UNIVERSITÉ FRANÇOIS – RABELAIS DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE « Sciences de l'Homme et de la Société »

L'Équipe Alimentation (E.A. 6294)

THÈSE présentée par :

Romaric NOUAT

soutenue le : **5 février 2016**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université François – Rabelais de Tours**

Discipline/ Spécialité : Histoire Contemporaine

Soigner la Grande Guerre

Le Service de Santé aux Armées dans la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale

THÈSE dirigée par :

M. DE FERRIÈRE LE VAYER Marc	Professeur des universités, Université François – Rabelais de Tours

RAPPORTEURS :

Mme DELAPORTE Sophie	Maître de conférences, H.D.R., Université de Picardie Jules Verne, Amiens
Mme RENAUDET Isabelle	Professeur des universités, Université d'Aix – Marseille

---

JURY :

M. BARRIÈRE Jean-Paul	Professeur des universités, Université de Franche – Comté, Besançon
M. DE FERRIÈRE LE VAYER Marc	Professeur des universités, Université François – Rabelais de Tours
Mme DELAPORTE Sophie	Maître de conférences, Université de Picardie Jules Verne, Amiens
Mme RENAUDET Isabelle	Professeur des universités, Université d'Aix – Marseille
M. WATIER Hervé	Professeur des universités – Praticien hospitalier, Université François – Rabelais de Tours
M. WILLIOT Jean-Pierre	Professeur des universités, Université François – Rabelais de Tours

À ma famille, à mes amis

Remerciements

Le lecteur ou la lectrice de ce travail excusera par avance l'aspect parfois familier de ces remerciements mais ils traduisent avant tout ma volonté d'exprimer ma gratitude à l'ensemble des personnes qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de cette thèse ainsi que tous ceux qui m'ont soutenu durant ce long travail.

Tout d'abord, je tiens à remercier monsieur Jean-Paul Barrière, Professeur des universités à l'Université de Franche-Comté, pour sa participation à mon jury de thèse.

Je souhaite également remercier madame Isabelle Renaudet, Professeur des universités à l'Université Aix-Marseille, ainsi que madame Sophie Delaporte, Maître de conférences à l'Université de Picardie Jules Verne, pour avoir accepté d'évaluer et de rapporter ce travail de thèse.

Je remercie le Professeur Jean-Pierre Williot tant pour sa participation à mon jury de thèse que pour ses conseils tout au long de mon doctorat.

De même, je remercie le Professeur Hervé Watier pour sa participation à ce jury de thèse. Mais surtout, je souhaite le remercier pour les passionnantes discussions que nous avons eues depuis toutes ces années. Je lui suis reconnaissant pour son aide dans mes recherches, notamment en me procurant des archives et ouvrages, et parfois en dénichant des objets « surprenants ».

Enfin, je remercie le Professeur Marc de Ferrière le Vayer pour avoir dirigé mon travail de thèse. Je lui suis reconnaissant pour ses conseils et pour m'avoir permis d'accomplir mon doctorat dans de très bonnes conditions. Je le remercie tout particulièrement de m'avoir laissé suffisamment de libertés, parfois un peu trop, pour mener mes recherches dans la direction que j'ai souhaitée et à ma façon. Je tiens aussi à le remercier ici pour ses conseils, comme « Roule » et « Tu n'as rien à perdre », qui m'ont mené à quelques succès.

Ma reconnaissance va aussi envers le personnel des archives départementales de l'Indre, d'Indre-et-Loire, de Maine-et-Loire, de la Vienne et des Deux-Sèvres qui m'ont offert le meilleur accueil et m'ont aidé dans mes recherches. Pour les mêmes raisons, je remercie le personnel des archives municipales de Tours, Angers, Poitiers, Niort, Châteauroux, Châtellerault et Saumur ainsi que les Sœurs Dominicaines de la Présentation de Tours. Je remercie aussi le personnel du Service Historique de la Défense, du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées et celui du Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées pour leur aide dans mes recherches. Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Garric pour m'avoir permis de consulter des archives essentielles à la réalisation de ce travail et ceci dans les meilleures conditions.

De même, je remercie le personnel de la Bibliothèque Nationale de France, des Archives Nationales et de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé pour leur aide dans mes recherches.

J'adresse aussi tous mes remerciements au personnel des bibliothèques universitaires de l'Université François Rabelais de Tours. En particulier, je remercie le personnel de la Bibliothèque Universitaire de Médecine, Madame Leturcq et son équipe, pour toute leur aide et leur excellent accueil à chacune de mes visites. Par ailleurs, je tiens aussi à remercier le personnel de la Bibliothèque de Section de l'Université François Rabelais de Tours, pour l'aide qu'il m'a apportée depuis toutes ces années.

Je remercie monsieur Pascal Chareille, Maître de Conférences à l'Université François Rabelais de Tours, pour son aide sur la partie statistique de cette thèse.

Je remercie aussi l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées durant mes recherches et lors des colloques et congrès. Les échanges que j'ai eus avec eux ont contribué à enrichir ce travail.

Viennent maintenant des remerciements plus personnels concernant ma famille, mes collègues et mes amis.

Tout d'abord, je remercie mes parents, Brigitte et Rémi, pour m'avoir permis de mener des études d'Histoire, pour m'avoir soutenu durant toutes ces années et pour continuer à le faire. De même, je remercie mon grand frère préféré, Romain, qui a grandement participé à ce travail, notamment en m'accueillant à Paris pour mener mes recherches. Je remercie aussi ma petite sœur préférée, Élise, pour son petit caractère. Par ailleurs, je remercie ma très nombreuse famille pour son soutien.

Je remercie Mélanie, Karine, Laurie, Nicolas et Claire du laboratoire L'Équipe Alimentation, pour toute leur aide durant cette thèse, et elle fut précieuse, et pour tous les moments que nous avons passés ensemble, dans et en-dehors, du laboratoire. Je remercie monsieur Gilles Tétart, Maître de Conférences à l'Université François Rabelais de Tours, pour nos échanges et ses conseils ainsi que monsieur Thibaut Boulay, Maître de Conférences à l'Université François Rabelais de Tours, pour l'aide matériel qu'il m'a apportée. De même, je remercie les membres de l'Institut Européen d'Histoire et des Cultures de l'Alimentation, Sylvie, Loïc, Véronique et Olivier, pour les bons moments passés ensemble.

Je remercie Max (depuis tout ce temps), Alexia, WiWi, Nono et Boury pour tous les bons moments passés ensemble depuis ces longues années à Bourges, à Lille et en Espagne.

Je remercie aussi Clément, Jean-Paul, Alyzée (notamment pour ses corrections), Sophie et Djo, pour leur soutien depuis le lycée et tous ces moments à Dun, La Tranche ou La Rochelle.

Merci à vous, Fred (merci aussi pour la coloc) et Éme, Fio et Thomas, Babar et Amélie, Vincent et Laura, Clem et Raphie, Greg et Leila, Anne-So, Marie ; là aussi pour tous ces excellents moments passés ensemble depuis tant d'années.

Je remercie aussi tous les membres de l'A.D.O.C.T. que j'ai rencontrés et qui m'ont permis d'avoir tant d'échanges intéressants et de découvrir les différentes façons de faire un doctorat. J'ai ainsi découvert les doctorats en trois ans et en moins de 300 pages, les laboratoires de biologie et de pharmacie et le monde particulier de l'I.N.R.A. Merci aussi pour les bons moments lors des galas.

Je remercie tout particulièrement, et l'ordre n'indique pas forcément la préférence, ceux avec qui j'ai partagé, et je continue de le faire, des moments mémorables : Mimsy, Marmotte, Vince, Steph (merci aussi pour la relecture), Daphné, Louis, Camille, Claire, F-X, Fillot, Lucie, Émilie, Julien, Thomas et Pitchoune.

Je remercie aussi madame Corinne Massignat pour la relecture de ce manuscrit.

Enfin, je m'excuse auprès de ceux que j'ai oubliés mais seulement sur le moment de cette rédaction des remerciements.

Résumé

Lors de la Première Guerre mondiale, les soins des malades et des blessés ainsi que la surveillance médicale des soldats et des civils sont indispensables pour la poursuite du conflit. L'étude de l'organisation hospitalière dans la 9e région militaire, dirigée par le Service de Santé aux Armées, lève le voile sur cette thématique loin du front. Elle permet de montrer toutes les adaptations de ce système hospitalier face aux réalités de la Grande Guerre où l'armée française compte environ 1 400 000 morts et des millions de malades et blessés. Elle montre toutes les interactions entre les acteurs de ce système hospitalier : le Service de Santé aux Armées, la Croix-Rouge, les autorités civiles et la population. Enfin, elle dévoile comment sont soignés les soldats dans une région éloignée du front qui devient peu à peu un front médical secondaire dans la chirurgie d'urgence mais indispensable pour la préservation des effectifs et pour la prise en charge des mutilés de cette guerre.

Mots-clés : Première Guerre mondiale, Médecine, Croix-Rouge, Hôpitaux, Médecins, Personnel infirmier, France, XXe siècle.

Résumé en anglais

During the World War I, health care and supervision of soldiers are essential for the continuation of the war. Indeed, the French Army has millions of seek and wounded people during the battles and 1,400,000 dead people. The study of the hospital's organization in the 9th French Military District shows an unknown history: those of soldier's care in areas far from the battlefront. This study demonstrates the adaptation of this hospital's organization to the evolution of the conflict and the care. It shows the function of each person who participates in these care: Red Cross "Croix Rouge", Army Health Service, inhabitants, and civilian authorities. This study is showing which care are given to seek and wounded soldiers in this area and who are the medical practitioners who are giving the care. During the World War I, the 9th French Military District steadily becomes a secondary area in the chirurgical emergencies, but an important area for the soldier's medical supervision.

Keys words: World War I, Medecine, Red Cross, Physician, Hospital, France, XXth century

Sommaire

REMERCIEMENTS **3**

RESUME **6**

RESUME EN ANGLAIS **7**

SOMMAIRE **8**

ABREVIATIONS **10**

INTRODUCTION **11**

PREMIERE PARTIE : LES ECHECS DE LA PREPARATION A LA GUERRE. **31**

CHAPITRE 1 : REPENSER LE SYSTEME HOSPITALIER DE LA PREMIERE GUERRE MONDIALE. **33**

CHAPITRE 2 : UNE GUERRE MEDICALE SUR PLUSIEURS FRONTS. **89**

CHAPITRE 3 : UNE ARMEE MEDICALE A PERFECTIONNER. **143**

DEUXIEME PARTIE : LA REVOLUTION MEDICALE DU SYSTEME HOSPITALIER DE LA 9E REGION. **188**

CHAPITRE 4 : LES SPECIALISTES A LA TETE DU SYSTEME HOSPITALIER. **190**

CHAPITRE 5 : LA 9E REGION, UN FRONT PEU A PEU SECONDAIRE DANS CETTE GUERRE MEDICALE. **244**

CHAPITRE 6 : LA COLLABORATION DES CIVILS INDISPENSABLE AU BON FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISATION MEDICALE. **310**

TROISIEME PARTIE : UN SYSTEME HOSPITALIER EVOLUANT « AU JOUR LE JOUR » **382**

CHAPITRE 7 : LA VIE HOSPITALIERE DANS LA 9E REGION. **384**

CHAPITRE 8 : LES EVOLUTIONS DE LA GESTION DU PERSONNEL DU SYSTEME HOSPITALIER. **427**

CHAPITRE 9 : SOIGNER LES FINANCES. **482**

CHAPITRE 10 : UN SYSTEME HOSPITALIER MODELE EN FONCTION DES BESOINS. **553**

CONCLUSION **619**

INDEX DES NOMS DE PERSONNES **643**

TABLE DES TABLEAUX **647**

TABLE DES FIGURES **649**

TABLE DES MATIERES **652**

BIBLIOGRAPHIE **663**

SOURCES **677**

ANNEXES **712**

TABLE DES ANNEXES 713

TABLE DES NOTICES 905

Abréviations

A.C.G.B. : Archives du Couvent de la Grande Bretèche

A.D.F. : Association des Dames Françaises

A.D.I&L. : Archives Départementales d'Indre-et-Loire

A.D.I. : Archives Départementales de l'Indre

A.D.M&L. : Archives Départementales de Maine-et-Loire

A.D.V. : Archives Départementales de la Vienne

A.D.D-S. : Archives Départementales des Deux-Sèvres

A.M. Tours : Archives Municipales de Tours

A.M. Angers : Archives Municipales d'Angers

A.M. Poitiers : Archives Municipales de Poitiers

A.M. Châteauroux : Archives Municipales de Châteauroux

A.M. Châtellerault : Archives Municipales de Châtellerault

A.M. Saumur : Archives Municipales de Saumur

A.M. Niort : Archives Municipales de Niort

A.N. : Archives Nationales

B.N.F. : Bibliothèque Nationale de France

C.D.M.S.S.A. : Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées

S.A.M.H.A. : Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées

S.H.D. : Service Historique de la Défense

S.S.A. : Service de Santé aux Armées

S.S.B.M. : Société de Secours aux Blessés Militaires

S.S.E.S.S.M. : Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire

U.F.F. : Union des Femmes de France

Introduction

L'historiographie de la Première Guerre mondiale débute dès celle-ci et connaît une grande activité depuis ces vingt-cinq dernières années. Elle a été marquée par la création du Centre de Recherche de l'Historial de la Grande Guerre de Péronne en 1989 et par l'inauguration de cet historial en 1992 puis par la création du Collectif de Recherche International et de Débat sur la Guerre de 1914-1918 (C.R.I.D.) en 2005. Si les débats historiographiques entre ces deux acteurs ont pu être intenses, ils ont permis l'accroissement de la production historique et l'émergence de nouveaux champs de recherche. Le centenaire de la Première Guerre mondiale a été l'occasion de remettre ce conflit sur le devant de la scène médiatique à travers différentes manifestations. Il a montré un véritable intérêt de la population peut-être temporaire et dû à un « effet centenaire ». Celui-ci trouve son origine dans plusieurs facteurs comme le nombre de morts de l'armée française, 1 375 800[1], les terribles combats et conditions de vie au front et la volonté de retrouver l'histoire familiale, quasiment chaque famille possède un ou plusieurs parents ayant participé à la Grande Guerre. Ses historiens ont su répondre à ce besoin de connaissance et la production historique a été accentuée par son centenaire. L'histoire des soins des malades et des blessés de cette guerre n'y a pas échappé et c'est compréhensible puisqu'elle est un témoin privilégié de sa violence et d'une certaine nouveauté dans celle-ci comme l'affirme Sophie Delaporte dans ses travaux : « Ce que la Grande Guerre apporte de nouveau, c'est la gravité des blessures et surtout la fréquence extrême avec laquelle on les rencontre. »[2] Quantifier le nombre de malades et de blessés de l'armée française est une entreprise difficile voire impossible, cependant les travaux récents de Vincent Viet, évoquant les chiffres du Service de Santé aux Armées[3] et de Justin Godart (1871-1956), permettent d'en avoir une estimation[4]. Ainsi, 9 287 822 malades et blessés ont été hospitalisés du 2 août 1914 au 1er avril 1919 pour une armée qui compte 8 410 000 hommes mobilisés[5]. Des chiffres qui rendent compte d'une autre réalité, « […] les soldats passés par les formations sanitaires ont été blessés ou sont tombés malades deux à trois fois en moyenne. »[6] Citant Justin Godart, il montre une réalité de ce conflit : « […] la France « a

[1] WINTER, Jay. « Victimes de la guerre : morts, blessés et invalides ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 715-728.

[2] DELAPORTE, Sophie. *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale*. Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Stéphane Audoin-Rouzeau, Université de Picardie Jules Verne, 1999, 3 vol., 754 p.

[3] La dénomination Service de Santé aux Armées, bien qu'exacte, est remplacée dans la suite de ce travail, par Service de Santé, dénomination souvent employée à cette époque pour évoquer ce service. Ce choix a pour but d'alléger le propos et permet de le recentrer sur une région éloignée de la zone des combats.

[4] VIET, Vincent. *La santé en guerre 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*. Paris : Presses de Sciences Po, 2015, 660 p.

[5] VIET, Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 14. Cinq millions l'ont été pour maladie et quatre millions pour blessure.

[6] *Ibidem.*

[donc] combattu et vaincu grâce aux blessés [et aux malades] récupérés par le corps de santé ». »[1] Le Service de Santé, en charge des soins des malades et des blessés, est donc l'un des principaux artisans de la victoire militaire de ce conflit.

Durant la Première Guerre mondiale, ce service est réparti entre la zone des armées – elle-même divisée entre l'avant et la zone des étapes – et la zone de l'intérieur. C'est dans cette dernière que se situe l'objet de ce travail, la 9e région militaire, dont Tours est le chef-lieu, et qui comprend les départements du Maine-et-Loire, de l'Indre, d'Indre-et-Loire, des Deux-Sèvres et de la Vienne. L'intérêt de cette région est multiple. Tout d'abord, l'échelle de la région militaire se prête idéalement à l'étude des soins des soldats. En effet, la région militaire peut s'assimiler à une « petite France » dans le sens où elle contient un échantillon de la société du pays dont la taille permet une étude approfondie et offre des moyens de comparaison entre les départements. Ainsi, il est notamment plus simple d'observer les interactions des acteurs de l'hospitalisation des soldats durant le conflit. Elle permet donc de réaliser une étude de cas de l'hospitalisation des soldats dans une région de l'intérieur, un travail novateur dans l'historiographie de ce conflit. En effet, l'intérêt de la 9e région militaire est qu'elle demeure durant toute la guerre une région de la zone de l'intérieur contrairement aux 3e, 5e, 6e, 7e, 8e, 20e, 21e régions ainsi que la région du Nord (anciennement 1ère et 2e régions). Une situation qu'elle partage avec d'autres régions. Elle reste alors sous le contrôle du pouvoir civil et l'emprise du Grand Quartier Général y est beaucoup moins importante que dans la zone des armées. Par ailleurs, cette région n'est pas limitrophe de la zone des armées, comme la 4e région, mais elle n'est pas non plus trop éloignée de cette zone et du front. Cette distance influe sur le type de soldat qui y est évacué, tout comme les plans d'évacuation des malades et des blessés lors des batailles et l'évolution des pratiques médicales. De plus, cette région diffère des gouvernements militaires de Paris et Lyon en comprenant plusieurs départements et n'est pas une région frontalière ou maritime impliquant des règlementations spécifiques et la présence de la Marine. Elle partage ces caractéristiques avec les 12e (Limoges) et 13e (Clermont-Ferrand) régions. Cependant, elle diffère de celles-ci par la présence du dépôt de matériel de la Compagnie du Paris-Orléans et de la gare de Saint-Pierre-des-Corps, nœud ferroviaire de cette compagnie. Enfin, Tours accueille à partir de 1917 le quartier général des services de l'arrière du corps expéditionnaire américain et donc d'importants contingents américains, ce qui conduit à des échanges soutenus entre les autorités militaires des deux pays.

Quant aux soins des soldats, ils ne comprennent pas uniquement les pratiques médicales employées dans cette région, ceci serait trop réducteur et ne pourrait pas suffisamment rendre compte de la réalité de ce que fut le système hospitalier de la 9e région durant ce conflit. C'est pourquoi nous

[1] VIET, Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 14. « Proposition de loi relative à l'organisation du corps de santé militaire », *présentée par Justin Godart, Chambre des députés, annexe au procès-verbal de la séance du 5 juin 1924.*

avons essayé de dresser un tableau de ce système, ce qui implique l'étude de ses acteurs et de leurs relations et du fonctionnement des structures qui le composent et de leurs interactions.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander comment le système hospitalier de la 9e région militaire évolue durant le conflit mais surtout sur quels principes se fondent ces évolutions et quelle place il occupe dans le plan d'hospitalisation général du Service de Santé.

Ce sujet trouve sa place dans plusieurs histoires à commencer par celle du Service de Santé durant ce conflit. Cette histoire suit le schéma décrit par Antoine Prost et Jay Winter[1] et plus récemment par ce dernier[2]. Elle a été initiée durant la guerre par ses principaux chefs militaires, à l'image du médecin inspecteur Troussaint, directeur de la 7e Direction au début de la Première Guerre mondiale[3]. Elle a notamment servi à justifier leurs actions ou bien à mettre en avant l'œuvre du Service de Santé. Cependant, certains chefs militaires ont eu un regard plus critique, c'est ici que se place l'œuvre du médecin inspecteur général Mignon[4], indispensable pour comprendre le fonctionnement du Service de Santé. Une histoire complétée par des médecins civils qui ont participé à la Grande Guerre et qui apportent leur vision de ce fonctionnement[5]. Après cette première phase, les travaux ont été rares jusqu'à ce que le Service de Santé entre dans le champ universitaire. À ce titre, les travaux de Jean-Pierre Fournier[6] donnent un premier aperçu du fonctionnement général du Service de Santé et ont été suivis par ceux de Sébastien Perrolat[7] qui portent également sur l'évolution des soins employés pendant la guerre. Cependant, les militaires ont perpétué la tradition de leurs prédécesseurs en traitant l'histoire du Service de Santé en général[8] ou durant ce conflit en particulier comme l'ont fait Alain Larcan et Jean-Jacques Ferrandis[9]. Enfin, l'Histoire n'appartient pas qu'aux historiens et aux universitaires. Des « passionnés » participent aussi au renouvellement de ce sujet à

---

[1] PROST, Antoine, WINTER, Jay. *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « L'Histoire en débats », 2004, 349 p.
[2] WINTER, Jay (dir.) et BECKER, Annette (coord.). *La Première Guerre mondiale. Volume 1 : Combats*. Paris : Fayard, coll. « Cambridge history », 2013, 847 p.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur). *Une page de l'Histoire du Service de Santé Militaire*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle éditeur, 1919, 404 p.
[4] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général). *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918, Tome 4 : L'évolution du Service de santé pendant la guerre 1914-1918*. Paris : Masson & Cie, 1927, 831 p. Trois autres volumes ont été publiés en 1926.
[5] ABRAM, Paul. *Médecins et militaires*. Paris : La Renaissance du Livre, coll. « Les cahiers de la victoire », 1920, 213 p.
[6] FOURNIER, Jean-Pierre. « Évolution du Service de Santé Militaire français pendant la guerre de 1914-1918 ». Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jules Maurin, Université Montpellier III, 1996, 681 p.
[7] PERROLAT, Sébastien. « Le Service de Santé dans la tourmente de 1914-1918 : évolution de la prise en charge des blessés et des pratiques de soins. » Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Frédéric Chauvaud, Université de Poitiers, 2006, 4 vol. 955 p.
[8] DEBENEDETTI, Raymond (médecin général inspecteur). *La médecine militaire*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? », 1967 2e éd. [1961], 128 p.
[9] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques. *Le Service de Santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale*. Paris : Éditions L.B.M., 2008, 597 p.

l'image de François Olier et Jean-Luc Quénec'hdu[1]. On pourrait penser que l'hospitalisation des soldats à l'intérieur a été largement traitée mais en réalité elle est le parent pauvre de cette histoire. Dans cette historiographie, le front, lieu des combats, capte toutes les attentions et laisse peu de place à l'intérieur qui est tout de même mentionné. Ce travail entend approfondir cette histoire en se focalisant sur ce « front invisible »[2] qu'est la 9e région militaire. Cette histoire peut bénéficier d'éléments de comparaison avec l'étranger[3] mais souffre de comparaison avec des régions identiques en France. Cette histoire du Service de Santé est complétée par l'histoire militaire de la France et surtout celle de sa préparation militaire pour comprendre comment a été pensé le système hospitalier mis en place au début de la guerre[4].

L'histoire de la médecine de guerre suit un raisonnement similaire à celle du Service de Santé. Durant la guerre et à la fin de celle-ci, des chefs militaires ont dressé un bilan de la médecine de ce conflit, comme l'a fait le médecin inspecteur général Delorme (1847 – 1929)[5]. Les civils ont participé à ce travail à l'image de la collection « Horizon » parue chez Masson, de l'ouvrage de Léon Bernard[6] ou du *Larousse médical illustré de guerre* dirigé par le docteur Galtier-Boissière[7]. Depuis la thèse de Sophie Delaporte, les travaux sur la médecine de cette guerre se sont multipliés et dressent un large panorama de ce que furent les soins des soldats durant ce conflit. Ainsi, son étude du discours médical montre comment les médecins ont appréhendé les blessures et les maladies puis ont fait évoluer les pratiques médicales. Ses travaux sur les « gueules cassées »[8] abordent la prise en charge de ces mutilés durant et après le conflit. Les travaux d'Anne Rasmussen nous éclairent tant sur la grippe espagnole que sur la vaccination antityphoïdique ou l'électrothérapie[9]. Ceux de Jean-Yves Le Naour

---

[1] OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 1 : France nord-ouest*. Paris : Ysec Éditions, 2008, 301 p. Trois autres volumes ont été publiés en 2010, 2011 et 2014 mais nous avons surtout utilisé cet ouvrage qui concerne la 9e région militaire.

[2] CANINI, Gérard (dir.). *Les Fronts invisibles, nourrir, fournir, soigner. Actes du Colloque international sur la logistique des armées au combat pendant la Première Guerre mondiale organisé à Verdun les 6-8 juin 1980*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1984, 383 p.

[3] GILLET, Mary C. *The Army Medical Department 1917-1941*. Washington D.C. : Center of Military History United States Army, coll « Army historical series », 2009, 644 p.

[4] COSSON, Olivier. *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*. Paris : Les Indes savantes, coll. « La boutique de l'histoire », 2013, 379 p.

[5] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Les enseignements chirurgicaux de la Grande Guerre (Front Occidental)*. Paris : A. Maloine et fils, 1919, 654 p.

[6] BERNARD, Léon. *La défense de la santé publique pendant la guerre*. Paris ; New-Haven : P.U.F. ; Yale University Press Publications de la Dotation Carnegie pour la paix internationale, coll. « Histoire économique & sociale de la guerre mondiale », 1929, 338 p.

[7] GALTIER-BOISSIÈRE, Émile (dir.). *Larousse médical illustré de guerre*. Paris : Larousse, 1917, 336 p.

[8] DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.). *Gueules Cassées de la Grande Guerre*. Paris : Agnès Viénot Éditions, 2004 3e éd. [1996], 263 p.

