations peuvent prendre plusieurs heures.

Cependant, la majorité des décès survient dans les dix minutes après une blessure très grave. Pour éviter une telle issue, c'est aujourd'hui un véritable « **secourisme de combat** » qui est mis en œuvre au cours de ces « **10 minutes de platine** ». Par des gestes salvateurs, portant essentiellement sur la **maîtrise des hémorragies**, il s'agit de préserver le pronostic vital du blessé.

La **médicalisation de « l'avant »** prolonge ce sauvetage et doit être mise en œuvre dans la demi-heure qui suit la blessure. Les **équipes sanitaires**, composées de médecins et de personnel paramédical, sont formées à la prise en charge des **polytraumatisés**. Ces équipes sont habituées à l'urgence et sont entraînées aux conditions d'action les plus difficiles. Elles disposent de moyens mobiles, dits de rôle 1, pour se porter au plus près des blessés. Un **prétriage** est effectué, déterminant **l'ordre d'évacuation des blessés** mis en condition de transport.

L'exposition / Partie 3 - Le parcours du blessé

Sauver

Le défi majeur pour une chaîne de soutien sanitaire est de sauver les blessés les plus gravement atteints. Ceci impose de porter la chirurgie au plus près des combats. Le **triage médico-chirurgical** s'est imposé au cours de la Grande Guerre notamment pour réguler le flux des blessés les plus urgents vers les ambulances chirurgicales installées à quelques kilomètres des lignes. Il est devenu la pierre angulaire de tout soutien médical.

Durant ce dernier siècle, des **formations chirurgicales mobiles**, aux appellations variables, ont toujours accompagné les troupes. Quant aux antennes chirurgicales aéroportées, elles sont nées en Indochine afin de pallier les difficultés d'évacuation particulières à ce territoire.

La pratique moderne a conduit à définir le délai « **des deux heures chirurgicales** » à l'issue duquel le polytraumatisé* doit être transféré dans une structure chirurgicale. Pour les blessés les plus graves ce délai peut être trop long pour permettre leur survie. Il faut alors approcher le délai d'une heure. Des **structures hospitalières légères** sont placées auprès des unités de combat et permettent le **traitement des extrêmes urgences par des anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens**, entraînés à la mise en œuvre des principes de la « réanimation et de la chirurgicalisation de l'avant », en particulier du « trauma damage control surgical ».



2/4/ Brancardier levant aller relever un blessé.

Le parcours de l'exposition / Partie 3 - Le parcours du blessé



Hôpital auxiliaire n°37, Avrillé (Maine-et-Loire), 1914-1918 © CRF

Soigner

Après la stabilisation de l'état du blessé, l'objectif des traitements à venir est de donner aux militaires blessés les meilleures chances d'une **récupération fonctionnelle la plus complète possible**. Le niveau de soins requis pour ce traitement définitif implique l'intervention de **spécialités hospitalières** qu'il n'a jamais été possible de déployer sur les théâtres d'opérations. Elles sont désormais regroupées dans certains hôpitaux militaires de l'infrastructure nationale, véritables centres de traumatologie, où sont mises en œuvre toutes les capacités chirurgicales spécialisées, de traitement des brûlés, de chirurgie de reconstruction, de médecine physique et de réadaptation ainsi que d'imagerie médicale.

Évacuer

Trop longtemps, les évacuations sanitaires n'ont consisté qu'en **un simple transport de blessés** sans aucun accompagnement médical ou paramédical. Des points de régulation étaient cependant prévus afin de contrôler l'état des blessés, de soulager leur douleur ou de réviser les pansements. Cette absence de convoyage était à l'origine d'une rupture dans la continuité des soins et entraînait souvent l'aggravation de la situation du patient, au cours de déplacement pouvant durer des jours.

Ce vide sanitaire a été comblé. Les moyens modernes, utilisés essentiellement par **la voie aérienne**, permettent de réaliser des évacuations précoces et systématiques afin d'acheminer les blessés, **sous assistance médicale constante**, tant vers les structures de soins de terrain - on parle alors « d'évacuations tactiques » - que vers les hôpitaux en France - il s'agit alors d'évacuations stratégiques. Ainsi, un blessé grave, stabilisé et mis en condition dans les formations médicales du théâtre d'opération, peut être admis dans un hôpital de métropole moins de 35 heures après sa blessure.