[9] RASMUSSEN, Anne. « Du vrai et du faux sur la Grande Guerre bactériologique. Savoirs, mythes et représentations des épidémies ». In : PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, p. 189-217.

montrent toute la difficulté de la lutte contre les maladies vénériennes[1]. Les travaux de Vincent Viet abordent l'évolution des droits des blessés[2] et très récemment, l'action du Service de Santé aux Armées et de Justin Godart. Un aspect de la médecine de cette guerre ressort tout particulièrement : l'histoire de la folie. Beaucoup de travaux ont cherché à comprendre qui sont ces hommes que la guerre rend « fous » et comment le milieu médical a réagi face à ces hommes accusés de simulation. On pourrait penser que cette histoire médicale est complète mais d'autres voies sont encore abordées, comme la rééducation professionnelle des mutilés. Enfin, d'autres travaux pourraient être menés sur certaines spécialités, le personnel infirmier, les pharmaciens ou les collaborations médicales internationales. Ces recherches ont été intégrées à ce travail afin d'éclairer les organisations médicales de la région et permettre quelques comparaisons.

De même, ce travail se fonde sur les travaux d'histoire de la médecine en général. Les ouvrages généraux sur la période permettent de resituer la Première Guerre mondiale dans l'évolution de la médecine[3], même si des études sur son impact dans la recherche d'après-guerre seraient utiles pour savoir si la guerre n'a été qu'une parenthèse ou si elle a initié un mouvement plus profond. Les travaux de Christian Chevandier sur les hôpitaux[4] renouvellent l'histoire de ces structures. Ceux de Jacques Léonard[5] permettent notamment de comprendre le monde médical même s'ils s'arrêtent à la fin du XIX^{e} siècle. Ils sont complétés par les travaux sur les élites médicales et sur les internes des Hôpitaux de Paris que l'on retrouve dans la 9^{e} région. Les infirmières sont mieux connues grâce aux travaux de Christian Chevandier[6] pour les infirmières parisiennes, et d'Yvonne Knibiehler et d'Odile Hesse[7], démontrant par ailleurs le retard de la formation des infirmières civiles dans la 9^{e} région. L'histoire des spécialités médicales s'est enrichie aussi de travaux sur la psychiatrie, la kinésithérapie ou la dermatologie. De même, les travaux de Lion Murard et Patrick Zylbermann sur l'hygiène[8] nous éclairent sur les politiques de santé publique avant et durant la guerre, notamment en ce qui concerne les tuberculeux.

En outre, ce travail s'appuie sur l'historiographie de la Première Guerre mondiale dont la production a été accentuée par son centenaire. S'il demeure impossible de maîtriser entièrement cette

---

[1] LE NAOUR, Jean-Yves. *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre. Les mœurs sexuelles des Français 1914-1918*. Paris : Aubier, 2002, 411 p.
[2] VIET, Vincent. « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2/2012 (n° 59-2), p. 85-107.
[3] HECKETSWEILER, Philippe. *Histoire de la médecine, des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*. Paris : Ellipses, 2010, 836 p.
[4] CHEVANDIER, Christian. *L'hôpital dans la France au XX^{e}* siècle. Paris : Perrin, coll. « Pour l'histoire », 2009, 490 p.
[5] LÉONARD, Jacques. *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^{e} siècle*. Paris : Hachette, 1977, 285 p.
[6] CHEVANDIER, Christian. *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Paris : Publications de la Sorbonne, coll. « Histoire contemporaine », 2011, 310 p.
[7] KNIBIEHLER, Yvonne et HESS, Odile. *Histoire des infirmières en France au XX^{e} siècle*. Paris : Hachette littératures, 2008 2^{e} éd. [1984], 441 p.
[8] MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick. *L'hygiène dans la République. La Santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Paris : Fayard, 1996, 805 p.

historiographie qui arrive à sa « quatrième génération » d'historiens[1], le sujet de ce travail nécessite de connaître certains aspects de ce conflit. Ainsi les travaux sur les femmes, les prisonniers, les parlementaires, les soldats africains, les aumôniers, les « profiteurs de guerre », les « embusqués » que l'on retrouve dans les soins des soldats, ont été intégrés à ce travail. Il en est de même des refus de guerre et de la justice militaire pour replacer le phénomène de la « simulation » dans son contexte. L'histoire des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge durant la Grande Guerre reste à faire et l'on doit se contenter pour le moment d'une histoire qui se résume souvent à un éloge de l'action de ces sociétés. Enfin, les histoires locales, parfois anciennes, sont aussi nécessaires pour maîtriser ce sujet.

Le but de ce travail a été de dresser un tableau des soins des soldats dans la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale, d'en montrer les ressorts et les enjeux. Il convenait de décrire l'organisation médicale de cette région durant la guerre, d'en montrer les activités, d'en connaître les acteurs et de comprendre leurs relations. La conception de ce travail s'appuie donc sur de nombreuses archives mais les limites de l'exercice de la thèse nous ont conduit à faire des choix dans leur utilisation.

Ayant pour objet l'étude de l'hospitalisation des soldats de ce conflit et du Service de Santé, la consultation des archives de l'Armée a été indispensable. Les archives détenues au Service Historique de la Défense (S.H.D.) de Vincennes ont été très fructueuses en ce qui concerne les dossiers individuels des médecins. Le but n'a pas été de faire de la prosopographie mais plutôt de comprendre l'itinéraire de ces médecins et de connaître leurs compétences médicales pour savoir comment celles-ci ont été employées durant la guerre. La difficulté a été de retrouver les dossiers des médecins ayant été affectés à la 9e région militaire. Cette difficulté nous a conduit à écarter de notre étude les pharmaciens et les officiers d'administration trop peu mentionnés dans les sources pour être identifiés. D'autre part, l'absence des archives du 4e bureau (Personnel) de la 7e Direction (Service de Santé) ne permet pas de cerner tous les ressorts de la gestion du personnel hospitalier. Le développement des outils informatiques nous a permis de compléter cette recherche notamment par la consultation sur internet des dossiers de la Légion d'Honneur de certains médecins (base LÉONORE), du site de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine, d'Indexcat[2] pour recenser les travaux de ces médecins et du wiki créé dans le cadre du projet O.R.H.I.B.I.O.[3]. Hormis ces dossiers, le S.H.D. possède des archives sur le Service de Santé de la 9e région militaire avant et durant ce conflit, dont certaines sur la démobilisation.

---

[1] WINTER Jay (dir.), BECKER Annette (coord.), (2013), *La Première Guerre mondiale…*, *op. cit.* p. 15.

[2] Ce site dépend de la *United State National Library of Medicine* et du *National Institutes of Health* des États-Unis. Il recense les publications médicales.

[3] Origine et Histoire des Biotechnologies et de la médecine en Région Centre. Ce wiki contient notamment des notices biographiques.

Ce travail repose en grande partie sur le Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées (C.D.M.S.S.A.) situé au Val-de-Grâce et créé par Justin Godart, alors sous-secrétaire d'État au Service de Santé Militaire, le 5 mai 1916 afin de permettre l'étude de l'action du Service de Santé lors de la Première Guerre mondiale[1]. Les archives détenues par ce centre sont abondantes et n'ont pas encore été entièrement classées. Nous avons notamment consulté les rapports mensuels des médecins-chefs des centres de spécialités afin de suivre mois par mois l'activité médicale de leurs services. Un suivi qui a été synthétisé sous la forme de tableaux statistiques. Un travail similaire a été fait pour l'activité administrative des formations sanitaires de la région. Le travail de la direction régionale du Service de Santé a pu être entrevu à partir d'archives sur les tournées d'inspection des directeurs adjoints, tout comme les relations entre le Service de Santé français et son homologue américain. De plus, ce centre possède des historiques et des notices sur des hôpitaux qui ont notamment permis, grâce à la comparaison avec les recherches d'Olier et de Quénec'hdu, de créer une base de données des structures sanitaires et de permettre son exploitation statistique. Enfin, ce centre contient aussi des archives liées à la recherche médicale, au fonctionnement du système hospitalier en général et de la 9e région en particulier.

Quant aux archives du Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées (S.A.M.H.A.), nous n'avons pu les exploiter pleinement à cause de leur quantité qui nécessiterait le travail de toute une vie. En effet, les archives des hôpitaux et des ambulances du Service de Santé de cette guerre y sont conservées. Une étude statistique sur les soldats hospitalisés dans les formations de la 9e région permettrait de dresser un tableau précis des hommes soignés dans la 9e région militaire et de comprendre une partie des traitements employés. Il est à souhaiter que ces archives soient numérisées pour faciliter leur exploitation.

C'est aussi par manque de temps et suite à l'accumulation d'une grande quantité d'archives que nous n'avons pas poussé plus loin nos recherches aux Archives Nationales. Nous avons cependant pu trouver des circulaires du Service de Santé. Ainsi, nous pouvons mieux comprendre les orientations du système hospitalier de la 9e région en essayant de comparer, chaque fois que cela a été possible, ces directives avec la réalité de la situation dans la 9e région.

Notre sujet de doctorat portant sur une histoire locale, la consultation des archives départementales et municipales a été indispensable. En diversifiant les sources, nous avons pu comparer les situations dans la 9e région, ce qui a permis d'étendre notre compréhension du sujet. Aux archives départementales de Maine-et-Loire, le fonds de la Croix-Rouge nécessiterait une étude spécifique pour être correctement traité et rendrait ainsi possible la compréhension du fonctionnement

[1] FERRANDIS, Jean-Jacques. « Le Musée du Service de Santé des armées au Val-de-Grâce (1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05) ». *Histoire des Sciences médicales*, 1999, Tome 33, n°2, p.183-190.

des comités d'Angers de la Société de Secours aux Blessés Militaires et de l'Union des Femmes de France. La consultation des archives de différents hôpitaux civils permet des comparaisons avec d'autres hôpitaux de la région. Enfin, ce centre possède des documents sur l'utilisation des locaux scolaires ou des hôpitaux civils pour l'hospitalisation des soldats. Aux archives départementales d'Indre-et-Loire, nous avons principalement consulté celles de l'hospice général de Tours ainsi que celles sur l'organisation médicale civile ou l'organisation militaire durant la guerre. Les archives départementales de la Vienne possèdent des éléments comparables avec les deux précédents centres mais aussi des archives sur le Service de Santé avant la guerre et sur la surveillance médicale de la population civile. Les archives départementales de l'Indre permettent de rendre compte de l'organisation médicale civile durant le conflit. Quant aux archives départementales des Deux-Sèvres, elles sont moins riches mais offrent là aussi des moyens de comparaison sur les hôpitaux civils.

Pour mieux appréhender l'action des maires dans les soins des soldats de la Première Guerre mondiale, la consultation des archives municipales des principales villes de la région est indispensable. Celles de Tours permettent d'observer cette action notamment dans le domaine de l'utilisation des locaux scolaires pour l'hospitalisation des soldats. Ces archives possèdent également un fonds de la Croix-Rouge qui complète celui précédemment cité. Elles permettent également de rendre compte de l'action de certaines œuvres bénévoles. Les archives municipales d'Angers nous renseignent davantage sur l'hygiène publique et l'action du Service de Santé à la mobilisation, tout comme celles de Saumur qui possèdent des archives relatives aux sociétés d'assistance de la Croix-Rouge de la ville. À Niort, des fonds permettent certaines comparaisons et abordent également l'année 1914, période où les archives militaires sont peu nombreuses. Quant aux archives municipales de Châteauroux, Poitiers et Châtellerault, elles possèdent peu d'éléments sur cette période et ce sujet.

Souhaitant comprendre le rôle des organisations religieuses, nous avons consulté les archives diocésaines de Tours, sans grand succès. Il en est autrement pour les Archives du Couvent de la Grande Bretèche de Tours qui offrent de nombreux éléments sur l'hôpital qui y a fonctionné et sur les sœurs de ce couvent.

Enfin, nous avons aussi consulté le fonds Ancien et Watier de la Bibliothèque Universitaire de médecine de l'Université François Rabelais de Tours où se trouvent des ouvrages et archives relatives à la médecine durant cette guerre ou à des médecins de Tours.

Toutes ces archives ont contribué à dresser l'histoire des soins des soldats dans la 9^{e} région militaire durant la Première Guerre mondiale. Cette histoire s'appuie sur une iconographie particulièrement riche permettant de l'illustrer. Par ailleurs, nous avons employé l'outil statistique et cartographique afin de donner une réalité chiffrée aux propos de certains acteurs ou au contraire les critiquer. Enfin, la création de notices biographiques et des structures composant le système hospitalier de la 9^{e} région a pour but d'approfondir certains éléments de ce travail.

Pour finir, ce travail se fonde aussi sur les témoignages d'acteurs des soins des soldats bien qu'ils n'aient pas été affectés à la 9e région. Ces témoignages sont plus rares que ceux des combattants et ceux témoignant de l'activité médicale à l'intérieur le sont d'autant plus. Ils existent cependant comme celui des docteurs Louis Maufrais[1] et Léon Jouhaud[2] ou de l'infirmière Claudine Bourcier[3]. Certains sont plus polémiques, appelant à une critique accentuée, mais les questions qu'ils soulèvent ne sont pas sans intérêt tel le témoignage du docteur Javal[4]. Enfin, nous avons pu utiliser un témoignage d'avant-guerre sur le Service de Santé dans le 9e corps d'armée, celui du médecin militaire François Perrin[5], qui montre une facette du milieu médical tourangeau. Il est à rapprocher de celui de Jean Quénu (1889 – 1975)[6] qui fait part de ses impressions sur le service militaire des étudiants en médecine avant le conflit et sur celui-ci.

Afin de mieux cerner les problématiques de ce sujet, il convient de comprendre la situation de l'hospitalisation des soldats dans la région où stationne le 9e corps d'armée. Celle-ci devient la 9e région militaire à la mobilisation, lorsque le corps d'armée part au front. De même, pour appréhender le système hospitalier mis en place au début du conflit, il convient de comprendre comment celui-ci a été pensé et construit durant près de quarante ans.

Le rôle du Service de Santé en temps de paix est régi par le *Règlement sur le Service de Santé de l'Armée à l'Intérieur*[7]. Il s'articule autour de trois axes : prophylactique avec la préservation de la santé des troupes, thérapeutique et médico-légal avec la définition des aptes et des inaptes à intégrer l'Armée et le règlement de toutes les situations médico-légales qui en découlent. La direction du Service de Santé du 9e corps d'armée[8], installée à l'Hôtel du Grand Commandement à Tours, doit remplir ces missions tout en préparant le système d'hospitalisation à mettre en place en cas de guerre. Le directeur du Service de Santé est un conseiller technique auprès du général commandant le corps d'armée et ses compétences touchent tant au domaine administratif qu'au domaine médical. Pour l'appuyer dans sa tâche, des médecins-chefs de place, sortes de « sous-directeurs », sont chargés de mener ces missions au niveau local et de rendre des comptes à la direction.

---

[1] MAUFRAIS, Louis, VEILLET Martine (éd.), FERRO Marc (préf.). *J'étais médecin dans les tranchées : 2 août 1914 – 14 juillet 1919*. Paris : Robert Laffont, coll. « Pocket », 2008, 380 p.
[2] JOUHAUD, Léon, NOURISSON, Pascale (éd.) et BECKER, Annette (préf.). *Souvenirs de la Grande Guerre*. Limoges : Presses Universitaires de Limoges, 2005, 233 p.
[3] BOURCIER, Claudine et BOURCIER YAPP Claudia (éd.). *Nos chers blessés : une infirmière dans la Grande Guerre*. Saint-Cyr-sur-Loire : Éditions Alan Sutton, coll. « Évocations », 2002, 192 p.
[4] JAVAL, Adolphe. *La grande pagaïe (1914-1918)*. Liège ; Paris : Imprimerie Protin et Vuldar ; Denoël, 1937, 331 p.
[5] PERRIN, François et PERRIN, Éric (éd.). *Un toubib sous l'uniforme 1908-1918. Carnets de François Perrin*. Parçay-sur-Vienne : Anovi, coll. « Histoire intime », 2009, 347 p.
[6] QUÉNU, Jean. *Notre internat*. Paris : Doin, 1971, 376 p.
[7] MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Règlement sur le Service de Santé de l'Armée à l'Intérieur*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1914 5e éd. [1884], 588 p. Cependant, pour des questions de facilité nous n'avons travaillé que sur la quatrième édition datée de 1911, les changements entre les deux versions étant mineurs. MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Règlement sur le Service de Santé de l'Armée à l'Intérieur*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1911 4e éd. [1884], 571 p.
[8] Voir le volume 4 p. 890 pour l'organisation du 9e corps d'armée en 1914.

La particularité du système hospitalier militaire du 9e corps d'armée est qu'il ne comprend pas d'hôpital militaire dépendant totalement du Service de Santé. Le système hospitalier de la région se base sur les hôpitaux civils qu'ils soient militarisés - on parle alors d'hôpitaux mixtes - ou non[1]. Le maillage hospitalier militaire de la région recoupe ceux des corps de troupe et des établissements militaires[2]. Le fonctionnement de ces hôpitaux s'apparente à celui des hôpitaux militaires, la différence est qu'ils sont régis par des conventions passées entre le Service de Santé et la commission administrative de l'hospice. La surveillance prophylactique des troupes est faite principalement par les formations des corps de troupe et plus particulièrement les infirmeries régimentaires, premier maillon du système hospitalier destiné à soigner les cas les moins graves. Enfin, c'est à leur niveau que se fait l'examen des nouvelles recrues, en surveillant particulièrement les plus faibles d'entre elles afin de prévenir tout risque de contagion, et que l'on procède aux campagnes de vaccination et de revaccination[3].

Dans ces conditions, les autorités civiles sont au cœur de l'organisation hospitalière militaire. L'hospitalisation des militaires dans les hospices civils relève d'une relation contractuelle entre le Service de Santé et les autorités civiles, au premier rang desquelles figurent les commissions administratives des hospices civils en charge de leur gestion[4]. Cette relation est particulièrement encadrée par la loi car elle est conflictuelle sur certains points : l'indemnité journalière versée par le Service de Santé et le nombre de lits mis à sa disposition. Ceci découle de l'obligation faite aux hôpitaux civils d'hospitaliser les militaires[5]. Cependant, la contrepartie à cette obligation est que cette hospitalisation ne doit pas leur porter préjudice financièrement. Ces relations sont donc formalisées par une convention qui définit entre autres choses, le nombre de lits mis à la disposition des militaires, le personnel soignant (militaire, civil ou mixte) et l'indemnité journalière qui est le point le plus sensible des négociations[6]. La convention a une durée de cinq ans, tacitement reconductible, et peut être renégociée à son expiration. La guerre fait aussi peser deux risques sur ce système. Tout d'abord, l'indemnité journalière pourrait être insuffisante en cas d'inflation et de conflit prolongé. Ensuite, le

[1] On trouve aussi le terme d'hospice mixte. Dans des cas exceptionnels, des militaires peuvent être hospitalisés d'urgence dans des structures de soins civiles qui ne sont pas liées au Service de Santé. La situation, notamment les coûts de l'hospitalisation, est réglée par la suite.

[2] Voir le volume 4 pp. 723 et 790. Nous avons choisi d'inclure la Poudrerie Nationale du Ripault à Monts en Indre-et-Loire dans les formations appartenant au Service de Santé car elle connaît un développement très important durant le conflit même s'il ne s'agit pas d'une formation hospitalière à proprement parler.

[3] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 66-67. La loi Léon Labbé du 28 mars 1914 rend la vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée mais seulement 125 000 militaires de l'armée active sont vaccinés à la mobilisation.

[4] La commission administrative est présidée par le maire de la ville. D'autre part, les comptes des hôpitaux et hospices sont ratifiés par le conseil municipal puis par le préfet.

[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 465-491 (Notice n°28). Article 3 de la loi du 7 juillet 1877 relative à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils.

[6] L'indemnité journalière diffère en fonction du grade car les plus gradés reçoivent plus de nourriture. Elle prend en compte cette ration, une indemnité locative, une indemnité pour le matériel, des frais divers et le coût du personnel. Celui-ci est civil ou militaire ou bien les deux (les infirmiers militaires étant nourris et logés par la commission administrative).

nombre de lits mis à la disposition des militaires pourrait être augmenté. Dans les deux cas, les soins des civils risqueraient d'être menacés, par l'impossibilité de payer des fournisseurs dans le premier cas et par un manque de place pour les civils dans le second.

Dès avant la guerre, le Service de Santé du 9e corps d'armée éprouve des difficultés avec les commissions administratives. En effet, ce système hospitalier souffre de sa particularité car en l'absence de structures hospitalières propres, il ne peut pas agir librement et est contraint de négocier avec les autorités civiles notamment pour obtenir des améliorations pour les salles militaires. La situation à l'hospice général de Tours durant l'hiver 1913-1914 est symptomatique de cette insuffisance de moyens. Face à l'afflux de malades dû aux épidémies hivernales, le médecin-chef des salles militaires doit demander des lits supplémentaires à la commission administrative[1]. Ce système d'hôpital mixte ne satisfait pas non plus les commissions administratives, principalement à cause des indemnités journalières qu'elles estiment inférieures au coût journalier de l'hospitalisation d'un soldat. À la veille de la guerre, très peu de conventions ont été renégociées comme à l'hospice civil de Châtellerault où la convention date du 1er novembre 1881[2]. Les négociations sont particulièrement longues car le Service de Santé veille scrupuleusement à ne payer que ce qu'il doit. En outre, l'occupation des salles civiles non prévues par la convention constitue un autre sujet de discorde. À Tours, elle conduit les autorités civiles à faire pression sur le ministère de la Guerre pour la construction d'un hôpital militaire en 1914. Ce *lobbying* porte ses fruits, le début des travaux est alors prévu cette même année.

Ce fonctionnement du temps de paix est celui qui est assigné au Service de Santé de la 9e région lors d'un conflit comme le prévoit le *Règlement du Service de Santé de l'Armée en campagne* daté du 26 avril 1910[3].

Le plan d'hospitalisation des soldats de l'Armée française de la Première Guerre mondiale trouve ses racines après la défaite de 1870 et est forgé dans l'esprit qui anime la réorganisation de l'armée française, celui d'une guerre basée sur l'offensive. Durant cette période de paix européenne pour la France, ce plan évolue au gré des transformations qui affectent le Service de Santé, et plus généralement l'Armée comme la création des corps d'armée en 1873 et la réorganisation du Service de Santé en 1889. Cette préparation est ensuite formalisée par l'instruction sur l'*Utilisation des*

[1] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Procès-Verbal de la réunion du Conseil de Santé de l'hospice général de Tours datée du 14 février 1914.
[2] A.D.V. 1 X 21. Hospices de Châtellerault. Appendice à la convention du 1er novembre 1881 daté du 22 décembre 1918.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1910, n°82, p. 1-104.

ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée[1] du 5 mai 1899, mise à jour en 1913[2].

De prime abord cette préparation paraît assez simple puisqu'elle consiste principalement à organiser des formations sanitaires selon des critères précis. Cependant, elle se fait dans un contexte qui ne garantit pas des conditions optimales à l'exécution de cette mission. La principale contrainte de cette préparation, qui est celle de l'Armée, est qu'elle se destine à une guerre dont on ne connaît pas la date : ce peut être demain, dans dix ans, ou jamais. Cette incertitude temporelle joue un rôle fondamental et explique en partie le constant renouvellement du plan. L'autre élément que le Service de Santé ne peut maîtriser est le déroulement des combats. Cette guerre à laquelle on se prépare n'est qu'imaginée par les stratèges de l'État-Major, dont les plans prennent en compte les avancées concernant l'armement ainsi que l'observation des conflits contemporains. Si l'interprétation de ces conflits est erronée et si l'expérience de ceux-ci n'est pas correctement mise à profit, les conséquences peuvent être terribles pour l'hospitalisation des blessés. Cela est d'autant plus vrai que le Service de Santé ne conçoit son rôle qu'en conformité avec le plan de l'État-Major, le plan XVII lorsque le conflit débute. On entrevoit alors toute la complexité de la tâche dévolue au Service de Santé qui doit constamment se tenir prêt pour une guerre pouvant éclater à tout moment et dont on ne fait qu'envisager les dégâts qu'elle pourrait infliger aux soldats.

À la veille de la Première Guerre mondiale, le plan d'hospitalisation du Service de Santé a fait l'objet de nombreux débats se basant sur l'observation des précédents conflits tels que la guerre des Boers (1899-1902), la guerre de Mandchourie (1904-1905) et les guerres des Balkans (1911-1913). Concernant la conduite thérapeutique à tenir, les débats, auxquels participent les médecins civils, sont vifs notamment sur la question de l'intervention ou de l'abstention dans le cas des laparotomies. La guerre des Boers amène le corps chirurgical français à se prononcer en faveur de son abstention pour les blessures par balle[3]. Même si les guerres des Balkans relancent les discussions sur les dégâts

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des Ressources du Territoire National pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'Armée*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1899, 337 p. Cependant, nous n'avons pu travailler qu'à partir de la deuxième édition de cette instruction datant de 1904. Les changements ne concernent que certains articles, souvent supprimés. MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des Ressources du Territoire National pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'Armée*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1904, 2e éd. [1899], 337 p.

[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152.

[3] DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.). *Les médecins dans la Grande Guerre 1914-1918*. Paris : Bayard, 2003, 224 p. C'est une attitude paradoxale car au moment où ce conflit débute, la Société de Chirurgie de Paris, après de longs débats, a pris position pour l'intervention dans le milieu civil. LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 22. Le commandement a grandement influencé cette doctrine notamment car il n'imaginait qu'une guerre courte dans laquelle la récupération des effectifs n'est pas essentielle. Cette attitude du corps chirurgical civil, appelé à servir en cas de conflit, est dictée par la conception selon laquelle les conditions de la chirurgie civile ne peuvent être transposées dans la chirurgie de guerre.

provoqués par les balles et l'artillerie, et sur leurs suites thérapeutiques[1]. La conduite n'est pas modifiée et le mythe de la « balle humanitaire »[2], dénoncé notamment par Théodore Weiss (1851 – 1920), se propage. Le Service de Santé du 9e corps d'armée doit donc préparer un système d'hospitalisation pour des soldats dont l'état peut être extrêmement grave.

Concernant les règlements, ils sont jugés inapplicables par certains hauts-gradés de l'armée[3] ce qui conduit à l'adoption de celui du 26 avril 1910[4] dont l'ensemble du nouveau matériel n'est pas encore livré lorsque la guerre éclate[5]. Dans ce contexte, le Service de Santé doit prendre en charge les blessés sans gêner la marche des troupes et procéder à des évacuations massives sur l'intérieur du territoire dont l'organisation sanitaire du temps de paix doit être développée. Cette doctrine n'envisage que l'avancée des troupes faisant craindre le pire pour la prise en charge des soldats en cas de retraite[6].

La préparation du système hospitalier en vue d'un hypothétique conflit consiste en l'organisation, sur le papier, d'hôpitaux complémentaires[7]. Cette procédure définie par l'instruction du 5 mai 1899, modifiée en 1913, est une mission de longue haleine réalisée en collaboration avec les autorités civiles et principalement les maires[8]. Les locaux ciblés en priorité sont les hôtels et les asiles qui possèdent les installations nécessaires (lits, cuisines, douches ou baignoires). L'autre type de local « idéal » est le local scolaire surtout s'il dispose d'un internat. Dans ce cas, l'accord du ministère de l'Instruction Publique est nécessaire pour son utilisation en cas de guerre. Par ailleurs, ces locaux doivent pouvoir accueillir au minimum vingt lits, respecter les normes d'hygiène compatibles avec l'hospitalisation de malades ou de blessés et ne pas être situés trop loin des principales voies de chemin de fer[9]. Lorsqu'un hôpital complémentaire est constitué, un journal de mobilisation lui est attaché et indique toutes les informations nécessaires à sa mise en place, à

---

[1] COSSON, Olivier. *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*. Paris : Les Indes savantes, coll. « La boutique de l'histoire », 2013, 379 p.

[2] WEISS, Théodore. *Les blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*. Paris ; Nancy : Librairie militaire Berger-Levrault, 1912, 89 p. Ce terme s'applique tout d'abord à un « […] *projectile de petit calibre allongé, formé d'un métal résistant et doué d'une grande vitesse initiale.* » Les premiers emplois de ce projectile durant les guerres coloniales ont montré que « […] même en traversant le corps de part en part, les balles ne mettaient pas à coup sûr le blessé hors de combat. » LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 28-34. Le médecin inspecteur général Delorme émet des réserves sur le concept de « balle humanitaire » suite aux guerres des Balkans. Quant à Théodore Weiss, il dresse le bilan médical de ces guerres et met en garde contre l'augmentation des blessures par l'artillerie, les dégâts sur les corps et leurs complications.

[3] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p.19.

[4] Ce règlement du 26 avril 1910 fait suite à un règlement provisoire daté de 1908 élaboré sous la direction du général Lacroix. Celui-ci dirige une commission dont les travaux ont commencé en novembre 1906 et à laquelle participe le médecin principal Troussaint.

[5] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 46.

[6] COSSON, Olivier, (2013), *Préparer la Grande Guerre…, op. cit.* p. 318.

[7] Un hôpital temporaire complémentaire, ou hôpital complémentaire (H.C.), est un hôpital géré par le Service de Santé.

[8] A.D.V. 1773 W 12. Copie d'une lettre probablement datée du début de l'année 1900 du médecin-chef de la place de Poitiers au directeur du Service de Santé du 9e corps d'armée. Ces derniers fournissent une liste des locaux utilisables par le Service de Santé pour y installer un hôpital complémentaire.

[9] Le chemin de fer à voie normale constitue la principale voie de communication des grandes compagnies ferroviaires permettant des évacuations sans rupture de charge.

condition d'être correctement tenu. Cependant, la constitution de l'hôpital n'est pas achevée car il n'est encore qu'une coquille vide, il convient de le doter, sur le papier, du matériel nécessaire à sa mission. Ce travail est difficile car peu de fournisseurs sont prêts à s'engager à des prix déjà définis pour un hypothétique conflit qui peut avoir lieu demain comme jamais. Le Service de Santé peut alors utiliser la réquisition même s'il préfère la solution du prêt ou du don de matériel. Là encore, les difficultés risquent d'être grandes si les besoins sont supérieurs aux estimations d'avant-guerre.

Le Service de Santé n'est pas seul à prévoir des hôpitaux pour soigner les soldats d'un hypothétique conflit. À ses côtés se trouvent les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge : la Société de Secours aux Blessés Militaires (S.S.B.M.) créée en 1864, l'Association des Dames Françaises (A.D.F.) créée en 1879 et l'Union des Femmes de France (U.F.F.) créée en 1881. La S.S.B.M. est présente dans la région dès l'année 1868 lorsqu'un comité est créé à Angers sous la direction de M^{gr} Freppel, l'évêque d'Angers. Ce comité est définitivement formé en 1872 tandis que celui de Tours ne se forme qu'en 1887. Plus récente, l'U.F.F. est présente à Niort en 1885 et un comité est constitué à Angers en 1888. Quant à l'A.D.F., elle ne possède pas de comité dans la région avant la guerre. Surtout implantés dans les préfectures[1], les comités de ces deux sociétés présentent des similitudes dans leur fonctionnement. Ainsi, ils relèvent d'un comité central à Paris et ces sociétés possèdent chacune un délégué régional à Tours chargé de la représenter auprès de l'état-major du 9^{e} corps d'armée et plus particulièrement du Service de Santé. Avant la guerre, il s'agit du baron Vasse du Saussay* pour la S.S.B.M. et du docteur Émile Dubreuil-Chambardel* pour l'U.F.F. Une différence notable existe tout de même, les comités de l'U.F.F. sont administrés par des femmes[2] tandis que ceux de la S.S.B.M. sont mixtes, même si les hommes ont un rôle prépondérant.

Les comités de ces sociétés concentrent les élites civiles, militaires, institutionnelles, religieuses et économiques d'une ville et d'une région ce qui permet d'accroître leurs richesses et de disposer de relations nécessaires à la réalisation de leurs missions. De par les statuts de ces comités, leurs membres sont des personnes « riches », ce qui est d'ailleurs une condition pour pouvoir accéder aux plus hauts postes de ces comités[3]. La présence des autorités civiles et religieuses vise à promouvoir les comités et à entretenir de bonnes relations avec des autorités jouant un rôle dans

---

[1] Voir le volume 4 p. 896-905 pour la liste des comités, leur composition et leur fonctionnement lors de leur entrée en guerre.

* Ce symbole signifie que cette personne possède une notice biographique dans le volume 5 à laquelle le lecteur voudra bien se rapporter.

[2] Les femmes étant alors des « mineures » aux yeux de la loi, certaines tâches sont exécutées par des hommes, souvent les maris des membres des comités. Par ailleurs, il ne faut pas voir cette « minorité » comme une infériorité vis-à-vis des hommes qui peuvent être membres du comité. Ainsi, certaines femmes issues d'importantes familles locales ont de grands pouvoirs et une grande influence au sein des comités et de la société civile en général.

[3] La première présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers est Mme Bessonneau dont la famille détient une usine à Angers qui fabrique notamment des tentes et baraquements pour les ambulances. La famille de Mme Cointreau, présidente de ce comité à partir de 1908 dirige la distillerie du même nom tandis qu'à Tours, des membres de la famille Mame qui possède une imprimerie, sont membres de la S.S.B.M.

l'hospitalisation des soldats. La présence de militaires[1], principalement de gradés, permet de mieux appréhender le fonctionnement de l'Armée et de développer des réseaux facilitant les missions de ces comités. Cette présence de militaires est accrue par celle de leurs femmes comme la générale Tardieu, présidente du comité de l'U.F.F. de Bressuire. Enfin, le monde médical est présent dans ces comités, ce qui est logique pour des sociétés destinées à donner des soins. Les médecins ont un rôle important dans la formation des infirmières, ils sont donc une cible privilégiée de la propagande des comités et certains reçoivent le statut de membre gratuitement contre la promesse de donner leur concours en cas de conflit. Tenues d'organiser des hôpitaux auxiliaires[2], les sociétés doivent s'assurer la présence d'un personnel médical, composé de médecins et de pharmaciens dégagés de toute obligation militaire, ainsi que d'infirmières. Ces médecins et pharmaciens membres de ces comités sont ceux que l'on retrouve par la suite dans les formations auxiliaires, mais aussi complémentaires de la région.

La mission des sociétés de la Croix-Rouge est de donner des soins aux malades et aux blessés de guerre, principalement en organisant des hôpitaux auxiliaires. Elles agissent aussi en fournissant du matériel, de l'argent et du personnel à l'Armée et au Service de Santé. Afin de répondre à ces missions, elles mettent en place plusieurs actions en temps de paix afin de recueillir ce qui constitue le « nerf de la guerre » : l'argent. Toutes les actions des comités (dons, fêtes, quêtes, soins, recrutement de nouveaux membres, etc.) des différentes sociétés menées en temps de paix convergent vers ce but, ce qui conduit à une concurrence entre les comités. Sans argent, les comités sont condamnés à l'inaction et se voient privés de mener à bien leur principale mission qu'est l'organisation d'un hôpital auxiliaire. Ainsi, lorsque ces sociétés viennent en soutien des militaires avant la guerre, que ce soit en envoyant des infirmières au Maroc[3] ou en créant un « Foyer du soldat »[4], la propagande accompagne l'action des comités. Cependant, le but premier de ces actions demeure les soins des militaires, effectués lors de stages dans les hôpitaux mixtes de la région. Les civils ne sont pas oubliés et sont notamment soignés au sein des dispensaires-écoles des comités à l'exemple de celui de la S.S.B.M. d'Angers[5] créé en 1904. Il s'agit d'une clinique pour les indigents

[1] Leur présence est autorisée depuis la circulaire du 1er août 1908 insérée le 26 octobre 1908 au *Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre* (n°41, vol. 31bis de l'édition méthodique) mais nous n'avons pas pu la retrouver. En 1914, le lieutenant-colonel Huet est vice-président du comité de la S.S.B.M. de Tours, mais nous ne savons s'il appartient alors à l'armée active. Cette circulaire autorise les militaires du service actif à faire partie des sociétés de la Croix-Rouge à condition qu'ils ne remplissent pas une fonction administrative ou de direction. Ils sont par ailleurs des cibles privilégiées des campagnes de propagande des comités en vue de les recruter.

[2] Appelé en théorie hôpital complémentaire auxiliaire, la dénomination usuelle durant le conflit est hôpital auxiliaire (H.A.).

[3] A.D.M&L. 101 J 132. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du 27 octobre 1908.

[4] A.D.M&L. 101 J 185. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Statuts des « Salles de Repos du Soldat » datés du 27 août 1904.

[5] A.D.M&L. 101 J 356. Document d'auteur et de date inconnus relatif à la composition du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Il semble que le comité dispose de deux dispensaires, l'un est rue des Filles-Dieu, l'autre est place du Tertre. Comme le document n'est pas daté, on ne sait si c'était le cas avant la guerre.

dont le service médical est assuré par des médecins, membres du comité, et qui, face au succès rencontré, doit déménager en 1913 dans un local moderne acquis par la société[1].

L'organisation des hôpitaux auxiliaires est le cœur de la mission des comités des sociétés de la Croix-Rouge comme le rappelle l'instruction du 2 mai 1913[2] et plus précisément, il s'agit de la consécration de l'œuvre d'un comité. Elle explique l'activité des comités : la propagande, les levées de fonds, le recrutement de membres et particulièrement de médecins, indispensables à sa réalisation. Cette organisation d'un hôpital auxiliaire est réalisée sous le contrôle du Service de Santé. Elle est particulièrement longue et difficile mais ces comités, grâce à leur implantation dans la vie locale et leurs réseaux, jouissent de certaines facilités.

La constitution d'un hôpital auxiliaire se fait là aussi dans le cadre de l'instruction du 5 mai 1899, mise à jour en 1913, et possède des règles similaires à la constitution des hôpitaux complémentaires[3]. La nature de la formation induit quelques différences cependant. Ainsi, les comités doivent obtenir la concession d'un local, examiné par le Service de Santé, puis ils disposent de deux ans pour constituer les ressources en matériel, personnel et argent[4], nécessaires au fonctionnement de la formation. Si après ces deux années la formation n'est pas constituée, le local n'est plus concédé au comité et peut être utilisé par le Service de Santé, un autre comité ou un autre service de l'Armée. La constitution du matériel se fait par son achat immédiat, par sa fabrication, par le prêt, le don ou bien par la passation de marchés afin d'obtenir le matériel dès l'ouverture de la formation. Concernant les finances, le comité doit réunir les fonds devant couvrir les travaux de transformation de l'hôpital, l'achat de matériel et un fonctionnement de deux mois à raison de 2 francs par jour et par lit[5]. Le comité doit constituer le personnel, lui fournir les brassards de neutralité et les cartes d'identité. Une fois le matériel, le personnel et les fonds acquis, le comité envoie ces renseignements au ministère de la Guerre, les ressources sont alors contrôlées sur place par le Service de Santé afin de donner un avis quant à la série[6] à laquelle l'hôpital auxiliaire doit appartenir. Seules les formations des deux

---

[1] A.D.M&L. 101 J 535. Historique d'auteur et de date inconnus sur le comité de la S.S.B.M. d'Angers.

[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137.

[3] Ainsi, il doit posséder au minimum vingt lits, respecter un cubage minimum de 40 m^3 par soldat hospitalisé et l'hôpital est aussi doté d'un journal de mobilisation.

[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137. Le Service de Santé verse toutefois une indemnité journalière d'un franc par soldat hospitalisé.

[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 30-31 (Article 59). Cela démontre que le Service de Santé n'envisage qu'une guerre courte.

[6] *Ibidem, op. cit.* p. 28-29 (Article 56). La première, qui est le but recherché, concerne les formations dont la préparation est achevée et qui peuvent ouvrir entre le 5e et le 10e jour de la mobilisation. La deuxième concerne les formations dont

premières séries entrent dans le plan d'hospitalisation, elles reçoivent alors une numérotation propre à chaque région militaire qui dépend de leur société d'assistance. Pour la S.S.B.M. les numéros vont de 1 à 100, pour l'U.F.F. de 101 à 200 et de 201 à 300 pour l'A.D.F.

En cas de conflit, l'évacuation des malades et des blessés de la zone des armées vers celle de l'intérieur se fait par voie ferrée via les trains sanitaires. Afin d'accompagner ces évacuations, des infirmeries de gare doivent être organisées dès le temps de paix par la S.S.B.M. qui possède l'exclusivité de ces formations[1]. Elles sont situées dans les locaux de la Compagnie du Paris-Orléans[2]. Échelonnées toutes les six heures du temps de l'évacuation[3], elles sont le premier contact avec le système hospitalier de l'intérieur. Leur rôle est d'hospitaliser temporairement les malades ou blessés désignés par le médecin-chef du train sanitaire comme ne pouvant continuer le trajet. Durant cet arrêt le personnel de l'infirmerie, accompagné par celui du train sanitaire, examine les soldats évacués et en cas d'urgence donne des soins médicaux[4]. Il est aussi chargé de fournir des boissons et des repas aux soldats évacués. Leur constitution suit celle des hôpitaux auxiliaires[5].

Connaissant les difficultés de la création d'un hôpital auxiliaire, les comités se posent, dès le début du processus, la question du type d'hôpital auxiliaire souhaité : un hôpital pour blessés et malades ? Pour contagieux ? Uniquement pour les malades ? Soigner les blessés apparaît comme la tâche la plus noble pour les infirmières de la Croix-Rouge[6]. Les comités agissent généralement avec pragmatisme lorsqu'il s'agit de constituer les ressources pour les hôpitaux auxiliaires, choisissant le type d'hôpital en fonction de leurs moyens. L'hôpital le plus simple à créer est celui pour malades, celui pour contagieux nécessite des locaux isolés, quant aux soins des blessés ils requièrent du matériel chirurgical qu'il faut entretenir et qui peut devenir obsolète avant d'être utilisé. Une fois classé, il est toujours possible d'améliorer le classement ou le type d'hôpital, voire ses équipements. Il est à noter qu'un comité suffisamment riche peut constituer plusieurs hôpitaux auxiliaires, la condition indispensable est qu'avant de constituer un nouvel hôpital, tous les autres doivent être

---

la préparation n'est pas terminée mais qui reste suffisamment avancée pour ouvrir entre le 11e et le 20e jour. Enfin, la troisième ne concerne que les formations en voie de constitution.

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°82bis, p. 130-137.

[2] Il s'agit de la compagnie ferroviaire qui possède les principales voies ferrées de la 9e région.

[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1910, n°82, p. 1-104.

[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Organisation et exécution des évacuations des malades et des blessés ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°82bis, p. 48-122.

[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1910, n°82, p. 1-104. Cependant, elles ne doivent disposer que de quinze lits au maximum.

[6] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Compte-rendu de l'assemblée générale du 13 juin 1910. Lorsqu'elles accèdent aux salles militaires des hospices mixtes, ces infirmières privilégient les blessés au détriment des malades, provoquant quelques remontrances bienveillantes des médecins militaires destinées à leurs rappeler que tous les militaires doivent recevoir les mêmes attentions.

classés en première série[1]. Certains comités le sont comme celui de la S.S.B.M. de Tours qui possède en 1914, quatre hôpitaux auxiliaires en première série, les hôpitaux auxiliaires n°1, 2, 10 et 12, et en prépare un autre à Loches, le futur hôpital auxiliaire n°16.

La préparation du système hospitalier implique également celle du futur personnel destiné à y servir et qui comprend les médecins, pharmaciens et le personnel infirmier et administratif. Tout comme pour les hôpitaux, cette préparation du personnel est menée conjointement par le Service de Santé et les comités des sociétés de la Croix-Rouge. Il s'agit essentiellement de civils mobilisés et encadrés par un personnel militaire, conséquence de l'armée de conscription mise en place en France. Se pose alors la question de la définition du rôle du personnel et de sa préparation à ce rôle. Cette préparation diffère parfois de celle du personnel combattant. En effet, si pour certains postes on forme entièrement le civil par une instruction technique, pour d'autres comme les médecins et les pharmaciens, le Service de Santé ne prétend pas leur apprendre cette profession. La prétention est ailleurs et demeure audacieuse : en faire des médecins et des pharmaciens militaires, ou tout du moins les former au fonctionnement du Service de Santé. Pour les comités des sociétés de la Croix-Rouge, cette question ne se pose pas réellement, hormis pour le cadre administratif qui doit acquérir la science de la réglementation militaire. En effet, les médecins et pharmaciens devant être affectés aux hôpitaux auxiliaires ne sont plus concernés par ces formations militaires. L'enjeu porte sur la formation des infirmières, les « anges blancs » qui sont le symbole de la participation des sociétés de la Croix-Rouge aux soins des militaires. Face à une guerre qui demeure hypothétique, le but du Service de Santé et des sociétés de la Croix-Rouge est de former continuellement son personnel et de le former correctement. Là aussi, cette évaluation ne peut être faite que par le déclenchement d'une guerre.

Avant la guerre, le fonctionnement du système hospitalier du 9e corps d'armée ne se fait pas dans des conditions optimales tout comme sa préparation à une hypothétique guerre. Celle qui éclate à l'été 1914 permet d'évaluer cette préparation mais ce qui devient la Grande Guerre déjoue les plans.

Pour rendre compte de l'évolution du système hospitalier de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale, il convient tout d'abord d'étudier son entrée en guerre jusqu'à la création des secteurs chirurgicaux en janvier 1915. Cette période permet d'évaluer la préparation d'avant-guerre du Service de Santé et de montrer les transformations indispensables à opérer pour que le Service de Santé de la 9e région accomplisse ses missions. Elle permet en outre de dévoiler l'importance de la prise de conscience des réalités militaires et médicales de la Première Guerre mondiale par le Service de Santé de la 9e région dans l'évolution de son système hospitalier. Passé ce temps douloureux de l'apprentissage, il convient de scinder l'étude en deux afin de distinguer les

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137.

soins militaires de l'organisation structurelle et de mieux rendre compte de leurs évolutions qui diffèrent temporellement mais qui sont tout de même liées. Il est alors nécessaire de montrer comment l'organisation médicale qui découle de cette première étape évolue. En effet, nous évoquerons tout d'abord le fondement de cette nouvelle organisation médicale qui se base sur les spécialités médicales et les spécialistes à leur tête, corps qu'il est nécessaire d'étudier pour rendre compte de cette organisation. Puis, il convient d'étudier l'évolution de ces différents services spécialisés en dévoilant l'importante implication des civils dans ceux-ci ainsi que le changement de doctrine médicale du Service de Santé conduisant à en faire une organisation placée en soutien de celle du front. Quant à l'organisation structurelle, l'étude de ses différentes composantes que sont la vie hospitalière, son personnel et son financement permet de mettre en évidence les influences auxquelles sont soumis le système hospitalier et le Service de Santé. Traumatisé par l'entrée en guerre, le Service de Santé hésite dans la définition du système hospitalier adéquat à une situation militaire dont il est impossible d'anticiper les besoins hospitaliers.

Première partie : Les échecs de la préparation à la guerre.

Introduction de la première partie

Lors de la mobilisation générale, la priorité pour l'Armée française est de constituer ses effectifs et de mettre en place le Plan XVII le plus rapidement possible et dans le plus grand ordre. Pour contribuer à cela, l'état de siège est décrété le 2 août, tandis que le lendemain, l'Allemagne déclare la guerre à la France. Avant d'être transformés en hôpitaux complémentaires et auxiliaires, certains locaux servent de cantonnement pour les unités du 9e corps d'armée qui constituent leurs effectifs. Le Service de Santé doit alors attendre pour entrer en action. Puis le 5 août, l'état-major du 9e corps d'armée quitte Tours, le général Dubois* qui le commande part avec le 66e régiment d'infanterie[1]. Il est suivi des unités du Service de Santé du 9e corps d'armée, seules structures préparées en temps de paix à être destinées au front. Le personnel, les militaires et les civils mobilisés devant servir dans les ambulances du corps d'armée, se rend alors à Châteauroux où est stocké le matériel. Les médecins-chefs mettent à profit la courte période de constitution des ambulances pour vérifier le matériel, le tester et procéder à une instruction sommaire du personnel et à l'affectation des postes avant de rejoindre le front[2]. Avec le départ des ambulances et celui du personnel médical des différents corps de troupes qui stationnent dans la région, le Service de Santé met fin à une partie de sa mobilisation. Il poursuit la mise en place de son organisation hospitalière prévue avant la guerre pour les soins des soldats d'un hypothétique conflit qui vient d'éclater mais très rapidement, l'entrée en guerre de l'Armée française et du Service de Santé est un échec. Ceci implique celui de la préparation du Service de Santé concernant l'emploi du personnel médical, le nombre de formations hospitalières nécessaires pour un conflit et son rôle durant celui-ci[3]. Dès lors, il convient de montrer comment le Service de Santé de la 9e région et ses alliés entrent en guerre et apprennent les réalités de ce conflit. Ceci se traduit par des adaptations sur le plan structurel, médical et sur celui de la gestion du personnel à ce qui devient la Grande Guerre.

[1] LHÉRITIER, Michel et CHAUTEMPS, Camille (préf.). *Tours pendant la guerre (1914-1918)*. Tours ; Paris : Deslis ; A. Costes, 1924, 437 p.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 883. JMO 4/9. La numérotation des ambulances renvoie pour le premier chiffre au numéro de l'ambulance et pour le second au corps d'armée. Ainsi, ambulance 4/9 signifie l'ambulance n°4 du 9e corps d'armée. Le chirurgien Lapeyre, à la tête de cette ambulance, organise notamment des exercices de brancardage ainsi que de montage et de démontage de la tente Tortoise devant abriter l'ambulance.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1910, n°82, p. 1-104.

Chapitre 1 : Repenser le système hospitalier de la Première Guerre mondiale.

L'état-major du 9e corps d'armée parti au front comprend évidemment la direction du Service de Santé, celle-là même qui a participé à la création du plan de mobilisation et qui connait les ressources hospitalières de la région. Afin de pallier quelque peu la situation, d'anciens cadres sont rappelés à la direction régionale. Ainsi, le médecin principal de 1ère classe Barois*, affecté à la direction du Service de Santé du 9e corps d'armée de 1909 à 1911 avant de prendre sa retraite, est rappelé à la mobilisation[1]. Il assiste le médecin principal de 1ère classe Lepage nommé directeur[2] en remplacement du médecin principal de 1ère classe Godet parti au front[3]. Les anciens chefs du Service de Santé sont alors aux commandes, apportant toute leur expérience de l'administration militaire, des règlements et les connaissances des ressources hospitalières de la région. Agissant ainsi, on évite une trop grande déstabilisation de la direction qui aurait été préjudiciable à la mise en place du plan d'hospitalisation.

> « Le plus étrange fut que les prévisions des états-majors, de *tous* les états-majors, de *tous* les penseurs militaires, furent démenties par les faits. Rien en effet ne se produisit comme il avait été prévu et, de la mi-août à la mi-septembre, *toutes* les prévisions furent déjouées. »[4]

Le plan du Service de Santé ne fait pas exception à cette constatation. Il se doit alors d'apporter rapidement une solution pour rendre à l'armée française les hommes évacués et ainsi poursuivre la guerre. La prise de conscience des réalités de la guerre par le Service de Santé provoque la réorganisation du système hospitalier initial. Cet apprentissage et cette réorganisation sont constants durant le conflit et se font sur deux axes : le système hospitalier et l'organisation médicale. La période de l'entrée en guerre jusqu'au mois de janvier 1915 est celle où se posent les bases du système hospitalier de la région pour la Première Guerre mondiale. On peut alors se demander comment les réalités de la guerre et les premiers mois de celle-ci façonnent le système hospitalier qui doit prendre en charge les soldats d'une guerre massive et industrielle.

---

[1] S.H.D. Dossier 5 Ye 144 565. BAROIS Léon, Appoline, Augustin.
[2] Voir le volume 4 p. 893 pour la liste des directeurs régionaux.
[3] N'ayant pas retrouvé la composition de la direction régionale de la 9e région, nous ne savons pas dans quelles proportions ces remplacements ont eu lieu.
[4] BECKER, Jean-Jacques. « Prévision des états-majors et effondrement des plans ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome I*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 301-317.

A) Août 1914 : le plan d'hospitalisation d'avant-guerre confronté à ses réalités.

Le 1er août 1914 est le moment pour le Service de Santé de la 9e région militaire de voir si le plan d'hospitalisation des malades et blessés devant être évacués du front de l'Est et du Nord-Est va fonctionner. C'est l'instant de vérité pour le Service de Santé et les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge pour ce qui est de la préparation de leurs formations sanitaires et de leur personnel. Mais le mois d'août 1914 voit s'envoler les certitudes : celle d'une campagne militaire aisée que vient briser l'annonce de l'invasion du territoire, celle de blessures majoritairement bénignes que viennent contredire les premiers combats. Avec eux commence l'afflux vers l'intérieur de blessés principalement fauchés par l'artillerie et transportés dans des trains qui n'ont de sanitaires que le nom. Le Service de Santé et les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge entrent en action pour organiser le plus rapidement possible les hôpitaux complémentaires et auxiliaires prévus par le plan de mobilisation. Une mise en place qui rencontre rapidement des difficultés mais où fait irruption un acteur sous-estimé par le Service de Santé avant la guerre et pourtant bien connu : la population. On peut alors se demander comment s'est faite la mise en place du système hospitalier prévu avant la guerre et surtout comment les réalités de la guerre et la population influent sur celle-ci.

1) Le Service de Santé aux Armées doit réviser ses plans.