Partie 4 - LA MÉDECINE DE CATASTROPHE



Accident de la route, 13 février 2005, Gennevilliers © Yann Denoyelle / BSPP

L'exposition / Partie 4 - La médecine de catastrophe

Les secours aux personnes Accident routier et urgence médicale

Plusieurs organismes concourent à sauver des vies dans le cadre du secours à la personne, qu'il s'agisse d'un accident routier ou d'une urgence médicale.

Les « **Services d'aide médicale d'urgence** » (**SAMU**) à la personne sont issus d'une lente maturation dans la prise de conscience de leur nécessité qui s'exprima dans les années 1950 et conduisit à la naissance progressive des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR). Ceux-ci sont les héritiers des antennes de réanimation routière, mises en place dans les années 1960 par le Service de santé militaire pour faire face aux hécatombes par accidents lors des grandes migrations estivales. Les SMUR étendirent peu à peu leur champ d'action vers l'ensemble des détresses médicales. En 1986 la nécessité de « réguler les appels » est devenue la clef de voûte du dispositif d'organisation des secours médicaux à la personne.

Les sapeurs-pompiers participent largement à ces secours individuels qui représentent près de 80 % des interventions. La **Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)** et le **Bataillon des marins pompiers de Marseille (BMPM)** sont dotés de moyens projetables sur l'ensemble du territoire et dans le monde.

En 2015 est parue une circulaire interministérielle relative à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours d'urgence à personne (SUAP) et de l'aide médicale urgente (AMU), permettant de mieux coordonner les actions des différentes structures de secours.

Les secours de masse La médecine de catastrophe

Devant faire face à un afflux de victimes parfois accompagné de dégâts dans l'infrastructure environnante, la médecine de catastrophe s'exerce dans une situation d'exception consommatrice en personnel et en équipements. Pouvoir traiter à temps les blessés les plus graves impose des choix. Dès lors, **la médecine de catastrophe fait appel à une doctrine de triage et d'évacuations qui s'apparente à celle de la chaîne médicale opérationnelle militaire.**

Depuis 1952, cette prise en charge repose en France et dans les territoires et départements d'outre-mer sur des planifications successives et/ou complémentaires : plan d'« ORganisation des SECours » (plan ORSEC), refondu en 2004 pour devenir un plan d'« Organisation de la Réponse de SEcurité Civile » accompagné à partir de 1974 par les « Plans Rouges » d'intervention des sapeurs-pompiers, puis à partir de 1987 par les « Plans Blancs » pour l'engagement des secours pré-hospitaliers et l'accueil des victimes dans les hôpitaux. Depuis 1995, les Cellules Urgence Médico-psychologiques (CUMP) ont été incluses dans le dispositif.

Parmi les acteurs engagés par ces plans de secours, se trouvent les SAMU, les Sapeurs-pompiers, les Unités d'instruction et d'intervention de la Protection civile (UISC), la Croix-Rouge Française. Les deux dernières sont également présentes sur les catastrophes à l'étranger. Depuis les attentats de 2015, de nombreuses équipes d'urgentistes sont formées par les médecins militaires.

LA SCÉNOGRAPHIE

LES CONCEPTEURS

La scénographie est conçue par une équipe composée de **Pierre Verger**, scénographe, de **Stéphanie Vaillat**, graphiste, et de **Philippe Michel**, éclairagiste. Depuis de nombreuses années, ils conçoivent ensemble des projets où espace, graphisme et lumière forment un « tout » cohérent au service du discours muséographique.

INTENTIONS SCÉNOGRAPHIQUES

Le parcours s'organise en deux grands temps, qu'un sas met en relation. Dans le premier temps, sur la périphérie de l'espace, les connaissances théoriques sont déroulées sur de longues cimaises horizontales formant des univers (couleurs, matières, graphisme) très marqués.

Le territoire, la géographie sont mis en scène au travers d'un planisphère de très grand format qui constitue le point focal de la scénographie de cette séquence. Elle est située dans la perspective de l'entrée et forme un appel d'entrée fort pour le visiteur.

Le temps, dans la seconde séquence, prend la forme d'une vaste chronologie illustrée des découvertes médicales et scientifiques au travers de photographies mais surtout d'objets, disposés par thème dans des vitrines et sur des socles, renforçant la spécificité de la séquence. Le déroulé du temps se matérialise par la succession des grands conflits et événements qui ont ponctué le siècle passé depuis 1914.