Alors que le 9e corps d'armée quitte la région, ne laissant derrière lui que les dépôts des troupes, le Service de Santé met en place son plan. Les journaux de mobilisation des hôpitaux complémentaires à organiser dans toute la 9e région sont sortis, prêts à être confiés à leur médecin-chef. Il convient de se hâter car les trains qui emmènent les soldats sur le front ne vont pas tarder à ramener leurs flots de souffrance. Si l'entrée en guerre du Service de Santé de la 9e région est rapidement influencée par les réalités de celle-ci, on peut toutefois se demander si le plan d'avant-guerre est mis en application et comment celui-ci évolue durant ce mois d'août 1914.

a) Le Service de Santé de la 9e région entre en guerre sans trop de difficultés…

Les difficultés interviennent dès l'organisation des hôpitaux complémentaires, une opération pourtant parfaitement codifiée. Dans un premier temps, le Service de Santé prend possession des locaux qui lui ont été attribués. Certains étant occupés par un autre service, il doit attendre avant de pouvoir l'aménager. Mais dans le tourment de la déclaration de la guerre, il a la chance de voir celle-ci éclater en plein été. Les locaux scolaires étant vides, il gagne ainsi un temps précieux parfois perdu à cause de leur état, notamment sanitaire. Il faut alors procéder à leur désinfection, une procédure semble-t-il systématique, afin d'assurer les conditions d'hygiènes indispensables à l'hospitalisation

des soldats[1]. Cette désinfection lorsqu'elle est faite par les services civils d'hygiène peut prendre plusieurs jours, surtout si le personnel n'est pas suffisant suite à la mobilisation. À Châteauroux, l'école Léon XIII est mise à la disposition du Service de Santé le 13 août mais son utilisation pour le cantonnement des troupes puis pour l'internement des civils autrichiens et allemands nécessite huit jours de désinfection. L'hôpital complémentaire n°25 installé dans cette école n'ouvre que le 21 août.

Pendant ce temps, et en théorie, le médecin-chef et l'officier d'administration de chaque formation sont reçus à la direction du Service de Santé où leurs sont donnés des instructions, des documents administratifs, et surtout le journal de mobilisation de leur formation[2]. Or selon le médecin inspecteur Troussaint, certains civils mobilisés ne connaissent pas ces documents. Pour lui, c'est la preuve d'un désintérêt d'avant-guerre pour la mission que l'on attendait d'eux[3], mais on peut aussi y voir un échec de la formation du Service de Santé. Une situation qui semble n'avoir été qu'exceptionnelle[4]. Lors de la prise de possession du bâtiment, l'officier d'administration dresse un procès-verbal de l'état des locaux et du matériel mis à la disposition du Service de Santé. Dans ce cas aussi, les procédures n'ont parfois pas été scrupuleusement suivies. Dans l'effervescence de la mobilisation et à la suite de celle de responsables civils, certains procès-verbaux n'ont été dressés que plus tard, après l'ouverture de la formation[5]. C'est le cas pour l'hôpital complémentaire n°4 à Niort. Occupé dès le 4 août par le Service de Santé, le procès-verbal n'a été fait que le 24 et de manière sommaire[6]. Cela ne gêne en rien la suite des opérations qui consiste en des aménagements temporaires prévus par le journal de mobilisation[7].

Les principales difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit de doter l'hôpital en matériel. Parfois, l'ensemble du matériel prévu par le journal de mobilisation n'est pas disponible. Le médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°5 de Niort fait appel au maire le 11 août pour l'aider à trouver les lits manquants afin d'achever son installation. L'impréparation du Service de Santé se révèle : les lits qui lui étaient destinés ont été pris par l'hôpital mixte de Niort pour augmenter ses capacités hospitalières et par l'hôpital complémentaire n°4[8]. Outre la concurrence avec les autres services de l'Armée, les

---

[1] Cependant, cette procédure n'est pas indiquée dans le règlement de 1913.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 37-38. (Article 72). Ces documents peuvent aussi leur être remis par le commandant d'armes ou le maire de la ville où se trouve la formation à organiser.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 58.
[4] Nous n'avons pas trouvé de situations relevant de ce cas. En outre, ce propos est plus à mettre sur une justification du médecin inspecteur Troussaint quant aux critiques qu'il a reçues sur l'entrée en guerre du Service de Santé aux Armées.
[5] Cependant, nous n'avons pu avoir accès aux procès-verbaux. Nous n'avons retrouvé leur mention que de façon indirecte et dans de très rares cas.
[6] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hôpitaux, Réfugiés, Secours aux pays dévastés (6). Convention datée du 31 janvier 1921 relative à la restitution définitive du lycée Fontanes de Niort.
[7] Des travaux plus importants peuvent être menés avec l'accord du propriétaire du local et parfois à sa charge. Ils concernent généralement des améliorations dont celui-ci bénéficiera à la restitution du local.
[8] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hôpitaux, Réfugiés, Secours aux pays dévastés (6). Lettre datée du 11 août 1914 du médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°5 au maire de Niort.

hôpitaux complémentaires sont donc en concurrence entre eux. Pourtant ce matériel devait en principe être constitué dès le temps de paix. Les craintes exprimées par le médecin de Poitiers en charge de la préparation de la mobilisation se sont partiellement réalisées[1]. Le Service de Santé doit en partie faire appel à la réquisition pour doter ses formations en matériel.

Parachevant sa création, l'hôpital complémentaire se dote de marques distinctives, tel un cachet pour sa correspondance, mentionnant le corps d'armée ou la région et son identification. Cette marque est aussi présente sur les brassards du personnel afin d'identifier les personnes appartenant à cette formation[2]. Enfin une pancarte avec ces mêmes informations est fixée à l'entrée de la formation accompagnée du drapeau français et de celui de la Croix-Rouge. L'hôpital peut ouvrir ses portes.

b) … mais doit très rapidement modifier le plan d'hospitalisation.

La mobilisation du Service de Santé se déroule de manière satisfaisante cependant le plan d'hospitalisation original n'est jamais mis en place[3]. Il est modifié dans la chronologie de celle-ci, dans ses capacités d'hospitalisation et dans la localisation des formations et ce, parfois même avant la déclaration de la mobilisation générale. À la fin du mois de juillet, le médecin-chef des salles militaires de l'hôpital de Tours demande et obtient de la commission administrative 130 lits[4] supplémentaires[5]. À Angers et à Niort, des lits sont réquisitionnés pour les hospices mixtes afin d'en augmenter les capacités dès le début du conflit[6]. Des actions probablement guidées par la crainte d'évacuations plus importantes que prévues et donc d'une insuffisance des capacités d'hospitalisation. Les salles militaires de l'hôpital de Tours sont insuffisantes pour les soins des soldats en temps de paix, il est alors facilement imaginable qu'elles le soient également en période de guerre. Il est aussi probable que cette augmentation fasse partie du plan d'hospitalisation.

Celui-ci se trouve aussi modifié par suite du changement du local prévu initialement pour l'installation des hôpitaux complémentaires. À Angers, le problème porte sur les hôpitaux complémentaires n°19 et n°20 qui doivent être organisés dans deux groupes scolaires[7]. Trop vétustes,

---

[1] A.D.V. 1773 W 12. Copie d'une lettre datée du 1er juin 1904 du médecin-chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Poitiers au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[2] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hôpitaux, Réfugiés, Secours aux pays dévastés (6). Lettre datée du 16 août 1914 du médecin major de 1ère classe Gandar au maire de Niort.

[3] En l'absence d'archives concernant ce plan de mobilisation, ceci n'est qu'une hypothèse basée sur les événements de ce mois d'août 1914.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hospice mixte de Tours par le médecin principal de 1ère classe Barois et datée du 8 septembre 1916. Cette notice mentionne 201 lits supplémentaires mis à la disposition de l'hôpital militaire de Tours par la commission administrative de l'hospice général.

[5] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 9 novembre 1914. Cependant, cet effort de la commission n'est consenti que jusqu'à la période hivernale qui est une période où les épidémies sont nombreuses.

[6] Dès lors, on peut se demander si ces augmentations ne faisaient pas partie du plan. Cependant, elles ne sont pas prévues par les règlements.

[7] A.M. Angers. 4 H 64. Liste des locaux mis à disposition du Service de Santé lors de la mobilisation. L'auteur est le médecin-chef de la place d'Angers et le document date du 31 juillet 1914. Il fait état des hôpitaux complémentaires et

le Service de Santé n'utilise pas ces locaux et jette son dévolu sur ceux plus adéquats de l'École Nationale d'Arts et Métiers dont il obtient l'utilisation de la part du ministère de l'Instruction Publique. Les deux formations y ouvrent leurs portes le 24 août[1] et quelques jours plus tard, l'hôpital complémentaire n°20 ferme, absorbé par l'hôpital complémentaire n°19[2]. Bien que l'état des locaux scolaires ne soit pas du ressort du Service de Santé, l'absence d'un suivi régulier des locaux qui lui sont attribués pour ses besoins le pousse à agir dans l'urgence. L'aide des autorités civiles locales et nationales et la période estivale lui permettent alors d'agir rapidement.

Lors de l'entrée en guerre, ces modifications du plan d'hospitalisation se font à la marge. Le véritable changement intervient le 10 août 1914 avec la dépêche n°4 459 C/7[3]. Le directeur presse ses subordonnés d'accélérer la mise en place des hôpitaux complémentaires et d'accroître les capacités des formations existantes. Elle fait suite aux premiers combats[4] de l'Armée française qui font prendre conscience au Service de Santé de la nécessité d'augmenter au plus vite ses capacités. Le 14 août[5], la direction du Service de Santé de la 9e région transmet l'ordre de rechercher toutes les ressources locales pour développer les capacités hospitalières. La situation est urgente car la fin du mois d'août est désastreuse pour l'Armée française qui échoue dans ses offensives en Lorraine et dans les Ardennes et doit battre en retraite devant l'avancée allemande en Belgique. Du 20 au 23 août, 40 000 soldats français sont morts, dont 27 000 pour le seul 22 août d'après Henry Contamine[6]. Le nombre total des pertes liées à la « bataille des frontières » s'élève à plus de 300 000 hommes pour l'Armée française[7]. Le nombre d'évacués sur les formations de l'intérieur lors de ce mois est difficilement estimable. Une étude statistique consacrée aux blessés hospitalisés à l'intérieur évoque le chiffre de 144 151 blessés évacués[8].

C'est dans ce contexte difficile que doit agir le Service de Santé de la 9e région, notamment en organisant de nouvelles formations. La création de nouvelles formations en période de conflit est

---

auxiliaires qui doivent être organisés à Angers. Il indique leur emplacement, la date à laquelle le local doit être remis et à laquelle la formation doit ouvrir et le nombre de lits à installer. Il mentionne aussi des formations qui n'ont pas été classées.

[1] A.D.M&L. 1 ETP 197. Document non daté et d'origine inconnue ayant trait à l'utilisation de l'école depuis la mobilisation. D'autres sources donnent, pour l'ouverture de l'hôpital complémentaire n°19, la date du 15 août 1914. C.D.M.S.S.A. Carton 513. État sommaire des archives de l'hôpital complémentaire n°19 d'auteur et de date inconnus.

[2] Le but est de créer une unique formation aux capacités hospitalières plus importantes.

[3] A.N. C 7689. Dépêche n°4 459 C/7 datée du 10 août 1914 du directeur de la 7e Direction.

[4] BECKER, Jean-Jacques. *La Première Guerre mondiale*. Paris : Éditions Belin, coll. « Belin Sup Histoire », 2003, 368 p. Le 7 août les Français entrent dans Altkirch puis dans Mulhouse le 8 août mais cette ville est rapidement perdue.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1 812 H datée du 14 août 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[6] BEAUPRÉ, Nicolas. *La France en guerre 1914-1918*. Paris : Éditions Belin, coll. « Histoire », 2013, 221 p.

[7] PRIOR, Robin, « Le front de l'Ouest ». In : Jay WINTER (dir.) et BECKER, Annette (coord.), *La Première Guerre mondiale. Volume 1 : Combats*, Paris, Fayard, coll. « Cambridge history », 2013, p. 223-256.

[8] MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Étude de statistique chirurgicale. Guerre de 1914-1918. Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire. L'évolution de leurs blessures. Tome 1.* Paris : Imprimerie Nationale, 1924, 451 p. Cependant l'étude ne débute qu'en mars 1915.

prévue par les règlements qui sont alors plus souples. En ce mois d'août, il s'agit principalement d'annexes d'hôpitaux complémentaires et mixtes, structures qui dépendent administrativement d'une structure principale. Dix ont été organisées durant ce mois[1], quatre à Angers, deux à Poitiers, deux à Loudun (des annexes de l'hôpital mixte), une à Niort et une à Doué-la-Fontaine[2]. Elles permettent d'augmenter les capacités hospitalières des hôpitaux dont elles relèvent, l'ensemble représentant une seule entité administrative. À Angers, l'intérêt de l'annexe de l'hôpital complémentaire n°7 est aussi médical car elle est organisée à la clinique Saint-Rémy située à côté de l'hôpital[3]. L'utilisation des cliniques et des hôpitaux civils présente l'avantage pour le Service de Santé de disposer d'une structure de soins déjà organisée, palliant l'absence de salle d'opération si l'hôpital complémentaire n'en dispose pas. Enfin, le Service de Santé procède à l'organisation d'un nouvel hôpital, notamment grâce aux dons de la population, l'hôpital complémentaire n°29 à Châteauroux qui ouvre ses portes le 20 août[4].

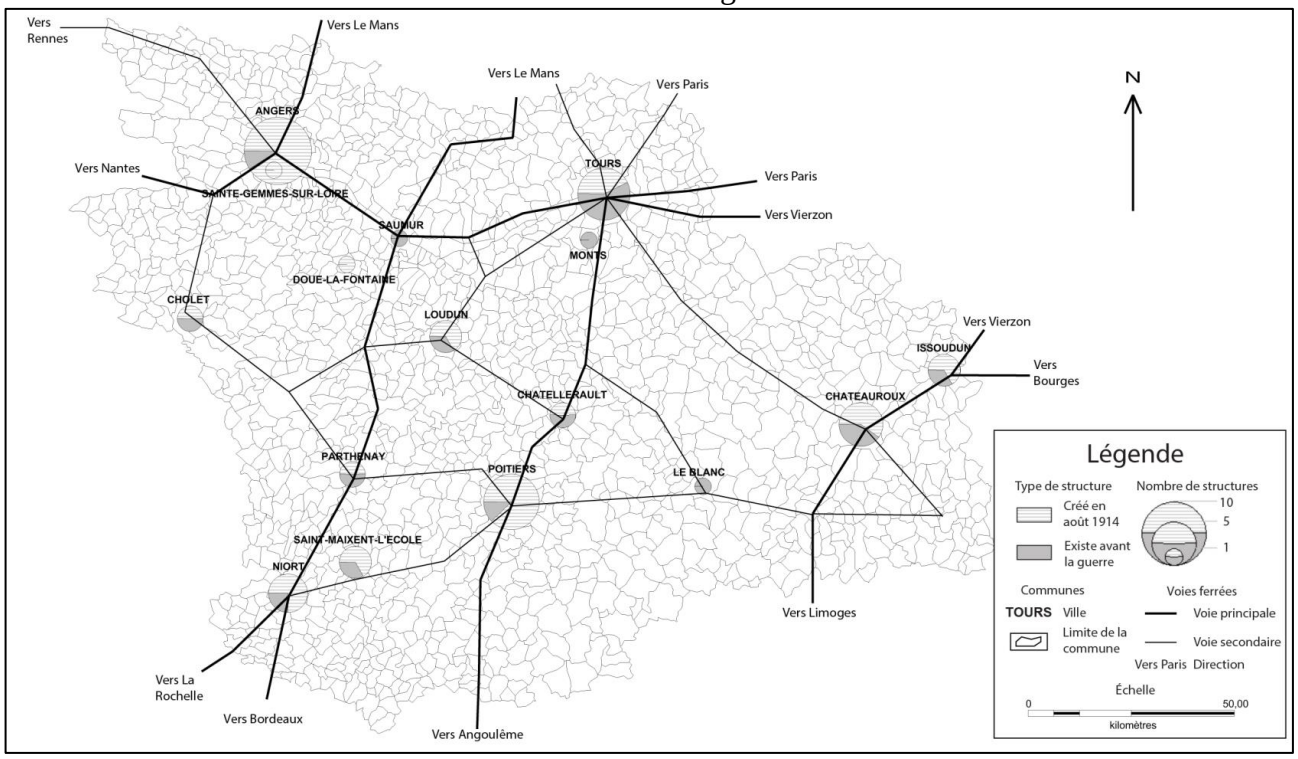
c) L'augmentation des capacités hospitalières du temps de paix du 9e corps d'armée comme première réponse à la situation médicale.

Le plan d'hospitalisation consiste en l'adaptation du système hospitalier du temps de paix, qui est alors « musclé » pour répondre à l'hospitalisation d'un nombre plus élevé de soldats. Ceci se traduit par l'organisation de formations nouvelles dans les villes où le Service de Santé est présent en temps de paix[5]. À la fin de ce mois d'août 1914, le Service de Santé est à la tête de cinquante-cinq structures dont cinquante-et-une formations hospitalières[6]. Dix-huit existaient en temps de paix, les hôpitaux mixtes, l'infirmerie de la Poudrerie du Ripault, le magasin régional de Châteauroux, le dépôt du magasin régional du Service de Santé à Tours, le laboratoire de bactériologie de Tours[7] et la direction régionale du Service de Santé. Trente-sept formations ont été organisées par le Service de Santé durant ce mois, vingt-six hôpitaux complémentaires et dix annexes dans les conditions décrites

[1] Ces structures sont prévues par les règlements. Ces annexes portent la dénomination « annexe hôpital complémentaire » (annexe H.C.) suivi du numéro de l'hôpital complémentaire.
[2] Il s'agit d'une annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers qui est également appelée hôpital bénévole n°67bis.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport sur le fonctionnement du centre auxiliaire de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie en juillet 1915. Les auteurs semblent être le docteur Martin et le chirurgien-dentiste Bouvet qui dirigent ce centre. Par la suite, une deuxième clinique est utilisée, elle ouvre le 3 septembre 1914.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°29 par le médecin-chef Brillaud et datée du 26 septembre 1916.
[5] Nous ignorons quel était le plan de d'hospitalisation original. Vingt-huit formations semblent avoir été prévues avant la guerre mais toutes ne sont pas ouvertes en août comme l'hôpital complémentaire n°13 qui n'ouvre qu'en novembre.
[6] Il n'a pas été tenu compte des infirmeries régimentaires qui restent sous le contrôle des différents corps de troupe. En théorie, ces dernières ne sont pas destinées à hospitaliser des soldats évacués du front. Il a aussi été procédé ainsi car nous n'avons pas pu retrouver l'ensemble des corps qui ont stationné dans la 9e région durant le conflit.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 505. Dépêche n°4 822 H datée du 10 novembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région à la 7e Direction. Le laboratoire de bactériologie est situé au Parc à Fourrage de Tours. Il a été créé en 1910 ou en 1911. S.H.D. GR 9 NN 7-962. Dépêche n°1 021 H datée du 22 août 1911 du directeur du Service de Santé du 9e corps d'armée à la 7e Direction. Le directeur régional fait état de travaux au laboratoire.

précédemment auxquels s'ajoute l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire qui a été militarisé[1]. Hormis cette formation et celle de Doué-la-Fontaine, aucune formation n'a été organisée dans une ville où le Service de Santé n'était pas implanté en temps de paix.

Figure 1. Emplacement des structures militaires créées au mois d'août 1914 par rapport à celles existantes avant la guerre.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Cette répartition est logique car ces villes présentent tous les avantages pour l'organisation de formations sanitaires[2]. Elles sont sur le réseau ferré de la Compagnie du Paris-Orléans, ce qui est un atout pour les évacuations. Villes de garnison, elles disposent de structures de commandement permettant un contrôle de ces formations. Enfin, ces villes sont parmi les plus importantes de la 9e région[3]. La présence de fortes populations entraine celle de locaux particulièrement prisés pour l'organisation des hôpitaux complémentaires : les locaux scolaires[4]. C'est le cas de vingt-cinq des trente-sept formations organisées, hôpitaux ou annexes, dont vingt-trois des vingt-cinq hôpitaux complémentaires organisés durant ce mois. On peut même estimer que tous les hôpitaux complémentaires l'ont été car le local où est situé l'hôpital complémentaire n°16 était à sa construction, une faculté de théologie, tandis que l'hôpital complémentaire n°10 à Saint-Maixent-

[1] Voir le volume 5 p. 973 pour la notice de cette formation.
[2] Une autre explication tient à la construction de la carte qui se base sur les choix et difficultés évoqués auparavant dans les dates d'ouverture des formations ainsi que dans le choix des formations existantes en temps de paix.
[3] Voir le volume 4 p. 777-781 pour les tableaux relatifs à la population de ces villes en 1911.
[4] On ne parle pas ici des petites écoles mais des groupes scolaires, des lycées, des collèges, des écoles supérieures, des écoles normales, et de l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers.

l'École est situé à l'école militaire[1]. Comme il a été montré[2], la préparation du plan d'hospitalisation du Service de Santé se base sur l'utilisation de ce type de bâtiment pour y installer les hôpitaux complémentaires[3].

Les cas les plus intéressants en ce mois d'août, sont les villes de Saumur et de Tours. Pour la première, le Service de Santé n'y organise aucune formation bien qu'elle entretienne un lien important avec l'Armée. La présence des comités de l'U.F.F. et de la S.S.B.M., organisateurs dans la ville d'hôpitaux auxiliaires, couplée à la proximité de Tours et d'Angers, qui sont des centres importants, sont peut-être les raisons de l'absence d'hôpitaux complémentaires. Tours est aussi un cas intéressant par le faible nombre d'hôpitaux complémentaires qui y sont organisés, eu égard à la taille de sa population, à l'importance des structures militaires et à son emplacement sur le réseau ferré du Paris-Orléans. Seulement trois formations y sont organisées. Poitiers et Angers, qui sont des villes comparables à Tours, en comptent respectivement sept et dix[4]. L'une des explications serait un manque de locaux suite à une concurrence avec d'autres services et corps de l'Armée[5]. Cependant, tous les locaux scolaires ne sont pas occupés et d'autres le sont plus tard[6]. Outre un manque de moyens[7], on peut émettre l'hypothèse que durant ce mois, le Service de Santé n'envisage pas encore un conflit long et nécessitant d'importants moyens d'hospitalisation, se satisfaisant de son organisation.

La « faiblesse » du nombre d'hôpitaux complémentaires pourrait être compensée par leur capacité hospitalière. Le Service de Santé aurait ainsi privilégié la concentration d'un grand nombre de lits dans quelques formations. Ne connaissant pas les capacités hospitalières de toutes les formations sanitaires à leur ouverture, nous ne pouvons qu'émettre cette hypothèse. Cependant, il organise d'importantes formations comme l'hôpital complémentaire n°2 situé au lycée Descartes de Tours et qui compte 410 lits lors de son ouverture, l'hôpital complémentaire n°1 à Châteauroux, 390 lits, et l'hôpital complémentaire n°4 à Niort, 360 lits.

---

[1] Concernant cette structure, nous avons décidé de l'intégrer au type militaire pour la différencier des locaux scolaires publics et privés.
[2] Voir p. 24 de ce volume.
[3] A.D.M&L. Lettre datée du 25 septembre 1914 du commandant de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[4] N'ayant pas pu retrouver l'ensemble des archives concernant l'organisation des hôpitaux complémentaires avant le conflit, ainsi que leur nombre fixé par le Service de Santé, nous ne pouvons savoir si ce système correspond aux besoins estimés avant la guerre.
[5] Ceci est d'autant plus probable que leur nombre s'accroît par la présence des régiments de réserve et de l'armée territoriale ainsi que, à partir de la fin du mois, des dépôts de troupes des régions envahies.
[6] Toutefois, il n'est pas impossible que des locaux scolaires soient occupés par d'autres services et corps de l'armée.
[7] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 49-51. Le médecin inspecteur Troussaint évoque des difficultés pour obtenir le budget pour le matériel, notamment celui nécessaire en cas de conflit.

2) Les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge passent à l'action, soutenues par la population.

Partout dans la 9e région les comités de la S.S.B.M. et de l'U.F.F. entrent en action lors de la déclaration de la mobilisation. Et si tous n'ont pas pour mission d'organiser un hôpital auxiliaire, tous cherchent à participer à cette mission. Les réunions des différents comités se multiplient et elles n'ont jamais été aussi suivies. Il convient alors de savoir si ces comités sont prêts pour leurs missions. Et si l'inquiétude est présente chez ces personnes qui ont vu partir maris, pères, frères et fils pour le front, elles exécutent leurs missions avec un certain « engouement » d'autant qu'elles peuvent compter sur la population pour s'adapter à la situation.

a) L'« engouement » de l'entrée en guerre.

À la différence du Service de Santé, l'organisation d'un hôpital auxiliaire est considérée par les comités comme la consécration de leur mission, patiemment et parfois difficilement préparée depuis de longues années. Ceci explique leur engouement mais aussi certaines déceptions qui contrastent avec la gravité du moment. Pour le reste, l'organisation suit celle des hôpitaux complémentaires en se basant sur les règlements en vigueur et surtout sur le journal de mobilisation de la formation à organiser, sous le contrôle du médecin-chef de la place. Les délégués régionaux contrôlent aussi cette organisation, transmettant les directives du directeur régional du Service de Santé aux présidents des comités.

L'installation de l'hôpital auxiliaire n°102 du comité de l'U.F.F. d'Angers permet d'en suivre les étapes. Le comité débute sa mobilisation le 1er août sous la pression du délégué régional. Il demande d'accélérer l'organisation de l'hôpital pour l'ouvrir le sixième jour de la mobilisation soit le 7 août[1]. Comme pour les hôpitaux complémentaires, la prise de possession du local s'accompagne d'un état des lieux et d'une désinfection des locaux[2]. L'engouement pour les soins des soldats transparaît lors de la constitution du personnel. Lors d'une réunion le 3 août, on répartit les postes au sein du futur hôpital auxiliaire n°102 dont madame Cointreau prend la direction. Tous les postes sont pourvus par des membres locaux, à l'exception de celui d'infirmière major pour qui l'on fait appel au comité central, le comité d'Angers souhaitant très probablement une personne expérimentée à ce poste[3]. Cette infirmière major procède au recrutement des infirmières en leur expliquant la lourde

[1] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 1er août 1914 du délégué régional de l'U.F.F. à la présidente du comité d'Angers.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Compte-rendu de la séance du 3 août 1914.
[3] Par la suite, il est dit que la direction technique de l'hôpital lui est confiée mais il ne peut s'agir que de la direction technique du personnel infirmier de ce comité. Il apparaît très peu probable que le médecin-chef de la formation ait abandonné la direction technique de la formation, les infirmières ne devant être que les auxiliaires des médecins.

tâche qui les attend, ce qui ne démotive pas les candidates[1]. Tandis que l'on complète le personnel, les médecins engagés auprès du comité s'apprêtent à prendre leur poste. Le médecin-chef est le docteur Legludic*, les chirurgiens sont les docteurs Mâreau* et Boquel*[2], et le docteur Papin* est médecin traitant[3]. L'engouement pour les soins des blessés se traduit aussi par les offres de services de personnes qui ne sont pas membres de ces comités et qui parfois n'ont pas de compétences médicales, seulement leur dévouement[4]. Ces offres ne concernent pas forcément le personnel soignant, comme ce coiffeur qui offre de couper les cheveux des soldats hospitalisés[5].

Dans le même temps, on constitue le matériel nécessaire à l'hôpital. Celui-ci est consigné sur le journal de mobilisation, assuré par le stock constitué en temps de paix, complété par l'utilisation du matériel provenant des locaux utilisés et par des contrats passés avec des fournisseurs. Pour l'hôpital auxiliaire n°102, le comité utilise ses stocks, le matériel de l'école normale d'instituteurs, principalement les lits, et s'assure de la fourniture du matériel prévu par des engagements[6]. Les comités rencontrent quelques difficultés pour récupérer le matériel promis, surtout pour son acheminement jusqu'à la formation. En effet, les transports par voie ferrée sont pratiquement interrompus afin de permettre à l'Armée de réaliser son plan de concentration des troupes[7]. Mais ce problème de matériel est très rapidement gommé par l'afflux de dons, spontanés ou provoqués par les comités[8].

Les finances sont une source d'inquiétudes pour les comités qui ont besoin de liquidités pour l'organisation des hôpitaux auxiliaires et ces derniers coûtent très chers. Les frais d'installation pour l'hôpital auxiliaire n°102 sont de 12 980,30 francs quand les ressources du comité au 1er août 1914 s'élèvent à 53 344,92 francs[9]. En outre, avec l'incertitude de la durée du conflit et bien que le Service

---

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion des infirmières du 4 août 1914.

[2] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102. Le docteur Boquel ne semble pas être à l'origine un chirurgien de la formation, cependant il y officie dès le mois d'août 1914.

[3] A.D.M&L. 101 J 221. Lettre datée du 23 avril 1914 de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers au médecin-chef des salles militaires des hospices d'Angers.

[4] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 5 août 1914 de madame Veigneau à madame Esnault. Dans cette lettre, deux sœurs non diplômées se proposent pour un poste d'infirmière ou d'aide infirmière.

[5] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 27 août 1914 de monsieur Moreau à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.

[6] A.D.M&L. 101 J 221. Contrat signé le 30 avril 1909 entre la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers et le Palais des Marchands. Ce contrat est valable pour cinq ans, il n'est donc pas valide lors de l'entrée en guerre mais on peut supposer qu'il a été reconduit. Contrat signé le 1er janvier 1909 entre la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers et le pharmacien Picard. Il s'agit d'un accord similaire.

[7] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Compte-rendu de la séance du 3 août 1914.

[8] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 42. (Article 82). Il est à noter que pour obtenir du matériel ou d'autres prestations pour organiser leurs hôpitaux auxiliaires, les sociétés de la Croix-Rouge peuvent faire appel à la réquisition. Elle est alors faite par le Service de Santé en leur nom et à titre de remboursement. Cependant, submergés par les dons, les comités n'ont, pour le moment, pas besoin d'utiliser cet outil.

[9] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.

de Santé verse une indemnité d'un franc par jour et par hospitalisé, les comités cherchent à augmenter leurs réserves en utilisant des outils qu'ils maîtrisent bien comme les appels aux dons et les quêtes.

Au final, les comités parviennent à organiser leurs hôpitaux auxiliaires rapidement. L'hôpital auxiliaire n°102 qui devait ouvrir le neuvième jour de la mobilisation selon le journal ouvre le septième jour soit le 8 août, même si le délégué et les membres du comité auraient voulu ouvrir un jour avant.

b) Le plan d'avant-guerre dépassé par l'« engouement » de la population.

À l'instar du Service de Santé, les sociétés de la Croix-Rouge ne suivent pas leur plan de mobilisation établi avant la guerre pour les raisons mentionnées auparavant : le déroulement du conflit défavorable à l'armée française et l'« engouement » de la population qui souhaite apporter son aide ou donner des soins aux soldats[1]. Là aussi, les comités procèdent à l'augmentation des capacités hospitalières de leurs formations avec l'aide des dons, répondant ainsi aux demandes du Service de Santé. Cependant, la principale variation vis-à-vis des prévisions d'avant-guerre est là encore l'organisation de nouvelles formations. Ceci, dans des proportions bien plus importantes que pour le Service de Santé[2], à l'exemple de la S.S.B.M. Sur les quarante-six formations identifiées comme ouvertes durant ce mois, trente-cinq relèvent de cette société. Les onze autres appartiennent à l'U.F.F. confirmant ainsi le rôle prédominant de la S.S.B.M. au sein de la Croix-Rouge de la 9^{e} région. Or, d'après le bilan dressé par le délégué régional sur le rôle de la société dans la région de la mobilisation au mois de novembre 1917, seulement dix-huit structures étaient prévues en temps de paix[3]. Concernant l'U.F.F., le médecin inspecteur Troussaint mentionne quatorze formations prévues avant la guerre mais il n'en donne pas la liste [4].

[1] Dans ce cas, nous sommes de nouveau confrontés à des lacunes concernant les sources : nous ne connaissons pas l'ensemble des formations prévues par les différents comités en temps de paix.
[2] Dans ce cas aussi nous ne pouvons pas fournir la liste de l'ensemble des formations prévues avant le conflit. Baser cette liste en fonction de la numérotation est aussi une erreur révélée par l'hôpital auxiliaire n°5, auparavant annexe de l'hôpital auxiliaire n°2, et qui ne prend ce nom qu'en janvier 1916. La formation est toutefois ouverte à la fin du mois d'août 1914.
[3] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 88. SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES. *Action de la Société dans la 9^{me} région d'Août 1914 à Novembre 1917*. Paris : Imprimerie Vaugirard, 1917, 20 p. Quatorze formations et quatre infirmeries de gares avaient été prévues avant la guerre.
[4] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 204.

Tableau 1. Répartition des formations créées au mois d'août 1914 par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge selon le local utilisé.

Type de bâtiment	S.S.B.M.	U.F.F.	Total
École	11	10	21
Privé	12		12
Dont châteaux (Privé)	6		6
Religieux	3		3
Soin	8	1	9
Indéterminé	1		1
Total	35	11	46

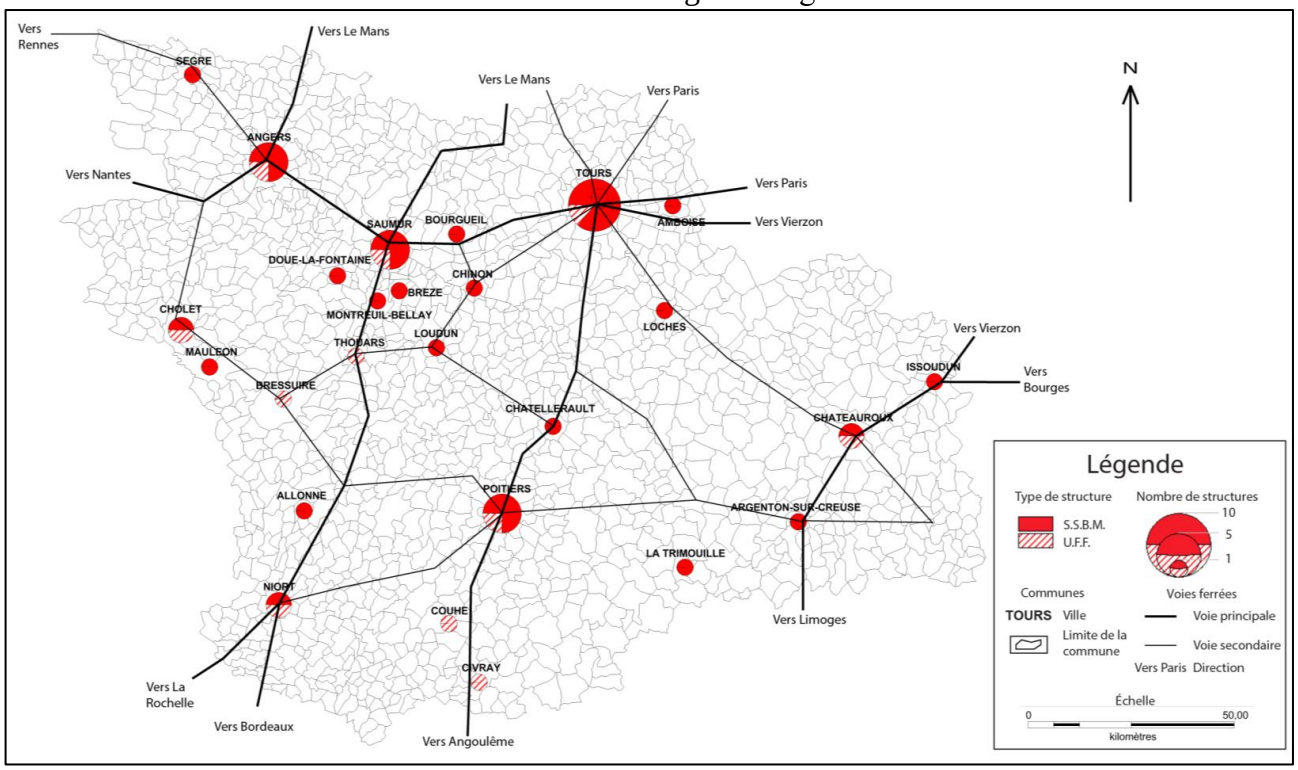
La suite du bilan explique comment ces résultats ont été obtenus : des dons de membres et d'amis de la société, dont des châtelains ayant mis leurs propriétés à la disposition de la société. Il convient cependant d'atténuer cette affirmation pour cette société, du moins pour les formations dont l'ouverture pour le mois d'août 1914 est certaine. La S.S.B.M. a principalement utilisé des locaux scolaires particulièrement adaptés pour y organiser des formations sanitaires. Elle emploie ensuite des structures privées dont six châteaux, puis des structures de soins, par ailleurs plus nombreuses que les châteaux, les structures religieuses et une structure dont le type est indéterminé[1]. Concernant l'utilisation des châteaux, il s'agit dans la majorité des cas, d'annexes d'hôpitaux auxiliaires, structures plus simples à mettre en place. Seuls les hôpitaux auxiliaires n°13, prévu dès le temps de paix dans le château d'Amboise, et n°27 situé au château de Régner, une formation nouvelle, sont des structures indépendantes. En ce mois d'août, le mouvement des « châteaux-hôpitaux »[2] n'est pas réellement marquant, au contraire de l'« engouement » mentionné par le délégué régional qui soutient l'action des sociétés de la Croix-Rouge. En ce qui concerne l'U.F.F., celle-ci semble disposer de liens étroits avec les écoles car les formations ouvertes par cette société le sont principalement dans des locaux scolaires. On peut même affirmer que tous les hôpitaux auxiliaires de cette société le sont puisque la seule formation ouverte dans une structure de soins est une annexe de l'hôpital auxiliaire n°101.

Ces nouvelles créations relèvent de deux formes, les annexes et les hôpitaux auxiliaires. La première est la moins contraignante et n'est pas forcément une nouveauté de ce conflit à l'exemple de la clinique des Dames Blanches située à Tours et annexe de l'hôpital auxiliaire n°2[3]. Les trois autres annexes de cette formation ouvertes durant ce mois sont aussi des structures de soins privées qui ont été mises à la disposition de l'hôpital par leurs propriétaires afin de venir en aide aux soldats[4].

[1] Il s'agit d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 située dans une ancienne chapelle à Saint-Hilaire-Saint-Florent.
[2] L'utilisation de châteaux pour y soigner des soldats n'est pas propre à cette région et se fait sur l'ensemble du territoire et dans les zones de combats.
[3] SOCIÉTÉ SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES, Comité départemental d'Indre-et-Loire. *Rapport de M. le colonel Huet, Vice-Président du Comité d'Indre-et-Loire. Statuts de la société. Noms et adresses des souscripteurs*. Tours : Imprimerie Mame et fils, 1914, 157 p. Cette annexe de vingt lits de l'hôpital auxiliaire n°2 est destinée aux blessés graves.
[4] Voir le volume 5 p. 1010 pour la notice l'hôpital auxiliaire n°5 à l'asile Sainte-Marguerite à Tours.

C’est aussi de ce mouvement de générosité et d’engouement que sont issus les hôpitaux auxiliaires non prévus avant la guerre. Ces formations émanent alors de la volonté de personnes sollicitant les sociétés de la Croix-Rouge pour qu’elles accréditent les formations qu’elles organisent. Agissant ainsi, elles respectent la réglementation[1] permettant à des personnes d’organiser des hôpitaux auxiliaires à condition de s’affilier à l’une des sociétés de la Croix-Rouge. Celles-ci sont parfois membres des sociétés de la Croix-Rouge ou sont en relation avec des membres importants permettant de réaliser ces projets. C’est le cas de l’hôpital auxiliaire n°18, projet porté par le curé de Bourgueil qui offre son abbaye pour hospitaliser les soldats, soutenu en cela par le premier adjoint de la ville faisant office de maire. Le 11 août, ce dernier transmet l'offre au délégué régional de la S.S.B.M., assurant au passage qu’il dispose de la somme nécessaire au fonctionnement de l’hôpital pour un mois[2]. Coup de bluff ou non, il demande une réponse rapide du délégué régional et en cas de refus, irait demander auprès d’une autre société. Le délégué régional accepte cette formation qui est prête le 25 août.

Figure 2. Emplacement des formations de la Croix-Rouge créées au mois d’août 1914 selon la société d’assistance de la Croix-Rouge à l’origine de leur création.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

La répartition des formations organisées par la S.S.B.M. et l’U.F.F. durant ce mois diffère de celle des formations du Service de Santé. Elles sont en effet bien plus dispersées dans la 9e région.

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d’assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137.

[2] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 11 août 1914 du premier adjoint au maire de Bourgueil au président du comité de la S.S.B.M. de Tours. C’est un mois de moins qu’il ne le faut en temps de paix.

Cependant, l'organisation de ces formations repose là aussi sur les principales villes de la 9e région et leur agglomération. C'est particulièrement le cas pour l'U.F.F., même si des hôpitaux auxiliaires et des annexes ont été organisés dans des villes plus isolées comme Couhé et Civray[1]. Cette dispersion s'explique tout d'abord par celle des comités et sous-comités des sociétés de la Croix-Rouge organisateurs de ces formations. Elle s'explique aussi par l'acceptation d'offres de formations multipliant les structures. Agissant ainsi, les sociétés de la Croix-Rouge se sont affranchies de certaines règles concernant l'organisation des formations sanitaires comme le nombre minimum de lits et surtout la proximité vivement conseillée d'une gare et d'un réseau ferré important. Cette dispersion laisse entrevoir d'autres difficultés, comme la surveillance médicale et disciplinaire des soldats évacués du front, ainsi que le respect de l'égalité des soins à donner aux soldats. Ces craintes ont déjà été exprimées lors du siège de Paris durant la guerre franco-prussienne de 1870-1871[2]. La taille du système hospitalier de la 9e région laisse donc entrevoir de graves difficultés même si les moyens techniques ont évolué entre ces deux conflits.

c) Les infirmeries de gare, portes d'entrée du système hospitalier.

Dans les évacuations, une structure joue un rôle primordial : l'infirmerie de gare. Structure civile et militaire, elle est organisée par la S.S.B.M. et fonctionne sous la direction d'une commission militaire dans laquelle siège le chef de gare[3]. Elles sont installées toutes les six heures du temps que dure l'évacuation sanitaire. Leur rôle consiste à donner des soins aux militaires, mais surtout et à la demande du Service de Santé, à ceux qui sont évacués du front. Autre rôle important, elles fournissent des repas et des boissons aux militaires évacués ainsi qu'à ceux qui rejoindraient le front. Au mois d'août 1914, quatre infirmeries sont organisées dans la 9e région[4] : à Angers, à Argenton-sur-Creuse, à Poitiers et à Saint-Pierre-des-Corps. L'infirmerie de gare la mieux organisée d'après le délégué régional est celle de Poitiers[5] mais la plus importante pour la 9e région est à Saint-Pierre-des-Corps.

Nœud ferroviaire de la Compagnie du Paris-Orléans, Saint-Pierre-des-Corps est la principale porte d'entrée du système hospitalier de la 9e région. De cette gare, les trains en provenance de Paris peuvent être dirigés sur Tours, un terminus ferroviaire, Angers, Poitiers et Niort. Une autre ligne part de cette gare pour rejoindre l'Est et le Sud-Est de la France par Vierzon. Concernant Châteauroux, la

[1] Les cas des villes de Couhé-Vérac et Civray, des annexes de l'hôpital auxiliaire n°101, relèvent très probablement de l'explication mentionnée plus haut.
[2] TAITHE, Bertrand. « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : BOURDELAIS Patrice et FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe – XXe siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, p. 227-242.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Mouvements et transports. Organisation générale aux Armées. II Transports stratégiques ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°100[6bis], 291 p.
[4] Une ambulance de gare est aussi organisée à Niort mais on ne sait à quelle date, ni quel fut exactement son rôle.
[5] A.M. Tours. 16 Z 3. Brouillon d'un rapport du délégué régional de la S.S.B.M. de la 9e région militaire au président du comité central envoyé le 10 novembre 1914.

liaison peut se faire via Loches mais la voie d'évacuation du front la plus probable est la ligne Paris-Vierzon-Châteauroux. Cette ligne explique la présence d'une infirmerie de gare à Argenton-sur-Creuse pour ravitailler et donner des soins aux blessés évacués en direction des 12e (Limoges) et 17e (Toulouse) régions militaires.

Porte d'entrée du système hospitalier de la 9e région, Saint-Pierre-des-Corps en est la « gare point de répartition » des malades et des blessés qui y sont dirigés. Dans le système d'évacuation des malades et des blessés, c'est le 4e Bureau de l'État-Major (Étapes, chemin de fer et transports) qui est en charge du transport des malades et blessés[1]. Plus précisément, c'est le directeur des Étapes et des Services et les commissions régulatrices situées dans les gares de la zone des armées qui décident de la destination des trains sanitaires[2]. Le directeur des Étapes et des Services doit être constamment tenu au courant des capacités hospitalières des régions militaires par les directeurs régionaux du Service de Santé[3], d'où l'importance de remplir correctement et régulièrement les états demandés. Une fois le train d'évacuation arrivé à la gare point de répartition, il est en théorie reçu par le directeur régional mais plus probablement par l'un de ses délégués[4]. Ce dernier, tenu au courant des capacités hospitalières de chaque place de la région, répartit les soldats évacués entre les différentes formations sanitaires.

3) Les hôpitaux bénévoles, symbole de la participation de la population aux soins de ses soldats.

L'engouement de la population ne s'exprime pas uniquement via les sociétés de la Croix-Rouge ou les dons et n'est pas une particularité de cette guerre[5]. Il se traduit dès le début du conflit par une volonté de participer directement aux soins des soldats. Dès lors, ces initiatives privées et publiques se placent en contradiction avec les règlements du Service de Santé qui n'autorisent que les formations de la Croix-Rouge en-dehors des siennes. Ces œuvres bénévoles sont définies comme toutes les structures qui n'ont pas été organisées par le Service de Santé ou la Croix-Rouge et qui ne dépendent pas d'un hôpital complémentaire, auxiliaire ou mixte (existant avant la guerre dans ce

---

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 489. Avant la guerre et au début de celle-ci, ce service et le Service de Santé ne collaboraient pas. Il faut attendre la création du poste de Directeur du Service de Santé de l'Arrière dont le médecin inspecteur Chavasse est le titulaire pour que cette collaboration débute.
[2] DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine). *Précis de législation et d'administration militaires à l'usage des candidats au Grade de médecin et de pharmacien auxiliaires des jeunes Aides-Majors et des Médecins de Réserve*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1914, 354 p.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1910, n°82, p. 1-104.
[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Mouvements et transports. Organisation générale aux Armées. II Transports stratégiques ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°100[6bis], 291 p.
[5] TAITHE, Bertrand. « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : BOURDELAIS Patrice et FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe – XXe siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, p. 227-242.

dernier cas). Cherchant à augmenter les capacités hospitalières de la région, le Service de Santé ne peut rester insensible à ces offres. Il convient alors de montrer comment ces formations bénévoles s'insèrent dans un système hospitalier en reconstruction.

a) Le Service de Santé, assailli par les offres de locaux et face aux besoins, cède à la tentation.

Au début du mois d'août, des particuliers seuls ou regroupés et des institutions publiques offrent au Service de Santé d'hospitaliser des soldats. En ne souhaitant pas s'affilier à l'une des sociétés de la Croix-Rouge, ils se placent en infraction. Face à une situation critique, le Service de Santé ne peut se permettre d'écarter ces propositions même si pour cela il doit s'affranchir des règles. Afin d'accroître le nombre de lits d'hospitalisation, il décide de supprimer le privilège des sociétés de la Croix-Rouge le 9 août 1914 :

> « En raison des offres extrêmement nombreuses de locaux en vue de l'hospitalisation temporaire des malades et des blessés de l'Armée, qui parviennent à l'Administration Centrale pour les diverses Régions du territoire, en raison aussi de l'intérêt qui s'attache à réaliser rapidement cette organisation, j'ai décidé que toutes ces propositions qui vous seront transmises feront l'objet de l'examen d'une Commission composée d'un médecin, d'un Officier d'Administration et d'un architecte. »[1]

La commission doit vérifier la viabilité du projet, la formation devant pouvoir fonctionner toute seule. Elle contrôle les ressources financières et celles en personnel ainsi que ses compétences médicales. Enfin, elle inspecte les locaux proposés pour déterminer leur conformité à l'hospitalisation de soldats et s'ils nécessitent des travaux. Leurs rapports et leurs recommandations sont transmis au ministère qui centralise toutes les offres[2] et statue ensuite sur l'organisation d'une formation dans les locaux proposés. Les commissions sont confrontées à tous les types de locaux possibles et certains propriétaires n'hésitent pas à offrir des locaux impropres à l'hospitalisation de soldats, comme en témoigne le professeur Lejars[3]. Il dénonce les limites de l'engagement patriotique et humanitaire des « généreux » donateurs. Ceux-ci sont parfois plus intéressés par la renommée et la protection qu'offre le fanion de la Croix-Rouge sur leurs biens que par les soins des blessés[4]. Ces commissions ne donnant que leur avis, c'est finalement le ministère qui tranche, ouvrant ainsi la voie aux passe-droits et ce parfois au détriment du confort et des soins des blessés.

Peut-être pour limiter ces cas litigieux, les conditions d'acceptation et d'organisation de ces formations sont précisées et modifiées par un arrêté et une instruction du 21 août. Pour être acceptées,

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°7534 2/7 datée du 9 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 547. Offres de locaux, août et septembre 1914. Il s'agit de registres d'offres mentionnant le propriétaire du local, une description de l'offre et une annotation sur celle-ci.
[3] LEJARS, Félix. *Un hôpital militaire à Paris pendant la guerre : Villemin, 1914-1919*. Paris : Masson, 1923, 364 p.
[4] *Ibidem, op. cit*. p. 100-101. Ici aussi, ce comportement a déjà été observé durant le siège de Paris lors de la guerre de 1870-1871. TAITHE, Bertrand. « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : BOURDELAIS Patrice et FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe – XXe siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, p. 227-242.

les formations proposées doivent posséder des ressources assurant leur fonctionnement pendant trois mois minimum[1]. C'est un de plus que pour les formations des sociétés de la Croix-Rouge avant la guerre, ce qui s'explique par la situation militaire catastrophique faisant craindre une guerre plus longue que prévue. Cependant, le Service de Santé peut allouer une aide pour permettre l'organisation de la formation. Agissant ainsi, ces formations concurrencent celles de la Croix-Rouge pour ce qui est de l'accès aux finances de l'État, ce qui peut être très mal vu par les comités locaux. Mais on rappelle que les dons en argent sont réservés aux sociétés de la Croix-Rouge. Ces dernières, reconnues d'utilité publique, conservent cet atout face à ces formations[2]. Elles sont considérées, en théorie, comme des annexes de celles organisées par le Service de Santé et ce dernier possède sur elles l'autorité technique et militaire[3]. Les offres sont mises à la disposition du directeur régional qui choisit de les utiliser ou non, c'est lui qui instruit leur examen[4]. Le personnel médical et administratif de ces formations peut être entièrement civil, mixte ou bien entièrement militaire, selon les ressources en personnel proposées qui peuvent être complétées par le Service de Santé. Il contrôle ces formations par des inspections à l'improviste et par la présence d'un gradé et d'un commis aux écritures. Le premier pour faire respecter la discipline militaire, le second pour aider à l'administration de la formation[5].

Au final, ces formations sont un excellent moyen pour le Service de Santé d'accroître le nombre de lits. Conservant le contrôle des soins et imposant ses règlements, il bénéficie des ressources financières de particuliers ou d'institutions, ce qui lui permet de diminuer ses charges. Ménageant les susceptibilités de chacun, le Service de Santé permet l'arrivée des formations bénévoles, bientôt connues sous la dénomination d'hôpitaux bénévoles[6].