Les parois faisant face, déstructurées, forment le support des focus, des audiovisuels et de certains points particuliers. A chaque changement de séquence une faille lumineuse vient interrompre la paroi, laissant percevoir la suite de l'exposition.

Le sas met en scène les « **piétas** », scènes intimistes où s'échangent des regards, des gestes entre patient et soignant dans une scénographie « théâtrale ». C'est un temps fort qui marque une rupture majeure dans le parcours...

La troisième séquence, plus ouverte, met en scène **l'urgence**, l'intensité et la violence des situations évoquées. Le parcours, plus libre, est composé de cimaises à la géométrie tourmentée, heurtée. La couleur rouge évoque le feu, le chaos. Une tente militaire propose au visiteur une immersion dans un hôpital de campagne.

La dernière séquence, qui traite de **l'héritage** et de **notre époque**, est organisée à partir d'une grande projection vidéo directement sur la cimaise. Un montage très dynamique des photographies donne l'essentiel des contenus.

L'épilogue, en lumière naturelle, **ré-interroge le visiteur en tant que citoyen**. Un présentoir de cartes postales lui offre l'opportunité d'un engagement, d'un geste citoyen à l'issue de son parcours. Il part ainsi accompagné d'une carte évoquant le travail effectué par le personnel militaire.

Le **graphisme de l'exposition** est volontairement dépouillé, afin de donner à l'ensemble un aspect méthodique, professionnel et renforcer ainsi la notion d'urgence. Il comprend des filets techniques et des pictogrammes signalétiques, une typographie extrêmement lisible et des niveaux hiérarchiques très clairs.

COLLOQUE : VERDUN, TERRE DE SANTÉ

Les secours aux blessés, un héritage : 1916-2016 ?

Vendredi 7 octobre et samedi 8 octobre 2016

VENDREDI 7 OCTOBRE

Présentation des journées

Dr Marie-Andrée Roze-Pellat / 9h15 - 9h30

Préambule : La bataille de Verdun, particularités, mise en perspective

Pr François Cochet / 9h30 - 9h50

VERDUN : NAISSANCE D'UN « TERRITOIRE DE SANTÉ »

Président de séance : MGI (2s) Olivier Farret

Verdun Terre de Santé : élément et réseau, terrain et territoire

Pr Jean-Paul Amat / 9h50 - 10h10

Adaptation de la chaîne des secours

Un homme, une histoire : Alfred Mignon

Dr François-Xavier Long / 10h10 - 10h30

Le service de santé allemand à Verdun

Général (2s) Jean-Claude Laparra / 10h30 - 10h50

Du champ de bataille au secours routier

Les hôpitaux mobiles de la Grande Guerre, les ambulances

MC (er) Jean-Jacques Ferrandis / 11h30 - 11h50

Du secours routier au SAMU, l'expérience de la Meuse

Dr Michel Vedel / 11h50 • 12h10

12h30 • 14h00 : Visite de l'exposition de matériel et démonstration de la prise en charge des blessés.

DU CHAMP DE BATAILLE AU SECOURS CIVIL

Président de séance : Henri Denys de Bonnaventure, Président de l'Union des Blessés de la Face et de la Tête (Gueules Cassées)

Histoire de casque : de la protection du soldat à la protection du civil

Cné Albert Meuvret / 14h00 - 14h20

Le rôle des pompiers à Verdun pendant la Grande Guerre

Dr Bruno Frémont / 14h20 - 14h40

Le rôle du Service départemental d'incendie et de secours au XXI^e siècle

Col. Yves Gavel / 14h40 - 15h00

Table ronde : Des opérations extérieures au « champ de bataille » intérieur

Modérateur : MGI (2s) Raymond Wey

Intervenants : MC Erick Czerniak, MC Hugues Lefort, Dr Alain Margenet-Baudry, Dr Jean-Sébastien Marx
15h30 - 17h30

18h30 : Départ pour le champ de bataille

19h00 : Accueil par Thierry Hubscher, directeur du Mémorial de Verdun à Fleury-devant-Douaumont, allocution du Général d'armée Bertrand Ract-Madoux

SAMEDI 8 OCTOBRE

DE LA PERCEPTION DES RISQUES À LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Président de séance : MGI (2s) Raymond Wey