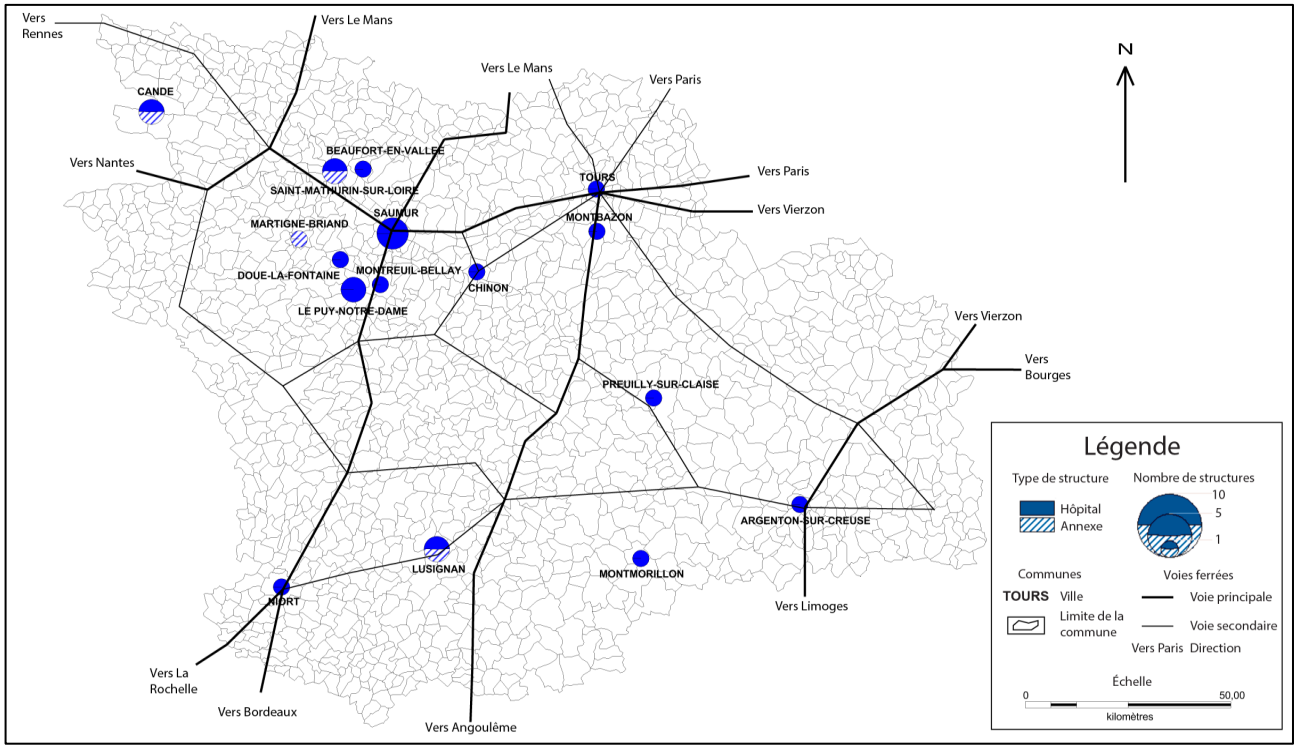
b) La mise en place d'un système d'hospitalisation secondaire.

Vingt-deux formations de ce type ont été organisées durant ce mois. Parmi celles-ci on compte des formations portant la dénomination « Hôpital Bénévole », des annexes de ces hôpitaux bénévoles,

[1] A.N. C 7689. Arrêté daté du 21 août 1914 du ministre de la Guerre.
[2] Cependant, les sociétés reconnues d'utilité publique vont se multiplier durant le conflit, renforçant la concurrence sur les dons. De plus, les hôpitaux bénévoles devant vivre par leurs propres moyens, cela ouvre la voie aux dons pour ces hôpitaux. Ce point est évoqué dans le chapitre 9, volume 3, p. 493 et p. 512.
[3] Il en découle des difficultés à les identifier comme des formations bénévoles. En effet, certaines sont évoquées à la fois comme annexe d'une formation du Service de Santé et comme formation bénévole, entraînant des doubles codifications. D'autre part, certains hôpitaux bénévoles sont des annexes d'hôpitaux auxiliaires ou bien sont organisés par des comités de sociétés de la Croix-Rouge. Enfin, certains hôpitaux bénévoles fonctionnent comme des hôpitaux indépendants.
[4] A.N. C 7689. Instruction datée du 21 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] L'administration de la formation, principalement le mouvement des malades, fait l'objet d'une instruction complémentaire.
[6] Un hôpital bénévole, ou H.B., a en outre une codification particulière : le mot bis est accolé au numéro de l'hôpital afin de le différencier des autres formations. Par exemple : H.B. 1bis.

des hôpitaux civils[1], ainsi qu'une formation sans dénomination connue qu'est l'ambulance de la mairie à Niort. La répartition géographique de ces formations pour ce mois d'août diffère de celles des hôpitaux complémentaires et auxiliaires.

Figure 3. Emplacement des formations bénévoles créées au mois d'août 1914 selon le type de la formation.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Ces formations se concentrent sur le département de Maine-et-Loire, à Saumur et dans ses alentours, au nord-ouest de la 9e région, preuve d'un plus grand engouement pour ce type de formation mais on ne peut écarter un manque de sources pour les autres départements. Particularité de cette répartition : les formations bénévoles ont surtout été organisées en-dehors des villes de garnison. Poitiers, Châteauroux et Angers[2] n'en possèdent d'ailleurs aucune lors de ce mois. Dès lors, on peut qualifier le système d'hospitalisation basé sur ces formations bénévoles, de système secondaire, par rapport aux hôpitaux complémentaires et auxiliaires. Un système dont les formations ne sont pas trop éloignées des principales voies ferrées et par conséquent des principaux courants d'évacuations des malades et blessés.

La sous-représentation des grandes villes de la région pourrait s'expliquer par une « saturation » de celles-ci, qui n'auraient alors plus assez de locaux pour organiser des formations bénévoles. Cependant, ce n'est pas le cas puisque de nouvelles formations y sont créées dans les mois qui suivent. Cette situation est plus probablement liée à la forte présence du Service de Santé et des

[1] Concernant ces hôpitaux civils, certains sont mentionnés dans les rapports sous le nom 'hôpital civil de' ou avec leur code H.B. et parfois les deux. C'est le cas pour l'hospice civil de Candé qui est l'H.B. 9bis.
[2] Pour cette dernière ville, trois hôpitaux bénévoles ont été ouverts durant ce mois mais il s'agit d'annexes d'hôpitaux complémentaires. Voir le volume 4 p. 723 pour l'explication de ce choix.

comités de la Croix-Rouge dans ces villes qui captent la plupart des ressources en locaux, personnel, matériel et argent lors de la mobilisation. Les appels aux dons lancés par les comités de la Croix-Rouge et le fait que ces derniers regroupent une partie de l'élite de ces villes, ne favorisent pas les initiatives personnelles en dehors de leurs actions. Il faut aussi rappeler, et les actions des comités avant le conflit y ont fortement contribué, que les soins des soldats sont perçus par la population comme l'œuvre de la Croix-Rouge. Cette perception favorise les dons envers les comités mais elle n'empêche pas la création de formations bénévoles.

c) Les mairies à la tête des hôpitaux bénévoles.

En ce mois d'août, les structures de soins sont principalement utilisées pour organiser des hôpitaux bénévoles, dix sur les vingt-deux formations bénévoles ouvertes durant ce mois. Ce mouvement est favorisé par les mairies souhaitant faire acte de patriotisme en participant à l'hospitalisation des soldats. Là encore, ce n'est pas un fait propre à ce conflit car durant la guerre de 1870-1871 des mairies ont proposé des lits pour hospitaliser des soldats[1]. Les mairies mettent leurs hôpitaux et hospices à la disposition du Service de Santé soit, et exceptionnellement, de manière gracieuse[2], soit en échange d'une indemnité journalière. Ce type d'hospitalisation ressemble à celui d'avant-guerre, si ce n'est que ce sont les mairies qui en sont à l'origine et ceci sans obligation[3]. Certaines commissions administratives prévoyantes organisent des comités de collecte de dons dans le but de subvenir aux frais liés à cette hospitalisation, montrant la crainte des coûts de cette hospitalisation[4]. Leur participation est encouragée par le Service de Santé qui est à la recherche de lits et qui semble leur forcer quelque peu la main. Ainsi le 14 août, le directeur régional ordonne aux médecins-chefs des salles militaires de commencer l'évacuation des convalescents et malades sur les hospices civils voisins de leur formation pour la désengorger en vue des prochaines évacuations[5].

Les mairies emploient un autre local dont elles ont la charge, l'école municipale, ce qui ne constitue pas une surprise. Sept formations bénévoles ont été organisées dans ce type de local durant ce mois. Les écoles publiques mais aussi privées sont mises à contribution avec l'autorisation du

---

[1] TAITHE, Bertrand. « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : BOURDELAIS Patrice et FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e – XX^e siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, p. 227-242.

[2] A.D.V. 1 X 52. Extrait du registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice de Beaufort-en-Vallée. Séance du 18 août 1914.

[3] Dans les rapports, ces structures de soins civiles ont une codification en H.B. ou hôpital ou hospice mixte. Cependant, nous avons choisi de les inclure dans les hôpitaux bénévoles car ils naissent de ce mouvement « d'engouement » du début de la guerre et non de la réglementation d'avant-guerre qui imposait aux villes l'hospitalisation des soldats.

[4] A.D.V. 1 X 52. Extrait du registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice de Beaufort-en-Vallée. Séance du 18 août 1914.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1 828 H datée du 14 août 1914 du directeur du Service de Santé de la 9^e région militaire. Cette dépêche fait suite à une lettre circulaire datée du 7 août 1914. Ceci montre que le Service de Santé cherche rapidement à utiliser les ressources hospitalières civiles.

préfet et surtout celle de l'inspecteur d'académie. L'Instruction Publique est particulièrement vigilante quant à l'utilisation des locaux scolaires publics et privés, qui n'est pas interdite à condition d'obtenir son accord. Tout en cherchant à préserver les locaux scolaires, le ministère de l'Instruction Publique aide le Service de Santé à hospitaliser les soldats. À la fin du mois d'août, l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire rappelle aux directeurs des écoles publiques du département les conditions d'utilisation des locaux scolaires pour l'hospitalisation des blessés[1]. Il se montre particulièrement conciliant mais en échange demande à ce que tout soit fait pour sauvegarder au mieux les intérêts des élèves et la rentrée d'octobre. Les écoles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours et en cas d'utilisation, un local de substitution doit être trouvé ou bien les classes doivent être regroupées[2].

Les particuliers, associations et institutions sont aussi à l'origine de ce type de formation, certaines étant quelque peu atypiques dans leur organisation. À Montmorillon, c'est le tout jeune comité de la S.S.B.M. qui approche la commission administrative de l'hospice pour y soigner des soldats[3]. L'offre est acceptée, permettant à ce comité d'avoir une formation pour ses infirmières. En outre, il participe au financement des soins[4]. L'hôpital bénévole n°97bis organisé à l'asile Gatien de Clocheville à Tours est aussi un cas particulier car par la volonté de sa fondatrice, il est uniquement destiné à soigner des enfants[5]. Son organisation est intéressante car elle est le fruit de la volonté du président de la commission administrative et ceci à l'encontre de l'avis de celle-ci. Dès lors, tout est fait par l'ordonnateur[6] pour limiter l'emprise du Service de Santé sur l'asile et protéger sa vocation première[7]. Surtout que celui-ci est très intéressé par cet établissement bien doté en matériel chirurgical et radiologique[8]. La solution adoptée par l'ordonnateur consiste à faire de l'asile une annexe de douze lits de l'hôpital mixte de Tours. L'offre est quasiment gracieuse, l'asile prenant à sa charge la nourriture et les soins sauf les prothèses. Il est en outre convenu que les blessés à hospitaliser à l'asile soient désignés par les docteurs Godeau et Guillaume-Louis*, médecins de l'asile, avec l'accord du

[1] A.D.M&L. 391 T 67. Modèle d'une lettre datée du 31 août 1914 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire et adressée à des directeurs d'écoles publiques.
[2] A.D.M&L. 391 T 67. Circulaire datée du 25 août 1914 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire.
[3] A.D.V. H Dépôt 2/44. Lettre datée du 5 août 1914 de la présidente du comité des dames de la S.S.B.M. de Montmorillon au président de la commission administrative de l'hospice la ville.
[4] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 88. Société Française de Secours aux Blessés Militaires, (1917), *Action de la Société…, op. cit.* p. 13.
[5] Voir le volume 5 p. 975 pour la notice de cette formation.
[6] BORSA, Serge et MICHEL, Claude-René. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle*. Paris : Hachette, coll. « La vie quotidienne », 1985, 246 p. L'ordonnateur signe tous les mandats à délivrer aux créanciers pour les dépenses régulièrement autorisées. Aucune dépense ne peut être faite s'il ne l'a pas ordonnancée. Il prépare le budget de l'hôpital et surveille les comptes de l'économe et du receveur.
[7] L'attitude de l'ordonnateur peut s'expliquer par sa situation personnelle. Membre d'une société de la Croix-Rouge, il exerce des fonctions dans un hôpital auxiliaire. Il côtoie ainsi le Service de Santé et connaît ses pratiques.
[8] A.D.I&L. HDEP4/L140. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 26 août 1914.

médecin-chef des salles militaires. La commission administrative espère ainsi conserver le contrôle du fonctionnement de l'asile.

B) Un système hospitalier tentaculaire.

Au début du mois de septembre, la situation est critique pour l'Armée française qui doit se replier face à l'avancée des troupes allemandes. Les troupes françaises, exténuées par les terribles combats du mois d'août et la retraite suite à la « bataille des frontières », retournent au combat lors de la bataille de la Marne (6-9 septembre 1914) appuyées par les réserves. À bout de force, l'Armée française compte alors 250 000 morts[1], les troupes françaises poursuivent les offensives lors de la « course à la mer ». Ces premiers mois du conflit sont terribles pour le Service de Santé. Souffrant d'un système d'hospitalisation déjà sous-dimensionné malgré l'accroissement rapide de ses capacités lors de la mobilisation, il est alors lourdement handicapé par l'invasion du territoire :

> « Indépendamment des difficultés d'application qui se produisirent en différentes régions, soit parce que les modifications résultant de l'instruction du 21 mai 1913 n'étaient pas achevées, soit parce que certains directeurs de corps d'armée, imbus de pacifisme, avaient fait passer au second plan les préoccupations de la mobilisation, l'insuffisance des ressources constituées ou en voie de constitution (235.000 lits), eu égard au nombre élevé de blessés, s'aggrava des pertes résultant de l'occupation des zones territoriales envahies.
>
> C'est ainsi que, dans le premier mois de la campagne, la 1re région perdit 14.300 lits, la 2e région 8.461 lits, la 6e région, 11.531 lits, et que la majeure partie des ressources des 3e, 5e, 7e, 20e et 21e région, soit plus de 30.000 lits, fut annihilée. Au total, dans cette courte et sanglante période, le service de santé vit s'abaisser ses ressources de 235.102 à 171.000 lits et dut abandonner 64.298 lits qu'il fallut se hâter de récupérer par des créations nouvelles. »[2]

La tâche du Service de Santé pour ce mois de septembre s'annonce délicate car aux 144 151 blessés évacués sur l'intérieur en août, vont s'ajouter 252 780 blessés en septembre[3]. Dans la 9e région militaire, la solution adoptée est celle mise en place sur tout le territoire soit l'accroissement du système, principalement par l'organisation de nouvelles formations. Ainsi aux 123 structures organisées en août[4], viennent s'ajouter 114 autres pour le mois de septembre qui voit l'essor des œuvres bénévoles. Cependant, on peut se demander si cette « course » à l'augmentation des capacités hospitalières ne se fait pas sans risques pour le bon fonctionnement du système hospitalier et la réalisation des missions du Service de Santé. Il doit alors prendre des mesures notamment pour éviter que l'armée ne perde une seconde fois les soldats évacués en les oubliant dans l'une des nombreuses formations de la région.

---

[1] BECKER, Jean-Jacques. *Dictionnaire de la Grande Guerre*. Paris : André Versaille éditeur, 2008, 263 p.
[2] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 183.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XI. Ces chiffres ne comprennent pas l'Algérie et la Tunisie.
[4] Ce chiffre comprend les structures existantes avant la guerre.

1) Les acteurs « historiques » poursuivent les ouvertures de formations.

Au mois de septembre, le Service de Santé et les comités des sociétés de la Croix-Rouge poursuivent l'ouverture de nouvelles formations, principalement des annexes qui sont aussi parfois des œuvres bénévoles. On peut s'interroger sur les moyens employés pour obtenir ces nouvelles formations et sur les difficultés rencontrées dans un contexte de moins en moins favorable à ces créations. Surtout qu'à l'approche de la rentrée scolaire, le ministère de l'Instruction Publique se montre plus réticent quant à l'utilisation des écoles. Le mouvement de création par ces acteurs risque d'atteindre ses limites.

a) Le Service de Santé poursuit l'extension de son organisation.

Septembre débute donc comme finit août pour le Service de Santé. Le ministère de la Guerre continue de faire pression sur les directeurs régionaux pour développer les moyens d'hospitalisation. La pression s'accentue surtout pendant et après la bataille de la Marne, les dépêches et les circulaires à cette fin se multiplient[1]. Le ministère de la Guerre laisse tout pouvoir aux directeurs pour passer des marchés, ces derniers doivent rendre compte et agir rapidement. Toutefois, cette augmentation connaît des limites car elle a parfois débuté dès le mois d'août et le respect des conditions d'hygiène la limite[2]. L'hôpital complémentaire n°1 compte 390 lits à son ouverture, son maximum durant le conflit est atteint après la bataille de la Marne, soit 405 lits[3]. Pour se doter de nouveaux lits, on emploie les méthodes déjà éprouvées : la réquisition et les dons principalement[4].

Pour accroître cette organisation, de nouvelles annexes sont créées, ce qui présente l'avantage de conserver une unité administrative avec la formation principale tout en allégeant son fonctionnement administratif. À Châtellerault, quatre annexes de l'hôpital complémentaire n°12 sont organisées durant ce mois[5]. Cette méthode est aussi employée par les hôpitaux mixtes, à l'image de ce qui a été fait pour l'hôpital bénévole n°97bis. À Poitiers, l'hôpital mixte organise quatre annexes dont trois dans des structures de soins. Recevant des demandes du Service de Santé d'augmenter le nombre de ses lits[6], il ne peut y répondre car il n'a plus les moyens de le faire à l'hôpital. Il accepte

---

[1] A.N. C 7689. Dans ce but, trois circulaires sont émises par la 7e Direction les 8, 12 et 16 septembre 1914.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 5 (Art. 7). Il faut 40 m³ par soldat hospitalisé.
[3] C.D.M.S.S.A. A 180. Notice sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°1 de la IXe région à Châteauroux par le médecin major de 2e classe Camus et datée d'octobre 1916. Certains gains sont plus importants comme pour l'hôpital complémentaire n°3 qui est prévu pour quatre-vingt-sept lits et qui en compte un maximum de 318. Cependant, nous ne pouvons dire quand ce gain a été réalisé.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 282 H datée du 5 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le 11 septembre, on prescrit de confectionner des paillasses pour accroître le nombre de lits.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 513. État sommaire des archives versées par l'hôpital complémentaire n°12 d'auteur et de date inconnus.
[6] A.D.V. 1648 W 900. Extrait du registre des délibérations de la commission administrative des Hospices de Poitiers. Séance du 11 septembre 1914.

alors un montage proposé par le Service de Santé consistant à accepter des offres de structures de soins[1]. Les conventions signées sont plus simples que celles conclues avec le Service de Santé. Ces structures s'engagent simplement à hospitaliser des soldats moyennant un prix de journée identique[2]. Le Service de Santé délègue l'augmentation à l'hôpital mixte mais c'est bien lui qui paie pour l'hospitalisation des soldats dans ces structures.

Il emploie aussi la réquisition pour parvenir à ses fins, mais ne réquisitionne pas des grands hôtels dans la région, plutôt des grandes propriétés. C'est le cas de l'hôpital complémentaire n°30. Il choisit de réquisitionner l'Hôtel Torterue, du nom de son propriétaire, et qui est un hôtel particulier[3]. L'hôpital ouvre ses portes le 18 septembre, il contient alors soixante-dix lits dont trente-cinq sont réservés aux officiers. Plutôt luxueux et possédant un vaste jardin, il semble être une « bonne affaire » pour le Service de Santé mais présente des inconvénients. Tout d'abord, le propriétaire conserve un étage de la formation[4] ce qui ne permet pas d'exploiter pleinement les locaux, mais surtout ceux-ci ne sont absolument pas faits pour l'hospitalisation. L'hôtel particulier n'est pas en bon état lors de la réquisition et des travaux d'adaptation sont nécessaires[5]. Agissant dans la précipitation le Service de Santé est alors contraint à de coûteux aménagements.

Enfin, il utilise les locaux scolaires pour organiser de nouvelles formations mais le ministère de l'Instruction Publique devient de plus en plus réticent à mesure que la rentrée d'octobre approche. Les 15 et 27 septembre, la direction du Service de Santé est obligée de rappeler que l'utilisation des locaux scolaires, tant publics que privés, ne peut se faire sans l'accord du ministère de l'Instruction Publique[6]. On demande de se renseigner auprès des inspecteurs académiques sur les locaux utilisables. Mais la direction rappelle qu'elle est seule, hormis dans des cas précis, à décider de la restitution d'un local scolaire, coupant court aux demandes. La priorité reste les soins des soldats. Enfin, aucun hôpital pour contagieux ne peut désormais être organisé dans une école en-dehors de

[1] A.D.V. 1648 W 900. Lettre datée du 14 septembre 1914 du médecin-chef de la place de Poitiers au président de la commission administrative des Hospices de Poitiers. Dans le cas de la clinique de la Providence, le médecin-chef de la place a même transmis à la commission administrative une note l'invitant à utiliser immédiatement cette clinique et les quatre-vingts lits proposés comme une annexe de l'hôpital mixte.

[2] A.D.V. 1648 W 900. Extrait du registre des délibérations de la commission administrative des Hospices de Poitiers. Séance du 11 septembre 1914. Les indemnités journalières sont de 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,10 francs pour les sous-officiers, 3,25 francs pour les officiers et 4 francs pour les officiers supérieurs. À titre de comparaison, la commission administrative des Hospices de Poitiers reçoit 2,10 francs pour les soldats.

[3] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 4 septembre 1914 du médecin principal de 1ère classe Barois au maire de la ville de Tours.

[4] La cohabitation avec les propriétaires n'est pas exceptionnelle, surtout pour les annexes ou certaines formations des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. C'est aussi le cas pour les formations complémentaires. Le personnel des écoles et les élèvent cohabitent avec les blessés dans les écoles tandis que pour d'autres hôpitaux complémentaires, les propriétaires sont aussi présents, comme à l'hôpital complémentaire n°31.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique de l'hôpital complémentaire n°31 de l'officier d'administration de la formation et de date inconnue.

[6] A.N. C 7689. Dépêche n°8 575 2/7 datée du 27 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction. Elle fait suite à la dépêche n°8 200 C/7 du 15 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

ceux prévus avant la guerre. On limite donc l'utilisation des écoles qui sont encore un moyen d'organiser des formations sanitaires tel le collège communal d'Issoudun qui accueille l'hôpital complémentaire n°44.

b) Offres patriotiques et arrière-pensées politiques.

Derrière les offres faites au Service de Santé et aux comités de la Croix-Rouge et même si la volonté de venir en aide aux soldats ne peut être niée, se cache parfois d'autres motifs moins louables. D'autant plus si leurs auteurs occupent des fonctions électives ou y prétendent. *A contrario,* on peut se demander si le statut de ces personnes ne les oblige pas dans le contexte d'« Union sacrée » à ce type d'action. Agit-on en espérant secrètement être récompensé lors des prochaines élections ou bien pour ne pas être la cible de propagandes infamantes ? L'hôpital complémentaire n°36 qui ouvre ses portes au château de Chenonceau au mois de septembre 1914 prête à ce questionnement, le propriétaire étant l'industriel et sénateur Gaston Menier*. En voyage aux États-Unis, il propose le 10 août sa propriété au Service de Santé[1]. Cette proposition n'est pas une simple formation puisqu'il souhaite faire de son château un hôpital uniquement pour blessés et pour blessés graves[2]. Le projet prévoit un hôpital de 120 lits répartis dans les deux galeries du château avec des salles d'opération et des salles d'isolement pour les blessés graves[3]. C'est une offre très importante, surtout pour une seule personne aux vues des difficultés rencontrées par les comités des sociétés de la Croix-Rouge avant la guerre. Pour le matériel, le sénateur offre tout ce qui lui est possible d'acquérir, soit le linge, la literie, le mobilier et la nourriture pour les hospitalisés. Le Service de Santé est alors chargé de fournir le matériel et les objets qu'il ne pourrait se procurer mais qu'il paierait. Au final, le sénateur offre une formation au Service de Santé dont il assure le fonctionnement pour toute la durée de la guerre.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 547. Lettre datée du 10 août 1914 de Georges Menier au directeur du Service de Santé aux Armées.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 547. Lettre datée du 15 août 1914 de Gaston Menier au ministre de la Guerre. Il ne souhaite pas que des contagieux y soient hospitalisés. Pour ces derniers, il prévoit d'utiliser d'autres locaux.
[3] *Ibidem.*

Figure 4. Hôpital complémentaire n°36 au château de Chenonceau. Salle de blessés située au premier étage de la galerie.

Source : C.D.M.S.S.A. M1 9e RM 24 823 à 24 917 PH 106 n°38. Date et auteur inconnus.

Cette offre généreuse ne se fait pas sans contreparties. Le sénateur souhaite que certaines personnes y soient nommées médecin ou officier d'administration. Le sénateur demande des passe-droits que le Service de Santé ne peut que difficilement refuser au regard de l'offre. Pour certains, les arrangements à faire semblent mineurs mais on peut se demander si le sénateur ne cherche pas à les protéger. Ces demandes portent aussi sur la composition du personnel infirmier : il réclame ainsi six infirmiers militaires pour les gros travaux. Des infirmières des trois sociétés de la Croix-Rouge participent aux soins avec des religieuses de la communauté de Saint-Vincent-de-Paul. Par la suite, madame Georges Menier[1], membre de la S.S.B.M., est affectée à cette formation mais on ne sait si elle l'est depuis le début[2]. L'offre est acceptée par le ministère de la Guerre, mais on ne sait si le personnel voulu par le sénateur est affecté à la formation. S'ensuivent alors trois semaines de travaux pour adapter le château à l'hospitalisation de blessés[3]. Au final, il s'agit d'un hôpital de premier ordre, une installation importante et coûteuse entièrement financée par le sénateur Gaston Menier pour toute la durée de la guerre. Ce dernier pensait très probablement que celle-ci ne durerait que peu de temps, envisageant l'après-guerre et l'avenir des convalescents dans son offre.

Sénateur, on ne peut s'empêcher de penser à un coup politique ou à une obligation « morale ». Il n'est pas le seul homme politique à agir ainsi. Le député de Saumur, monsieur de Grandmaison*, met son château de Montreuil-Bellay à la disposition du comité de la S.S.B.M. de la ville dès le début du mois d'août 1914. Cette formation devient une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6. Dans le cas de ce député, on ne peut écarter le coup politique car celui-ci médiatise son offre à la population du

[1] Il s'agit probablement de la femme de Georges Menier, le fils de Gaston Menier.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°36 d'auteur et de date inconnus.
[3] *Ibidem.*

Maine-et-Loire par un article paru dans le journal *Le Petit Courrier* le 4 août. Il s'offre ainsi une publicité qu'il renouvelle le 10 août, lorsque le journal publie sa lettre à ses électeurs dans laquelle il appelle à l'« Union sacrée » pour la victoire alors qu'il part faire son devoir[1].

c) Les créations des comités de la Croix-Rouge : des formations sanitaires fragiles ?

Les comités de la Croix-Rouge imitent le Service de Santé en procédant aussi à l'augmentation des capacités hospitalières de leurs formations[2]. Afin d'encourager ce mouvement, le Service de Santé accroît son aide financière aux sociétés à la fin du mois[3]. L'indemnité journalière est relevée à deux francs pour tous les lits créés en plus de ceux prévus par les journaux de mobilisation mais elle ne peut être touchée que si tous les lits originaux sont occupés. Les comités centraux favorisent aussi ces augmentations ou la création de nouvelles formations en apportant leur aide. Le comité central de l'U.F.F. propose de fournir des infirmières diplômées, des directrices d'hôpital ou une aide financière. Le comité de l'U.F.F. d'Angers porte la capacité hospitalière de l'hôpital auxiliaire n°102 à 110 lits à la fin du mois. Ces trente lits gagnés en plus des quatre-vingt lits d'origine, l'ont été en faisant appel à la générosité publique[4].

Tout comme pour le Service de Santé, le mois de septembre voit un ralentissement des ouvertures des formations des sociétés de la Croix-Rouge, ainsi qu'une diminution des capacités de ces nouvelles formations.

[1] A.D.M&L. http://www.archives49.fr/acces-directs/archives-en-ligne/presse/. Site consulté le mardi 28 avril 2015.
[2] Le problème rencontré pour les hôpitaux complémentaires touche aussi les hôpitaux auxiliaires. Dans les différents rapports, des augmentations sont mentionnées sans pour autant préciser leurs dates. D'autre part, certaines augmentations commencent dès le mois d'août 1914.
[3] A.D.M&L. 101 J 225. Circulaire datée du 24 septembre 1914 du comité central de l'U.F.F.
[4] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.

Tableau 2. Nombre de formations et de lits créés par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge durant les mois d'août et septembre 1914.

	S.S.B.M.		U.F.F.		Total	
Date	**août-14**	**septembre-14**	**août-14**	**septembre-14**	**août-14**	**septembre-14**
Nombre de formations créées	35	32	11	5	46	37
Somme des lits créés	1531	704	225	70	1756	774
Nombre de formations ouvertes dont le nombre de lits à l'ouverture est inconnu	5	4	6	3	11	7
Moyenne de lits à l'ouverture	51,03	25,14	45	35	50,17	25,80
Nombre d'hôpitaux auxiliaires créées	19	9	9	3	28	12
Nombre d'annexes d'hôpitaux auxiliaires créées	12	23	2	2	14	25
Nombre d'infirmeries de gare créées	4				4	0
Nombre de lits minimum à l'ouverture	5	12	40	20	5	12
Nombre de lits maximum à l'ouverture	250[1]	57	50	50	250	57

Cette diminution s'explique par le fait que ces nouvelles formations sont principalement des annexes. Elles sont organisées par les comités ou bien « offertes » à ces derniers. L'annexe de l'hôpital auxiliaire n°103 organisée à l'école normale d'institutrices, dite « les Tilleuls », démontre toute l'importance des réseaux tissés par les comités au sein de la population avant la guerre. Elle est organisée grâce à d'anciennes élèves de l'école qui sont en poste dans le département d'Indre-et-Loire. Sa directrice, madame Sourdillon, membre du comité de l'U.F.F. de Tours, lance un appel aux dons notamment par le biais d'anciennes élèves qui recueillent les souscriptions[2]. Au total, près de 25 000 francs[3] ont été récoltés pour cette formation et un don de 3 000 francs a été fait par le pharmacien Paul Métadier*[4], très impliqué dans les soins des blessés en ce début du conflit. À Angers, le comité

[1] SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES (éd.). *Manuel pour l'administration des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries de gare*. Paris : Croix-Rouge française Société de Secours aux Blessés Militaires, 1914, 115 p. En théorie, les hôpitaux auxiliaires ne doivent pas posséder plus de 200 lits.

[2] A.M. Tours. 2 H 18. UNION DES FEMMES DE FRANCE COMITÉ DE TOURS. *Assemblée Générale de 1915 sous la Présidence d'honneur de M. Le Bourdon, Préfet d'Indre-et-Loire.* Tours : Imprimerie A. Bardot et Gallon, 1915, 30 p.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Historique et rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie et de vénéréologie de la 9e région militaire au mois d'août 1916.

[4] A.M. Tours. 2 H 18. UNION DES FEMMES DE FRANCE COMITÉ DE TOURS, (1915), *Assemblée…, op. cit.* p. 25.

de la S.S.B.M. se voit offrir par l'une de ses membres une annexe de l'hôpital auxiliaire n°17, cette personne prend alors en charge le fonctionnement de cette structure[1].

Avec ces annexes, les formations accroissent leurs capacités mais deviennent quelque peu tentaculaires. Ainsi durant ce mois, cinq annexes de l'hôpital auxiliaire n°2 sont ouvertes, quatre l'ont été le mois précédent, l'hôpital auxiliaire n°2 se retrouve alors à la tête de neuf annexes. Cette multiplication des annexes pose question quant à la surveillance des soldats envoyés, leur suivi médical et administratif, mais aussi sur leurs maladies et les blessures. N'ayant que peu d'informations sur le fonctionnement interne de ces structures à cette époque et sur les rapports entre formation principale et annexes, nous ne pouvons répondre à cette question. D'autant que la situation de ces annexes varie, notamment leur capacité hospitalière, certaines devenant des formations spécialisées plus ou moins autonomes. On peut toutefois supposer qu'un suivi des soldats est réalisé par la formation principale.

L'organisation des hôpitaux auxiliaires durant ce mois se fait selon les mêmes méthodes que le mois précédent, grâce à la générosité de notables ou de la population. Ces dons permettent à des comités qui n'en avaient pas les moyens ou le temps d'organiser un hôpital auxiliaire, comme le comité de la S.S.B.M. du Blanc créé en 1913 et qui organise l'hôpital auxiliaire n°22[2]. De nouveaux comités sont créés, portés par de riches donateurs souhaitant organiser un hôpital et s'affiliant à l'une des sociétés de la Croix-Rouge pour accomplir leur désir, respectant ainsi la réglementation. C'est le cas à Melle où des notabilités ont obtenu du maire, avec l'accord de l'inspecteur d'académie, l'utilisation du collège municipal de la ville[3]. Par la suite, elles fondent un comité pour y organiser un hôpital qui s'affilie à la S.S.B.M. Le 31 août, la marquise de La Coste, à l'origine de cette formation, est nommée présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle. Elle achève l'organisation de l'hôpital auxiliaire n°21 au début du mois de septembre.

L'ouverture de formations par des comités nés pendant la guerre ou bien par des comités récents mais n'ayant pas eu les moyens d'organiser de telles formations en temps de paix pose une autre question. Avant la guerre, l'organisation de ces formations est un long processus qui nécessite d'importants moyens financiers, matériels et humains. Poussés par le besoin d'accroître le système hospitalier de la 9e région, le Service de Santé et les sociétés de la Croix-Rouge ne prennent-ils pas le risque de favoriser l'émergence de formations qui ne sont pas assez solides financièrement ? D'autant qu'une fin rapide de ce conflit devient de plus en plus incertaine et que les coûts

[1] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité d'Angers de la S.S.B.M. Réunion du 20 décembre 1914.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital auxiliaire n°22 par l'administrateur de l'hôpital et datée du 20 janvier 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital auxiliaire n°21 par la marquise de La Coste, présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle, et de date inconnue. Cependant, madame Gaston Richard est aussi présidente de ce comité.

d'hospitalisation augmentent, ce qui explique aussi le doublement de l'indemnité journalière. À terme, ces formations pour le moment vitales pour le Service de Santé risquent de disparaître par manque de moyens.

2) L'essor des œuvres bénévoles.

L'accroissement du système hospitalier de la 9e région durant ce mois est principalement dû à l'augmentation du nombre de formations bénévoles. Ces dernières représentent 40 % des nouvelles formations, quarante-six sur les 114 organisées et il s'agit du seul type de formation dont le nombre de création est en augmentation par rapport au mois d'août. Il convient alors de comprendre les ressorts de ce « mouvement bénévole » qui ne se fait pas là aussi sans poser quelques difficultés.

a) Les structures de soins particulièrement sollicitées pour soigner les soldats.

L'augmentation du nombre de formations bénévoles se traduit par une utilisation accrue des structures de soins, utilisation pilotée par le Service de Santé. À la fin du mois d'août, il cherche à connaître le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux et les hospices civils. Cette recherche est menée par un acteur très bien informé des ressources départementales : le corps préfectoral. Celui-ci est un auxiliaire particulièrement précieux pour la réalisation de la mission du Service de Santé. Par leur statut, les préfets et sous-préfets sont en contact régulier avec les maires ainsi qu'avec toutes les administrations, ce qui fait d'eux un relais idéal et indispensable entre le Service de Santé, les mairies et ces administrations[1]. Le préfet de Maine-et-Loire demande aux hôpitaux et aux hospices le nombre de lits disponibles[2]. Les réponses des maires au préfet sont variées. Même si certains font savoir qu'ils ne disposent d'aucune place, comme le maire de Ponts-de-Cé, dans la plupart des cas des lits sont disponibles, certaines structures hospitalisant déjà des militaires comme à Montreuil-Bellay. Des maires expliquent qu'ils vont augmenter le nombre de lits comme à La Ménitré où l'on prépare quinze lits dans l'école maternelle de la ville. D'autres ont des lits mais plus de médecins comme à Durtal. Les maires souhaitent hospitaliser des soldats et il arrive parfois qu'ils doivent modérer leur enthousiasme devant l'ampleur de la tâche. Le maire de Longué offre les quatre-vingts lits de son hôpital mais son médecin-chef souhaite revoir ce chiffre à la baisse pour soigner convenablement les soldats.

Le Service de Santé n'a plus qu'à puiser dans cette liste d'hôpitaux et d'hospices et il est fortement invité à le faire par la 7e Direction. Après la bataille de la Marne, le besoin en lits se fait

[1] En outre, les préfets connaissent l'emplacement des structures de soins civiles de leur département puisqu'ils doivent en approuver les budgets.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/5. Réponses, datant de la fin du mois d'août, de différents maires à cette question. Cette enquête ne concerne pas uniquement l'hospitalisation des soldats, elle a aussi trait aux réfugiés et aux vieillards évacués d'hospices provenant soit des régions envahies soit de la zone de combats.

encore plus sentir et le 16 septembre on demande aux directeurs régionaux de négocier avec toutes les commissions administratives des hôpitaux et hospices de leur région si cela n'a pas été déjà fait[1]. La suite de la dépêche est sans ambiguïté quant à l'urgence de la situation :

> « Lorsqu'il n'existe pas de conventions, déterminez les prix de journée de gré à gré en vous basant sur la moyenne des prix actuellement alloués aux hospices mixtes de votre région, et au besoin, sur ceux de l'assistance médicale gratuite. Ne vous embarrassez d'aucun formalisme dans la procédure, usez de la plus large initiative et aboutissez rapidement au mieux des intérêts militaires de l'assistance hospitalière qui offre actuellement le plus haut degré d'urgence et de ceux du Trésor. Tout est là. »[2]

Face à l'urgence, les procédures sont simplifiées à l'extrême : un simple contrat entre le Service de Santé et la commission administrative ne mentionnant que l'indemnité journalière. Cependant, le Service de Santé n'est pas en terre inconnue avec les commissions administratives. En utilisant ces établissements le Service de Santé ne fait qu'agir comme en temps de paix. Mais dans cette situation de crise, il mobilise un plus grand nombre d'établissements avec le risque d'éparpiller encore plus les malades et les blessés. Enfin, il risque de mécontenter les hôpitaux mixtes comme celui de Tours, qui peuvent se sentir lésés de voir ces établissements obtenir si facilement ces indemnités alors qu'eux-mêmes sont en négociation depuis plusieurs années pour des revalorisations.

b) Des créations de formations bénévoles parfois problématiques.

L'accroissement du nombre des formations bénévoles se fait toujours par des initiatives privées. Parmi ces acteurs privés on retrouve ceux qui possèdent des biens pouvant servir à l'organisation d'un hôpital bénévole. Le docteur Joachim Carvallo* est l'un d'eux, il organise une formation sanitaire au sein de son château de Villandry. L'hôpital bénévole n°75bis compte vingt-et-un lits et offre ses magnifiques jardins à la promenade des soldats hospitalisés, certains sont cultivés par ces derniers. Cependant, une formation bénévole, même avec aussi peu de lits, est une charge importante. Le docteur Carvallo est donc soutenu par le conseil municipal de la ville et des notables locaux qui lèvent des fonds et administrent cet hôpital.

Parmi ces acteurs certains sont plus « puissants ». L'archevêché de Tours entretient la tradition catholique de secours aux blessés en offrant deux locaux : le Petit Séminaire et le Grand Séminaire. Grâce aux dons de la population, notamment catholique, les hôpitaux bénévoles n°115bis au Grand Séminaire et n°116bis au Petit Séminaire, ouvrent le 24 septembre[3]. Cependant, ces offres ne sont pas gracieuses car le Service de Santé verse une indemnité journalière. Ceci est autorisé car

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°8 204 C/7 datée du 16 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] *Ibidem.*
[3] A.D.I&L. 0076 PERU 0010, *La Semaine religieuse.* Numéro du 25 janvier 1918. L'article précédemment cité explique qu'il n'aurait fallu qu'une semaine pour préparer les cent lits de l'hôpital bénévole n°116bis.

le Service de Santé recherche des lits quitte à payer[1], agissant ainsi avec les particuliers et institutions comme avec les commissions administratives. Se pose là aussi la question de la solidité financière de ces formations et par extension celle du système hospitalier qui repose sur elles.

Mais l'attitude du Service de Santé concernant le soutien financier qu'il accorde à ces formations le conduit à des comportements pour le moins critiquables. Il lui arrive d'encourager l'organisation de formations bénévoles, en forçant quelque peu la main, mais en ne les soutenant que modestement, obligeant les mairies à mettre la main au pot pour que les soldats soient soignés dans des conditions décentes, comme à Saumur[2]. Cette attitude peut nourrir certains ressentiments à son encontre pouvant être nuisibles au fonctionnement du système hospitalier.

Les locaux scolaires sont encore employés mais la position du ministère de l'Instruction Publique se raidit à l'approche de la rentrée. Il est rappelé aux maires, tout comme il a été rappelé au Service de Santé, de sauvegarder autant que possible ces locaux. L'organisation de formations dans les locaux scolaires est alors plus contrôlée et l'inspecteur d'académie d'Angers envoie ses directives le 2 septembre. Dans sa ligne de mire, les initiatives de certains maires et de certains particuliers qui ont utilisé les locaux scolaires sans son autorisation voir sans l'informer. Tout en rendant hommage « […] aux louables intentions qui se sont ainsi manifestées […] »[3], plus aucune école ne doit être utilisée sans son accord, les directives du ministre sont claires : « […] nous devons assurer pour la rentrée le fonctionnement du service scolaire. » Le préfet mais surtout le ministère de l'Instruction Publique à travers les inspecteurs d'académie approuvent ou non les demandes des mairies. Le Service de Santé ne peut s'opposer aux décisions qu'en cas d'absolue nécessité.

Malgré ce contrôle plus strict, le ministère de l'Instruction Publique a parfois du mal à freiner les ardeurs du Service de Santé ainsi que des autres services de l'Armée. Parfois celle-ci ne se prive pas d'agir sans concertation, le plaçant devant le fait accompli. Ainsi le 11 septembre, l'inspecteur d'académie d'Angers[4] fait savoir au préfet de Maine-et-Loire qu'il vient d'apprendre que l'Armée a réquisitionné sans l'avertir des écoles publiques à Saint-Mathurin, Liré et Corné[5]. Il réclame la restitution de ces écoles, arguant des règlements en vigueur. Nous ne connaissons pas toutes les suites de cette affaire mais à la fin du mois, l'école publique de filles de Corné a été libérée et est prête pour

[1] Agissant ainsi, le Service de Santé brouille les pistes car ces formations ont alors une double codification et sont parfois évoquées dans les archives comme des hôpitaux temporaires ou bénévoles. L'hôpital bénévole n°115bis est aussi connu comme l'hôpital complémentaire n°32 et le n°116bis comme le n°33. Pour une meilleure compréhension dans cette thèse, ces deux formations ne sont évoquées que comme hôpitaux bénévoles n°115bis et n°116bis.

[2] A.M. Saumur. 5 H 11. Lettre datée du 30 septembre 1914 de messieurs Ch. et A. Couraleau au maire de Saumur et aux conseillers municipaux de la ville. Ces deux personnes demandent une subvention à la mairie pour l'hôpital bénévole situé au mess des officiers de l'école de cavalerie de Saumur.

[3] A.D.M&L. 1 R 5/5. Brouillon d'une circulaire datée du 7 septembre 1914 du préfet de Maine-et-Loire et adressée aux sous-préfets et aux maires du département.

[4] Plus précisément, l'inspecteur de l'Académie de Rennes en résidence à Angers.

[5] A.D.M&L. 1 R 5/5. Lettre du 11 septembre 1914 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire au préfet de Maine-et-Loire.

la rentrée d'octobre. Celle de Saint-Mathurin a été transformée en une annexe de l'hospice civil de cette ville[1]. Enfin concernant Liré, nous ne savons pas ce qu'il est advenu de l'école. Outre le rôle de médiateur du préfet, ces affaires révèlent surtout la crainte de favoriser l'enseignement public ou privé au détriment de l'autre et de rallumer la guerre scolaire ce qui ne manquerait pas de mettre à mal l'« Union sacrée »[2].

c) L'arrivée de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires.

Dans l'effervescence de la mobilisation, plusieurs initiatives privées, indépendantes du Service de Santé et des sociétés de la Croix-Rouge, ont été créées dans le but de venir en aide aux malades et blessés militaires. Parmi ces œuvres bénévoles, l'une d'elles obtient un statut particulier, l'Assistance aux Convalescents Militaire (A.C.M.) qui devient par la suite l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires (O.A.C.M.)[3]. L'O.A.C.M. est fondée au mois d'août par la comtesse Greffülhe, Maurice Bernard (avocat à la Cour d'appel de Paris) et le député de la Gironde Pierre Dupuy[4]. Son but est de venir en aide aux convalescents militaires par l'organisation de formations qui leurs sont destinées. Ces formations interviennent à la fin du processus d'hospitalisation des soldats, lorsqu'ils ont seulement besoin d'une surveillance médicale légère. Elles ne sont destinées qu'aux soldats ayant obtenu un congé de convalescence[5]. Pour le Service de Santé, les formations de l'O.A.C.M. sont utiles car elles permettent de désengorger les formations sanitaires d'hospitalisés ne nécessitant aucun soin. Elles le sont aussi car elles permettent d'envoyer en congé de convalescence des soldats qui ne pourraient se rendre dans leur famille, soit parce qu'ils proviennent des régions envahies, soit parce que celle-ci ne peut les accueillir convenablement, soit parce qu'ils n'en ont pas.

Rattachée au ministère de la Guerre le 25 août, ce dernier en fait la promotion auprès des directeurs régionaux invités à encourager ce type de formation qui ne s'adresse pour le moment qu'aux irrécupérables ou aux convalescents de plusieurs mois[6]. Le ministère de la Guerre joint à cette dépêche une instruction sur le fonctionnement du service identique à celle des formations bénévoles. À la fin du mois de septembre, la direction du Service de Santé rappelle aux directeurs régionaux

[1] A.D.M&L. 1 R 5/5. Lettre du 11 septembre 1914 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire au préfet de Maine-et-Loire.
[2] A.D.M&L. 391 T 67. Lettre datée du 2 septembre 1914 et adressée à l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire. L'auteur semble être le directeur de l'école publique du Louroux-Béconnais. Bien qu'il ne s'oppose pas à l'utilisation de l'école publique de filles pour y installer une ambulance, il dénonce le risque de favoriser l'enseignement privé. Il dénonce l'attitude de certains curés et de partisans de l'enseignement privé qui demandent les locaux scolaires publics et non privés pour y installer des ambulances.
[3] Dans la suite de ce travail, cette œuvre est évoquée sous son acronyme O.A.C.M.
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. Tract de l'O.A.C.M. d'auteur et de date inconnus.
[5] Il faut alors se méfier du terme de convalescent qui correspond aussi à un statut administratif.
[6] A.N. C 7689. Dépêche n°7 572 C/7 datée du 12 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

l'existence de l'O.A.C.M., sa mission de coordination des actions bénévoles et de soutien financier et matériel[1].

Les préfets sont alors de nouveau mis à contribution pour convaincre les maires d'organiser des formations de ce type. Le préfet d'Indre-et-Loire envoie une lettre à tous les maires du département pour les convaincre, usant de tous les arguments possibles. Il évoque notamment l'urgence de la situation face à l'engorgement des formations sanitaires du département, il est même pessimiste quant à la suite du conflit[2]. Il joue aussi sur le patriotisme des maires et plus généralement de la population pour organiser ces formations[3].

Un nouveau type de formation apparaît dans la « course » aux locaux, même si dans ce cas le nombre de lits minimum est moindre, seulement dix[4]. Ces formations ne sont destinées qu'à des convalescents, ce qui peut encourager certaines personnes qui souhaiteraient participer aux soins des blessés avec un investissement et des coûts moindres que pour un hôpital. Concernant ces frais de fonctionnement, ils sont à la charge du comité qui se serait formé en vue d'organiser cette formation. Cela peut donc être la commune ou des particuliers par une prise en charge directe, des dons ou des souscriptions. Cependant l'État alloue une indemnité journalière d'un franc par convalescent. Les personnes intéressées sont alors priées de se mettre en contact avec le comité départemental qui comprend pour le moment peu de membres[5]. Au mois de septembre, aucune formation dépendante de l'O.A.C.M. n'est créée, du moins nous n'en avons pas retrouvé la trace.

3) Maîtriser les dérives d'un système hypertrophié.

Depuis la fin du mois d'août, le nombre de formations sanitaires a quasiment doublé par l'organisation de 114 nouvelles formations en septembre. À la fin de ce mois, le système hospitalier de la 9e région militaire comprend 236 formations sanitaires. Cet accroissement du système hospitalier est une réponse à l'urgence de la situation engendrée par les pertes importantes des premiers mois du conflit et par l'invasion du territoire. Il n'en demeure pas moins qu'il conduit à la création d'un système d'hospitalisation tentaculaire dont le Service de Santé craint l'engorgement. On peut alors se demander quelles ont été les mesures adoptées pour tenter de pallier les défauts de ce système.

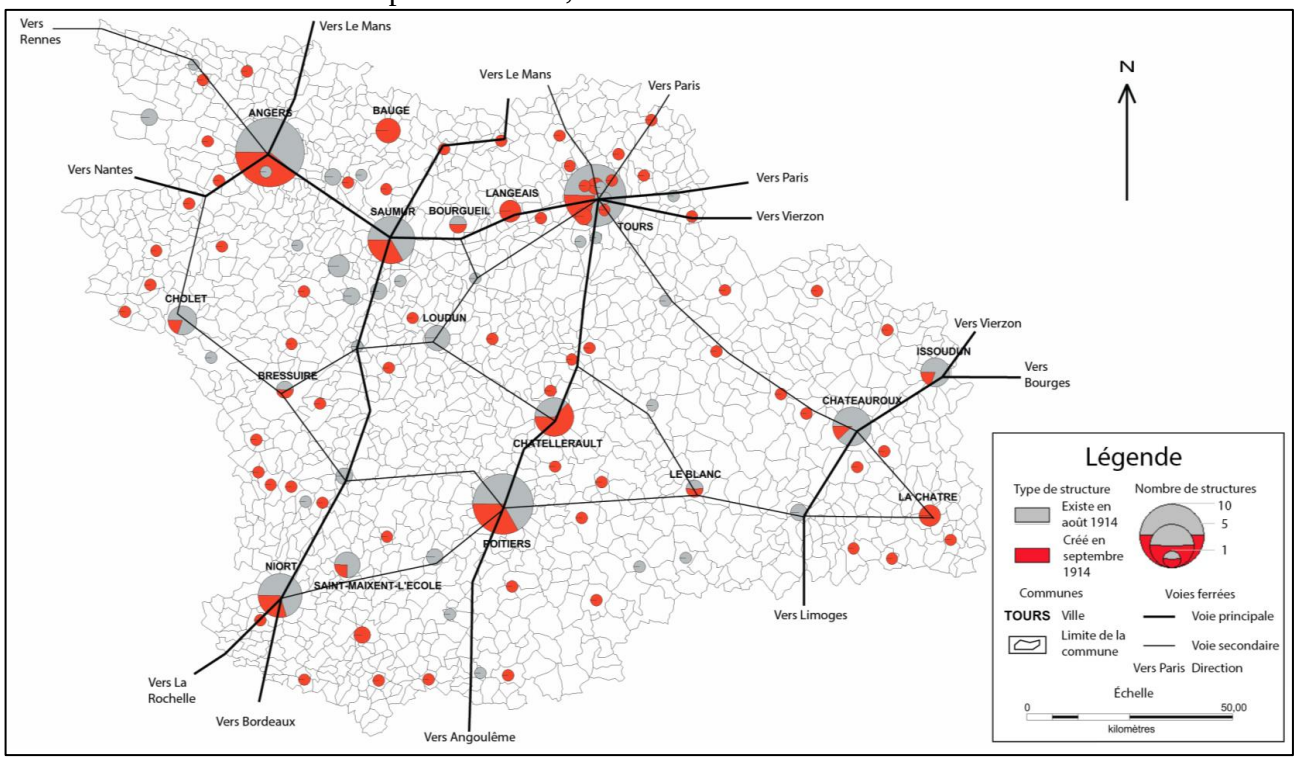
---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°8 540 2/7 datée du 26 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.D.I&L. 3 R 14. Lettre datée du 23 septembre 1914 du préfet d'Indre-et-Loire aux maires du département.
[3] *Ibidem.*
[4] *Ibid.*
[5] Le président est Mr. Marcombes, procureur de la République à Tours et délégué de l'O.A.C.M. pour la 9e région militaire. Il est assisté de Mr. Chauvin, notaire honoraire à Tours, et de Mr. Grognard, avocat honoraire à Tours. Un comité pour la 9e région militaire est créé par la suite, mais nous ne savons quand. A.D.M&L. 101 J 225. Tract de l'O.A.C.M. d'auteur et de date inconnus. Voir le volume 4 p. 894 pour la composition du comité.

a) Un système hospitalier devenu tentaculaire et complexe.

À la fin du mois de septembre, le système hospitalier de la 9e région militaire présente un aspect tentaculaire.