Un homme, une histoire, Voivenel et la psychiatrie militaire

Dr Günther Gruselle / 9h00 - 9h20

La psychiatrie militaire aujourd'hui

MC Marie-Dominique Colas / 9h20 • 9h40

L'accompagnement psychologique dans les catastrophes

MG (2s) Louis Crocq / 9h40 • 10h00

Table ronde : Hommes et histoires

MGI (2s) Maurice Bazot / 10h30 - 11h45

Un homme, une histoire, Maurice Genevoix

Me Julien Larere-Genevoix

Le corps, la blessure, la souffrance

Pr Jean-Louis Blanc, Dr Pascale Fodé

LE TERRAIN PARLE ENCORE

12h30 : Départ pour le champ de bataille

Cérémonie devant le monument aux morts de Louvemont-Côte-du-Poivre, Village détruit

Présentation du site

Dr François-Xavier Long / 13h - 14h

L'abri des 4 Cheminées

Pr Jean-Paul Amat / 15h00

16h00 : Fin des Journées et retour à Verdun

LA PROGRAMMATION CULTURELLE ET PÉDAGOGIQUE

CONCERTS

Ces concerts clôturent le programme musical « **Verdun, des musiques pour une bataille** » présenté pour le Centenaire. Accompagnant la réouverture du Mémorial, ce programme propose aux spectateurs une dimension musicale souvent inédite ou oubliée du premier conflit. Musiques écrites à Verdun ou sur Verdun, « savantes » ou populaires, il allie ainsi musique de chambre, théâtre musical, cabaret et chansons des Poilus.

Mon colonel

Laurent Claret (comédien), Philippe Defosse-Horridge (compositeur et interprète)

22 octobre 2016 à 20h30 au théâtre de Verdun

Laurent Claret met en scène et interprète une série de lettres écrites par un soldat à son arrière-grand-père, colonel de Dragons pendant la Première Guerre, entre 1915 et 1919. Un émouvant témoignage du parcours chaotique de ce soldat du front vers l'arrière, mis en musique grâce au basson de Philippe Defosse-Horridge.

Laurent Claret est une figure célèbre du cinéma (il a notamment joué sous la direction de Woody Allen, de Philippe Lioret ou encore de Romain Goupil), de la télévision et du théâtre en tant que comédien et metteur en scène.

Philippe Defosse-Horridge partage son temps professionnel entre les concerts et l'enseignement tout en composant. Il enseigne le basson au CRD de Bobigny depuis 1981 et dirige le conservatoire inter-communal d'Aubergenville dans les Yvelines depuis 1989.

Tarif : 5€

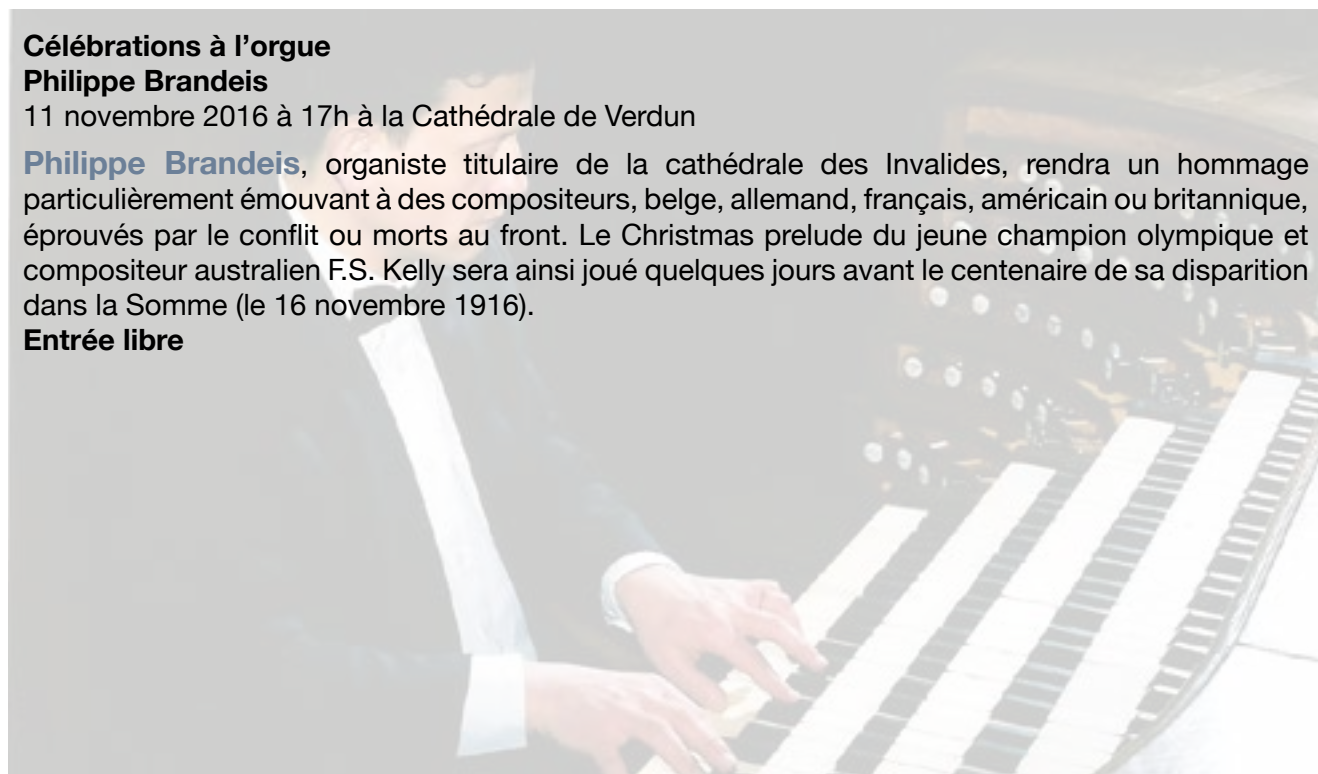
Célébrations à l'orgue

Philippe Brandeis

11 novembre 2016 à 17h à la Cathédrale de Verdun

Philippe Brandeis, organiste titulaire de la cathédrale des Invalides, rendra un hommage particulièrement émouvant à des compositeurs, belge, allemand, français, américain ou britannique, éprouvés par le conflit ou morts au front. Le Christmas prelude du jeune champion olympique et compositeur australien F.S. Kelly sera ainsi joué quelques jours avant le centenaire de sa disparition dans la Somme (le 16 novembre 1916).

Entrée libre



La programmation culturelle et pédagogique

RENCONTRES

« Verdun et la Grande Guerre en BD » - Rencontres avec Jean-Yves Le Naour et Marko
8, 9 et 11 novembre 2016

À l'occasion du 11 novembre et du Salon du livre de Verdun les 12 et 13 novembre, le service culturel et le service éducatif du Mémorial de Verdun proposent d'aller à la rencontre d'un historien et d'un auteur de bande-dessinée. Depuis plusieurs années, Jean-Yves Le Naour et Marko travaillent ensemble pour faire découvrir de manière originale la bataille de Verdun et la Grande Guerre à toutes les générations. De nombreux échanges avec les auteurs sont prévus durant ces 3 jours : rencontres avec les scolaires, atelier BD jeune public, rencontre avec le grand public et séances de dédicaces à la librairie-boutique.

Programme :

Rencontres avec les scolaires - 8 et 9 novembre

Atelier Jeune public avec Marko « la Grande Guerre en BD » - 9 novembre à 15h

Rencontre grand public « Verdun et la Grande Guerre en BD » avec Jean-Yves Le Naour et Marko suivie d'une séance de dédicaces - 11 novembre à 14h à l'auditorium du Mémorial

Séances de dédicaces à la librairie-boutique les 8 novembre à 16h, 9 novembre à 14h, 11 novembre à 11h et à 15h30.

Entrée libre



La programmation culturelle et pédagogique

VISITES CONTÉES

Pour les enfants de 7 à 10 ans, le Mémorial organise des visites interactives de l'exposition permanente. À la fois acteurs et spectateurs du conte, les jeunes visiteurs appréhendent la bataille d'une façon ludique et innovante.

9 € par enfant, Gratuit pour un adulte accompagnant par famille

Durée : 1h

La machine à voyager dans le temps

22 octobre et 23 novembre à 15h

Propulsés un siècle dans le passé et plongés au cœur de la bataille de Verdun, les enfants ont pour mission de retrouver au fil de leurs pérégrinations des indices qui leur permettront de regagner notre époque. Dans cette quête, tels des explorateurs du temps, ils découvrent l'histoire des combattants de Verdun, grâce à leur imagination et aux indications du médiateur les guidant pas à pas dans le parcours du Mémorial.

Conte des deux soldats

29 octobre à 15h

Louis et Friedrich sont tous les deux soldats, envoyés à Verdun en cette année 1916. Louis est français, Friedrich est allemand, ils combattent tous les deux pour leur pays. Dans une succession de tableaux animés dans le parcours par la voix du médiateur, ils vont vivre, chacun dans son camp, une même journée dans la tourmente du champ de bataille. À travers eux, c'est l'histoire de deux nations que le jeune public est invité à découvrir, au cours d'une ballade poétique dans les collections du Mémorial.



La programmation culturelle et pédagogique

ATELIERS JEUNE PUBLIC

Destinés aux enfants de 7 à 10 ans, ces ateliers sont l'occasion pour les plus jeunes d'aborder de manière ludique des thèmes liés à l'exposition permanente. Après une visite adaptée, un temps de création en salle pédagogique permet aux enfants de s'approprier ce qu'ils ont vu et de laisser libre cours à leur imagination.

10 € par enfant, Gratuit pour un adulte accompagnant par famille

Durée : 1h30

Dans les yeux de Fernand Léger

26 octobre et 9 novembre à 15h

Fernand Léger (1881-1955) est un des artistes les plus célèbres ayant combattu à Verdun. Son passage au front l'a durablement marqué et a joué un rôle important dans la vision qu'il a ensuite transmise de la guerre à travers son art. Après une visite thématique illustrée par certains des croquis qu'il a réalisés pendant la bataille de Verdun, chaque participant réalise un collage inspiré de la technique cubiste. Tout en s'amusant, les enfants découvrent la bataille de Verdun à travers le regard de l'artiste et s'initient à un des styles artistiques majeurs du début du XXe siècle.

MOOC

7 novembre – 2 décembre : deuxième session du MOOC

Le service éducatif du Mémorial de Verdun, sous le haut patronage de François Cochet, Professeur des Universités, et en partenariat avec l'Université de Lorraine, a mis en place un MOOC (Massive Open Online Course) pour le centenaire de la bataille de Verdun.

Premier MOOC sur la bataille de Verdun, cette formation en ligne composée de 20 cours, est ouverte à tous les publics et l'inscription est gratuite. Une attestation de suivi avec succès est délivrée à la fin de chaque session.

Quelques dates pour 2017

EXPOSITIONS TEMPORAIRES

29 avril – 30 septembre 2017 : **Les photographes de guerres** (titre provisoire)

Octobre – 23 décembre 2017 : **Sur les pas de Maurice Genevoix – Photographies de Fabrice Dekoninck et Sylvain Demange** (titre provisoire)

CONCERTS

Dans les services de santé – le piano mobilisé - Amaury Breyne (piano)

25 février à 17h à l'auditorium du Mémorial de Verdun

Allemagne, France, Etats-Unis : les cordes de la Grande Guerre - Quatuor à cordes Calidore (Etats-Unis)

17 juin à 18h à l'auditorium du Mémorial de Verdun

LES VISUELS DISPONIBLES POUR LA PRESSE



1915 / Bataille des Eparges
© Mémorial de Verdun



1914-1918 / Marcel Santi (1897-1986) / Dessin « Secteur calme... rien à signaler... » © Mémorial de Verdun



Hôpital auxiliaire n°37, Avrillé
(Maine-et-Loire), 1914-1918 © CRF



Boîte médicale © Mémorial de Verdun



1914-1918 / Mutilé de la Grande guerre appareillé pour exercer la profession de soudeur
© Mémorial de Verdun



1914 - 1918 / Appareil de Fourmestraux pour fracture de l'avant-bras © MSSA



1916 / Verdun
Brancardier s'apprêtant à quitter une tranchée © Mémorial de Verdun



1914-1918 / Dessin
© Mémorial de Verdun



1921 / Bréguet XIV en version sanitaire affecté au Maroc et au Levant © MSSA



Dessin de Marcel Santi
© Mémorial de Verdun



1916 / Fernand Léger / *Les Foreurs*, dessin au crayon, exécuté près de Verdun © Mémorial de Verdun



Membres d'une équipe d'urgence
© CRF

INFORMATIONS PRATIQUES

Mémorial de Verdun

Directeur : Thierry Hubscher / Commissaires d'exposition : Anne Bourdais, Olivier Farret et Raymond Wey

Responsable développement culturel et communication : Clotilde Bizot-Espiard

Responsable des collections : Natacha Glaudel-Grosbois

1, avenue du Corps Européen, BP 60048, 55100 Verdun

Tél : +33 (0) 3 29 88 19 16 / email : info@memorial-verdun.fr

Le musée est ouvert tous les jours :

– du 22 février au 31 mars 2016 : de 9 h 30 à 17 h, jusqu'à 18 h 30 les samedis et dimanches ;

– du 1er avril au 13 novembre 2016 : de 9 h 30 à 19 h ;

– du 14 novembre au 23 décembre 2016 inclus : de 9 h 30 à 17 h, jusqu'à 18 h les samedis et dimanches ;

Fermeture annuelle du 23 décembre 2016 à fin janvier 2017.

Tarif plein 11 €, tarif réduit (dont enfant de 6 à 17 ans) 7 €

Pass famille (4 pers. dont 2 adultes et 2 enfants) 25 €

Exposition temporaire seule : tarif 5 €, tarif réduit 2 €

Autres tarifs et détails sur : www.memorial-verdun.fr

ACCÈS

En voiture

En venant de Verdun : suivre la direction Champ de Bataille Vaux-Douaumont

En venant de Paris, Reims : emprunter l'autoroute A4, prendre la sortie 30 « Voie Sacrée »

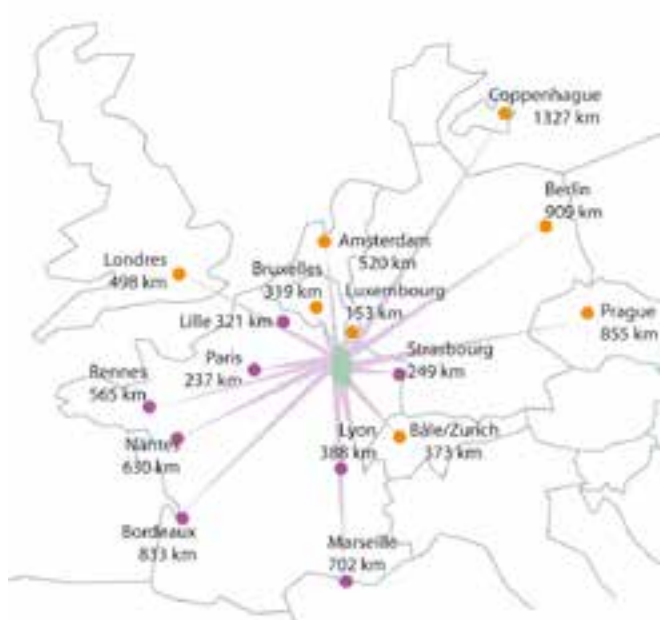
En venant de Strasbourg, Metz : emprunter l'autoroute A4, prendre la sortie 31 « Verdun »

En transports en commun

À partir du centre-ville de Verdun : service de navettes (se renseigner auprès de la Ville de Verdun).

À partir de Meuse-TGV : Gare Meuse-Voie Sacrée (Ligne TGV Est) à 25 km de Verdun et navettes de liaison avec la gare SNCF de Verdun.

La gare Meuse-TGV est à 1h de Paris, à 1h30 de Strasbourg et à 5h15 de Bordeaux par le TGV Est européen.



LES ACTEURS

MAÎTRISE D'OUVRAGE

Mémorial de Verdun

Thierry Hubscher / Directeur du Mémorial
Clotilde Bizot-Espiard / Responsable
Développement culturel et communication
Natacha Grosbois / Responsable des collections

Commissariat d'exposition

Anne Bourdais / Muséographe, AMO
programmation
Olivier Farret / Médecin Général Inspecteur,
Médecin des Hôpitaux des armées,
Président de l'Association des Amis du Musée du
Service de Santé des Armées au Val-de-Grace
(AAMSSA)
Raymond Wey / Médecin Général Inspecteur,
Spécialiste du Service de Santé des Armées,
Vice-président de l'Association des Amis du Musée
du Service de Santé des Armées au Val-de-Grace
(AAMSSA),
Président du Comité d'Histoire du Service de Santé
des Armées

Conseil scientifique

Jean-Paul Amat / Professeur émérite des
universités, université Paris-Sorbonne, membre du
conseil scientifique de la Mission
du centenaire de la Première Guerre mondiale,
Président de la Société des Amis du Musée de
l'Armée (SAMA)
Olivier Farret / Médecin Général Inspecteur,
Médecin des Hôpitaux des armées,
Président de l'Association des Amis du Musée du
Service de Santé des Armées au Val-de-Grace
(AAMSSA)
Thierry Hubscher / Directeur du Mémorial de
Verdun
François-Xavier Long / Ancien chef du Service
ORL du CHR de Verdun, Expert près de la Cour
d'Appel de Nancy
Marie-Andrée Roze-Pellat / Ancien Chef du
Service de chirurgie dentaire de l'Institution
Nationale des Invalides,
Vice-présidente de la Fondation des Gueules
Cassées
Xavier Tabbagh / Commissaire de 1ère classe,
Conservateur du Musée du Service de Santé des
Armées

Raymond Wey / Médecin Général Inspecteur,
Spécialiste du Service de Santé des Armées,
Vice-président de l'Association des Amis du Musée
du Service de Santé des Armées au Val-de-Grace
(AAMSSA),
Président du Comité d'Histoire du Service de Santé
des Armées

Conduite d'opération pour la mise en œuvre
Mélissa Marchand / SEBL

MAÎTRISE D'ŒUVRE

Pierre Verger / Architecte Scénographe
Stéphanie Vaillat / Graphiste
Speeg&Michel, Philippe Michel / Eclairagiste

Entreprises de fabrication

Sequoia / Agencement
Traphot / Impression numérique
Motion Agency / Réalisation audiovisuelle
Aubelec / Installation éclairage et vidéo
LP3 Conservation / Soclage

Collections et sources iconographiques

BSPP / Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris
CERAH / Centre d'Etudes et de Recherche sur
l'Appareillage des Handicapés
Croix-Rouge Française
DAPSA / Direction des Approvisionnements en
Produits de Santé des Armées
DICoD / Délégation à l'Information et à la
Communication de la Défense
ECMSSA / Etablissement Central des Matériels du
Service Santé des Armées
ECPAD / Etablissement de Communication et de
Production Audiovisuelle de la Défense
Editions Bamboo / L'Ambulance 13
Mémorial de Verdun
MSSA / Musée du Service de Santé des Armées,
Val-de-Grâce
SIRPA Terre / Service d'Informations et de
Relations Publiques de l'Armée de Terre

« Nous sommes affectés (au) groupe des brancardiers divisionnaires. C'est un poste d'honneur : nous irons ramasser les blessés sur le champ de bataille. »

Médecin Aspirant Laby - 1914

*Verdun, Mardi 23 mai 1916 : « Je retourne à mon poste. [...].
« L'un de mes brancardiers est mis en miettes : on ne retrouve qu'une boue rouge : il rentrait de permission, le pauvre gosse ! [...] Il y a une trentaine de blessés devant mon PS, tous couchés : ceux qui peuvent se traîner sont partis seuls. Les blessés légers servent de brancardiers dont le dévouement sans bornes ne peut compenser l'insuffisance numérique. »*

Lucien Laby, *Les carnets de l'aspirant Laby*, médecin dans les tranchées, Paris, Bayard Éditions, 2001, p. 184-185

« Ils venaient dans la bataille qui ne les épargnait point, pour veiller sur la vie des autres ... Ils représentaient ce qui restait dans le monde de pitié et d'humanité, aux heures où tout s'acharnait à réaliser toute la souffrance et toute la destruction. »

Justin Godart - 1921

Champagne, le Bois Vauban, septembre 1915 : « Les diagnostics sont effarants : plaies pénétrantes de poitrine, du ventre, plaies pénétrantes du crâne par balles. Un des blessés a la figure comme une boule de sang, la mâchoire inférieure fracassée. Il ne peut émettre que des sons inarticulés. [...] Autour de nous, ce n'est que gémissements : « A boire... ». D'autres blessés, qui ont perdu la raison, nous menacent et se débattent. Il faut leur faire des injections calmantes. »

Louis Maufrais, *J'étais médecin dans les tranchées*, Paris, Robert Laffont, 2008, p.152, 154

RELATIONS AVEC LA PRESSE

HEYMANN, RENOULT ASSOCIÉES

Sarah Heymann

Marc Fernandes (presse nationale) : m.fernandes@heyman-renoult.com

Bettina Bauerfeind (presse internationale) : b.bauerfeind@heyman-renoult.com

Tèl. : 01 44 61 76 76 - documents téléchargeables sur : www.heyman-renoult.com