Figure 5. Emplacement des formations présentes dans la 9e région militaire à la fin du mois de septembre 1914, selon leur date de création.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Ce système tentaculaire possède plusieurs particularités. Tout d'abord, il repose principalement sur les préfectures et notamment celles de Tours (et son agglomération), Angers et Poitiers. D'autres centres importants ressortent comme Saumur, Niort, Châtellerault et Châteauroux. On retrouve dans cette localisation des principaux centres, l'organisation militaire du 9e corps d'armée. Les villes de garnison et surtout celles qui accueillent les structures de commandement militaire sont à la tête de ce système hospitalier. Il n'y a pas vraiment de surprise car ces structures de commandement, ainsi que les corps de troupe qui stationnent dans la région du 9e corps d'armée, servent à contrôler ces formations sanitaires et au besoin à y maintenir l'ordre. En outre, ces centres sont situés sur le réseau ferré principal et au sein des villes les plus peuplées de la région. Cependant, si les créations du mois de septembre renforcent ce qui a été fait en août, elles accroissent aussi l'éparpillement des formations et donc celui des hospitalisés. La 7e Direction demande alors aux directeurs régionaux d'intervenir contre cette dissémination jugée abusive[1]. Le problème de cet éparpillement est qu'il contribue aux prolongations injustifiées des séjours. Or, la période se prête mal à ces errements car l'Armée a

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°6 985 C/7 datée du 1er septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

urgemment besoin de tous les hommes disponibles suite aux saignées d'août et du début du mois de septembre.

Craignant l'engorgement du système, le Service de Santé et l'Armée créent de nouveaux types de formations. Ceci conduit à la création d'un « mille-feuille » avec des formations diverses, dont certaines sont destinées aux mêmes malades et blessés avec le même but. Cela complexifie le fonctionnement du système hospitalier et donc son encombrement alors que paradoxalement on souhaite lutter contre celui-ci. S'inquiétant de l'aggravation de la situation avec les futures évacuations, le directeur régional ordonne le 5 septembre d'évacuer sur leur dépôt les blessés guéris et de créer des dépôts de convalescents[1]. Ces formations pouvant être organisées dans des casernes sont destinées à hospitaliser les malades et les blessés quasiment guéris et qui n'ont besoin que de soins légers et d'aucun régime particulier[2]. Craignant un coulage des effectifs dans un contexte extrêmement difficile pour lui, l'État-Major ordonne la création de structures similaires, les dépôts d'éclopés et de blessés légers, dans les principales villes hospitalières de chaque région[3]. La spécificité de cette formation est qu'il s'agit d'une structure mixte. Elle s'apparente à une grande infirmerie d'un corps de troupe destinée à accueillir les hospitalisés sortant des formations sanitaires et ne nécessitant aucun régime ou soin particulier. Ces hospitalisés sont soumis aux règlements des corps de troupe sauf pour ce qui concerne leurs soins, ces structures apparaissent comme la dernière étape avant le retour au dépôt. Ce type de formation a existé dans la 9e région mais nous n'en avons retrouvé que quelques traces, comme la caserne Meusnier à Tours qui a été transformée, à une date inconnue, en un dépôt pour convalescents ou blessés légers avant de fermer en novembre 1914[4].

b) Raccourcir les durées d'hospitalisation.

Les malades et les blessés hospitalisés dans les formations sanitaires de la 9e région ont vocation à retourner au front, la conservation des effectifs étant primordiale pour la poursuite de la guerre. Ce retour doit se faire en un minimum de temps, il nécessite alors une amélioration du fonctionnement du système en procédant à des sorties plus rapides de sorte que le système ne s'engorge pas. Cette volonté de récupération du maximum d'évacués apparaît à la 7e Direction dès le mois d'août. Les directeurs régionaux sont appelés à lutter contre la prolongation des séjours, des abus qui concernent toutes les formations mais les hôpitaux auxiliaires et bénévoles sont particulièrement visés[5]. Durant ce mois, on encourage le traitement des malades légers dans les

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 282 H datée du 5 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.N. C 7689. Dépêche datée du 1er septembre 1914 du ministre de la Guerre.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°418 4/11 datée du 12 septembre 1914 du ministre de la Guerre.
[4] A.D.I&L. 2019 PERU 103, *Journal d'Indre-et-Loire*, articles des 24 octobre et 26 novembre 1914.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°4920 C/7 datée du 14 août 1914 du directeur de la 7e Direction.

infirmeries régimentaires, d'où les demandes d'agrandir celles-ci[1]. Le but est d'éviter l'encombrement des hôpitaux et surtout de ne pas faire entrer ces blessés dans un système hospitalier qui les conserverait plus longtemps. À la fin de ce mois, c'est principalement sur le contrôle des sorties, des évacuations et des congés de convalescence que l'accent est mis par le biais de plusieurs dépêches émanant de la 7e Direction et relayées par le directeur régional.

Outre l'impréparation d'une partie du cadre administratif à sa mission[2], le travail auquel il a affaire est aussi la source de l'engorgement des formations et du retard des sorties des guéris. La multiplication des demandes d'états concernant les hospitalisés ne fluidifie pas le travail administratif et peut même retarder les sorties. Et même lorsque les demandes de sorties sont faites régulièrement, elles peuvent comporter des erreurs[3]. En outre, d'autres services de l'Armée interviennent dans ce processus, comme l'Intendance qui rencontre aussi des problèmes dans son fonctionnement, se répercutant sur celui du Service de Santé[4].

Cette « traque » des éléments nuisibles aux sorties rapides, amène une suspicion du Service de Santé sur l'attitude du personnel de certaines formations, principalement celles de la Croix-Rouge. Ces formations sont accusées par la 7e Direction de conserver trop longtemps les militaires[5]. On ordonne alors leur de rappeler l'existence de l'article 270 du règlement sur le Service de Santé qui interdit l'hospitalisation abusive des soldats guéris[6]. On insiste aussi sur l'intérêt dans les circonstances actuelles de rendre rapidement ses soldats à l'Armée. Les formations auxiliaires ne sont pas les ennemis de la récupération rapide des hospitalisés, au contraire. Elles sont encouragées par leurs comités centraux à accélérer les sorties des soldats guéris[7]. Les comités des sociétés de la Croix-Rouge agissent donc pour raccourcir les délais d'hospitalisation tout comme leurs homologues militaires. Cependant, en pointant du doigt les hôpitaux auxiliaires et les comités des sociétés de la Croix-Rouge, la 7e Direction prend le risque de faire naître un sentiment de suspicion envers ces formations et leur personnel. Ceci pouvant être nuisible pour le bon fonctionnement de l'hospitalisation des blessés et des malades[8].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1 858H datée du 16 août 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] Voir p. 176 de ce volume.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 522H datée du 14 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. On modifie alors la transmission de ces informations qui doit être faite plus tôt pour permettre les corrections nécessaires.
[4] A.N. C 7689. Dépêche datée du 23 septembre 1914 du ministre de la Guerre.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°8 004 C/7 datée du 14 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 98. « Art. 270. Le médecin-chef veille à ce qu'on ne retienne pas à l'hôpital les militaires dont la guérison est complète et qui sont en état de rejoindre leur corps. Il veille également à ce que ceux qui sont atteints d'infirmités entrainant l'incapacité de servir soient présentés, le plus tôt possible, à la commission spéciale chargée de statuer sur leur compte. »
[7] A.D.M&L. 101 J 225. Communications diverses de la délégation du conseil central à MM. les délégués régionaux. Décisions prises lors des conseils d'administration des 17 et 24 septembre 1914.
[8] Cette suspicion est difficilement vérifiable. Il faudrait prouver que chaque blessé soigné par ces formations a été évacué dans les temps.

c) Renforcer la direction régionale du Service de Santé pour mieux contrôler le système hospitalier.

L'amélioration du fonctionnement du système hospitalier trouve aussi sa traduction au niveau de l'administration et ceci à l'échelon le plus élevé. La charge de travail du directeur régional du Service de Santé est beaucoup plus importante que celle du directeur du 9e corps d'armée en temps de paix. L'état de guerre l'a accrue vu la tournure prise par les évènements qui a conduit à l'accroissement du système hospitalier. Pour la diminuer et améliorer le contrôle du Service de Santé sur les formations sanitaires et les soins des soldats, on crée le 28 septembre le poste de directeur adjoint[1]. Ce poste est occupé à l'origine par le médecin principal de 1ère classe Barois[2]. Il est « l'homme à tout faire » du directeur, devant veiller à l'application de ses ordres, au bon fonctionnement et à la bonne organisation des services, tout en usant de la plus large initiative[3].

Sa tâche est aussi écrasante que celle dont on a souhaité libérer le directeur. Il doit contribuer à accroître le système hospitalier de sa région, préoccupation importante pour le Service de Santé comme il a été montré. Les autres points de sa mission montrent les limites et les défauts du système d'hospitalisation et notamment l'impréparation des médecins-chefs principalement issus de la réserve. Le directeur adjoint se doit de leur apporter des conseils techniques, très probablement en ce qui concerne les règlements et les procédures militaires[4]. On entrevoit alors les limites de la connaissance de ces procédures et règlements chez les civils qui sont nuisibles au bon fonctionnement du système. Il doit contrôler l'hospitalisation des blessés et leur bonne répartition, ayant en tant que délégué du directeur, autorité à ordonner l'évacuation des hospitalisés d'une formation. Enfin, il veille à la rationalisation de l'emploi des chirurgiens. Ceci fait écho à une précédente dépêche demandant celle du matériel chirurgical au vu de l'insuffisance numérique de cette catégorie du personnel[5].

Le directeur adjoint est aidé dans sa mission par des inspecteurs permanents affectés à des régions militaires, poste créé en septembre 1914. Preuve du besoin urgent de l'armée en hommes, leur principale mission est de récupérer les soldats indûment conservés[6]. Ils éclairent aussi le personnel des formations sanitaires sur les règlements et les procédures militaires dont la méconnaissance entraîne parfois l'encombrement des formations. Choisis parmi des médecins

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°9 908 C/7 et son annexe, l'arrêté ministériel, datées du 28 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapports du directeur adjoint en mission d'inspection. Le poste de directeur adjoint est ensuite occupé par le médecin major de 1ère classe Job de mars 1916 à octobre 1917 (il devient médecin principal de 2e classe en août 1917). Il est remplacé par le médecin major de 1ère classe Boigey en novembre 1917. Voir le volume 4 p. 893 pour la liste des directeurs adjoints.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°9 908 C/7 et son annexe, l'arrêté ministériel, datées du 28 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[4] Pour ce point, voir à la p. 182 de ce volume.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°7 754 C/7 datée du 12 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 101.

officiers supérieurs, leur grade élevé leur permet d'imposer leurs décisions à un personnel, surtout celui des formations bénévoles et de la Croix-Rouge, parfois réticent à évacuer les guéris selon l'ancien directeur Troussaint[1]. En mission permanente, ces inspecteurs sont annoncés par les directeurs régionaux afin de leur faciliter la tâche, c'est le cas le 25 septembre pour la 9e région :

> « M. le Médecin Inspecteur CLARAC délégué du Ministre de la Guerre est arrivé dans la place de Tours le 22 septembre. A [*sic*] partir du 26 septembre il visitera successivement tous les hopitaux [*sic*], hospices et annexes.
>
> Le Médecin chef de la place est invité à donner connaissance a [*sic*] toutes les formations de son Secteur de la visite prochaine de cet Officier Général. »[2]

C) Prélude au développement des spécialités médicales.

À partir du mois d'octobre 1914, la période est propice à une réorganisation du système hospitalier grâce à la situation militaire qui, bien qu'elle ne soit pas à l'avantage de la France et de ses alliés, permet au Service de Santé de reprendre ses esprits. Suite à la bataille de la Marne, la guerre de mouvement se poursuit avec la « course à la mer ». Elle s'achève avec la fin de la première bataille d'Ypres (20 octobre – 17 novembre 1914) fixant les armées sur le front de l'Ouest, de la Mer du Nord à la Suisse. La guerre des tranchées, parfois entrevue au début de la guerre, prend alors tout son essor. La fixation du front durant cette période offre un cadre favorable, bien que les évacuations se poursuivent, pour le Service de Santé du front comme pour celui de l'intérieur. Le Service de Santé aux Armées fait son entrée au sein de la direction de l'Arrière avec la création, le 9 octobre 1914, du poste de directeur général du Service de Santé auprès du directeur de l'Arrière. Ce poste est confié au médecin inspecteur Chavasse qui n'a qu'un rôle de conseiller auprès du directeur[3]. Pour l'intérieur, l'heure est à l'amélioration administrative et fonctionnelle du système hospitalier de la 9e région qui annonce une révolution : le développement des spécialités médicales. Le but attendu est alors le même que celui visé par les précédentes mesures, soit la récupération du plus grand nombre de malades et de blessés le plus rapidement possible ou tout au moins permettre leur réforme dans des conditions favorables à l'État et au blessé. On cherche à soigner le mieux possible ce dernier pour qu'il ait le moins d'infirmités, et donc une pension moindre, et aussi pour qu'il puisse retourner autant que faire se peut à la vie économique[4]. Pour le moment, le système hospitalier de la 9e région n'est qu'aux prémices des futurs centres de spécialités. Il convient alors de montrer l'émergence des spécialités médicales et leur institutionnalisation conduisant à l'amélioration qualitative des soins.

---

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 101.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 808H datée du 25 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 100.
[4] PORTE, Rémy et BECKER Jean-Jacques (préf.). *La mobilisation industrielle « premier front » de la Grande Guerre ?* Paris : SOTECA 14-18 Éditions, 2005, 366 p. Au début du conflit, il reste suffisamment de main-d'œuvre et l'on compte deux millions d'ouvriers au chômage technique au début du mois d'août 1914.

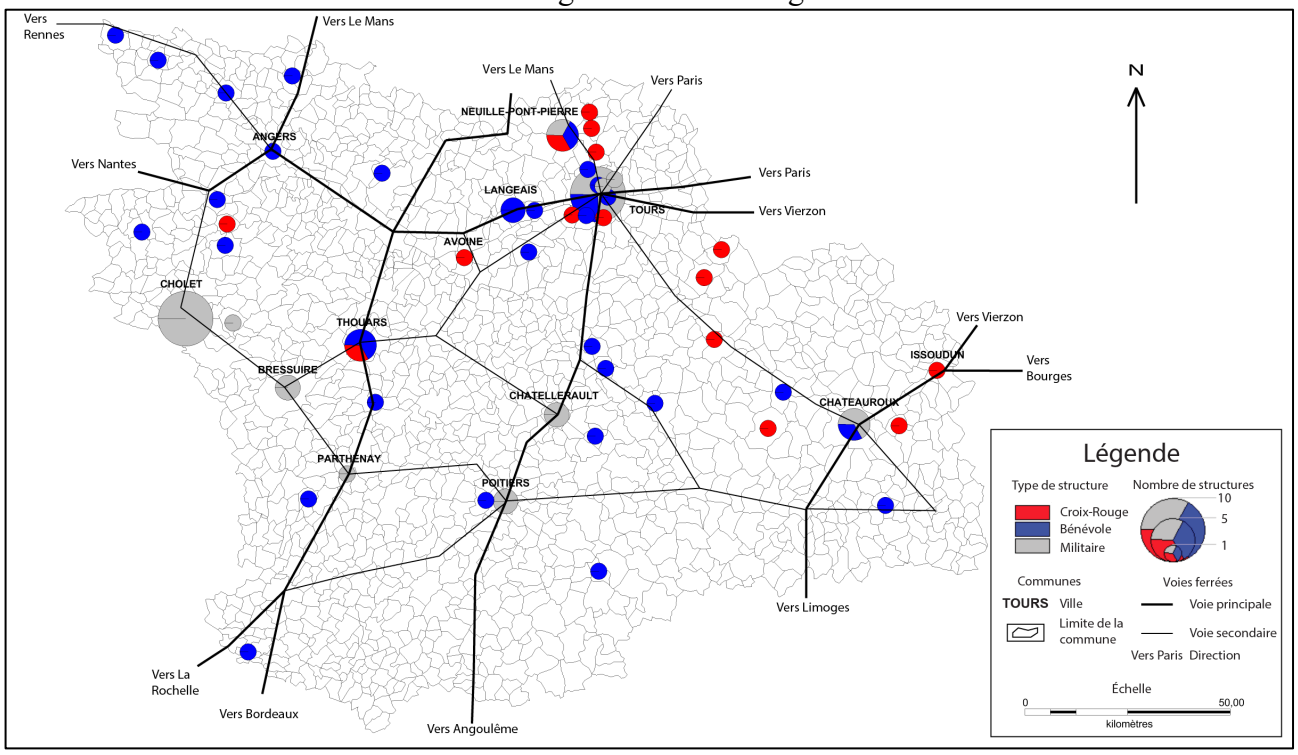
1) Achever l'extension du système hospitalier et continuer de corriger ses défauts.

Le rythme d'ouverture de nouvelles formations sanitaires marque le pas à partir d'octobre 1914. Cent quatorze formations ont été ouvertes en septembre, seulement trente-quatre en octobre, dix-neuf en novembre, cinq en décembre et dix en janvier 1915. Le Service de Santé n'est donc plus dans une recherche « tout azimut » de nouvelles formations malgré la poursuite des évacuations qui accroît le nombre d'hospitalisés dans les formations de l'intérieur. Le ministère de la Guerre a estimé le nombre de blessés hospitalisés dans ces formations à 97 806 en octobre, 96 893 en novembre, 69 591 en décembre et 59 260 en janvier 1915, soit un total de 296 550[1]. Une période de stabilisation du système hospitalier s'engage, mise à profit par le Service de Santé pour poursuivre les réformes amorcées les mois précédents et mettant à jour de nouvelles difficultés.

a) Le ralentissement des créations et le début des fermetures.

Comme il a été énoncé, le mouvement d'extension du système hospitalier ralentit à partir d'octobre. Il ralentit mais ne s'arrête pas et les nouvelles formations de cette période de transition trouvent leur origine dans des modèles déjà utilisés les mois précédents. Les défauts constatés lors des précédentes augmentations de ce système hospitalier s'en trouvent alors accentués.

Figure 6. Emplacement des formations créées du mois d'octobre 1914 au mois de janvier 1915 selon l'organisme à leur origine.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XI. Ces chiffres ne comprennent pas l'Algérie et la Tunisie.

Le Service de Santé poursuit son mouvement d'extension mais toujours de façon très concentrée comme le montre la carte ci-dessus. Pour cela, il s'appuie encore sur les structures civiles de soins comme l'hôpital civil de Neuillé-Pont-Pierre qui devient une annexe de l'hôpital mixte de Tours. Il compte aussi sur de généreux donateurs comme le sénateur Belle (1824 – 1915) qui à l'instar de son collègue Gaston Menier met gracieusement un immeuble lui appartenant à Tours à la disposition du Service de Santé. L'immeuble devient l'hôpital complémentaire n°31[1]. Le Service de Santé peut toujours compter sur l'utilisation des locaux scolaires bien qu'à partir du mois d'octobre celle-ci soit rendue plus compliquée par la rentrée scolaire. Ainsi à Cholet, ce sont six annexes de l'hôpital complémentaire n°22 qui sont organisées dans des locaux scolaires publics ou privés auxquelles s'ajoute une annexe à Yzernay, ouverte à l'école communale de garçons. L'hôpital complémentaire n°22 et ses annexes deviennent une organisation tentaculaire qui dans son extension maximale compte vingt-sept formations à Cholet et dans sa région[2].

Les comités des sociétés de la Croix-Rouge et les œuvres bénévoles suivent ce ralentissement dans les ouvertures de nouvelles formations. Quinze nouvelles formations sont ouvertes par les sociétés de la Croix-Rouge, principalement des annexes hormis l'hôpital auxiliaire n°31 à Issoudun[3] et l'infirmerie de gare de Thouars. Ces nouvelles formations dépendent quasiment toutes de la S.S.B.M. En effet, cette période voit l'arrivée de l'A.D.F. dans la 9e région dans des conditions particulières. Cette société, sous la direction de madame Hennique, organise une formation sanitaire de trente lits qui ouvre ses portes le 12 octobre dans une maison de convalescence à Pontourny (commune d'Avoine) appartenant à l'Assistance Publique de Paris[4]. Elle n'est pas indépendante car c'est une annexe de l'hôpital auxiliaire n°12 de Chinon qui moyennant une indemnité de 1,25 francs versée par la formation de Chinon, hospitalise des malades et blessés légers[5]. Cette forme d'alliance entre sociétés est pour le moins inhabituelle et est à l'avantage de l'A.D.F. dont l'un des membres peut disposer d'une formation sanitaire à moindre coût.

Du côté des formations bénévoles, trente-quatre nouvelles formations de ce type sont ouvertes durant cette période selon les mêmes schémas que les mois précédents. Les locaux scolaires sont toujours utilisés, là aussi avec toutes les réticences dues à la rentrée scolaire, comme l'Institution

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°31 de Tours d'auteur et de date inconnus. La création de cette formation se fait avec l'aide de l'Alliance Française et d'autres propriétaires qui offrent des immeubles. La population participe aussi par des dons.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°22 datée du 20 avril 1917 de l'officier d'administration. Dans ce rapport, cet officier évoque vingt-quatre formations qui dépendent de cet hôpital pour un total de 1 453 lits. Cette organisation est partagée par d'autres formations de la 9e région comme l'hôpital auxiliaire n°2 dont on dénombre vingt-neuf annexes qui ne fonctionnent pas toutes en même temps.

[3] En réalité, il s'agit d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°7 qui devient indépendante en novembre 1914.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital auxiliaire n°201 d'auteur et de date inconnus.

[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 8 janvier 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.

Saint-Maurice, une école privée à Tours dans laquelle est organisé l'hôpital bénévole n°117bis qui ouvre le 20 octobre[1].

Si le mouvement d'extension du système ralentit, les fermetures débutent à partir du mois d'octobre[2]. Luttant contre la dissémination des hospitalisés, le Service de Santé ferme les formations inférieures à vingt lits et proscrit l'hospitalisation chez l'habitant[3]. Tout en écartant les propositions inférieures à ce nombre, on ouvre la porte à la survie de la formation à condition qu'elle atteigne ou dépasse le seuil des vingt lits[4]. Des écoles sont restituées pour permettre que la rentrée ait lieu. Concernant les locaux scolaires accueillant des formations sanitaires importantes, il est encore trop tôt pour leur restitution mais des restitutions partielles peuvent avoir lieu. L'école supérieure de filles de Tours, occupée par l'hôpital complémentaire n°3, obtient la restitution d'une salle en novembre 1914 lui permettant d'y installer des élèves d'un autre établissement[5]. Le Service de Santé tâche d'aider les écoles à poursuivre leur activité, parfois en faisant cohabiter élèves et blessés. Pour les formations bénévoles et auxiliaires, le manque de moyens financiers peut mener à la fermeture de la formation, comme pour une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 au château du Bellay à Allonnes en décembre 1914[6]. Le départ du propriétaire d'un local où se trouve une formation peut aussi mener à sa fermeture, comme c'est le cas en novembre 1914 avec une annexe de l'hôpital auxiliaire n°102 à Saint-Georges-sur-Loire[7]. Mais pour l'instant cela ne concerne que des formations secondaires.

b) L'inquiétude des ressources financières.

Alors que le conflit se prolonge et que sa fin proche devient de plus en plus incertaine, la question du financement des formations sanitaires qui ne dépendent pas du Service de Santé devient de plus en plus sensible. Ces dernières, parfois promptes à hospitaliser les « glorieux » blessés, voient leur ardeur patriotique se refroidir quelque peu face à la réalité : l'hospitalisation des soldats de ce conflit accroît les dépenses plombées par l'inflation[8]. Cela ne met pas un terme à leur participation

---

[1] A.D.I&L. 0076 PERU 0009, *La Semaine Religieuse*, numéro du 10 décembre 1915. Cet hôpital est parfois appelé hôpital complémentaire n°35. Cependant, comme il est administré par le directeur de l'école et qu'il reçoit une indemnité journalière, il a été choisi de ne pas le considérer comme un hôpital complémentaire.

[2] En août et septembre 1914, la seule formation fermée est l'hôpital complémentaire n°20 qui fusionne avec l'hôpital complémentaire n°19 dans un souci de rationalisation. Cette fermeture n'est pas due à une volonté de supprimer des capacités hospitalières ou bien de mettre fin à une situation non conforme aux règlements.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 212H datée du 14 octobre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Elle fait suite à une dépêche du ministre de la Guerre datée du 12 octobre 1914.

[4] Nous n'avons eu connaissance que d'une formation fermée correspondant à ce cas. Il s'agit d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°4 à Poitiers qui ne possédait que six lits. Il faut noter aussi que certaines formations ne ferment pas mais changent simplement de nom comme l'H.T. 1bis qui devient l'hôpital complémentaire n°13.

[5] A.D.I&L. 1 M 341. Lettre du directeur de l'école de garçons de la place Velpeau au préfet d'Indre-et-Loire du 17 novembre 1914.

[6] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Compte-rendu de l'assemblée générale du 23 avril 1915.

[7] A.D.M&L. 101 J 225. Document d'auteur et de date inconnus.

[8] À la fin de l'année 1914, plusieurs commissions administratives suspendent les adjudications par appel d'offre pour ne traiter que de gré à gré avec les fournisseurs.

aux soins des blessés mais ces formations prennent conscience des moyens nécessaires à cette mission, entrant dans un âge de raison après l'engouement du début de la guerre. L'hospice de Beaufort-en-Vallée met ainsi fin à son offre gracieuse en signant une convention avec le Service de Santé[1]. L'engagement de ces formations à soigner les soldats demeure et même si les indemnités proposées par le Service de Santé ne correspondent pas forcément aux coûts réels, elles sont indispensables. Ainsi, pour continuer d'hospitaliser les soldats, l'hôpital bénévole n°97bis signe une convention pour les lits supplémentaires mis à leur disposition[2]. Le but de ces négociations est aussi de permettre à ces formations de poursuivre leurs missions initiales tout en soignant les militaires.

Dans le cadre de ces conventions, le Service de Santé négocie au cas par cas selon ses intérêts et ceux de l'État. Cela montre aussi la diversité des situations dans toute la région car les coûts d'hospitalisation, liés à ceux des matières premières, ne sont pas les mêmes partout. En outre, on peut admettre que le Service de Santé joue de son autorité pour imposer ses vues à des structures qui n'ont pas l'habitude d'avoir affaire à lui. Négociant avec différents hospices et hôpitaux civils, le Service de Santé prend le risque de réveiller les vieux différends qui l'opposent à ces hôpitaux mixtes « historiques », même si les indemnités accordées ne sont pas plus avantageuses. L'hôpital mixte de Loudun, existant avant la guerre, obtient une revalorisation à la fin de l'année 1914. Le montant obtenu est le maximum accordé aux hôpitaux de la région[3]. Or celui-ci correspond quasiment aux indemnités accordées à l'hôpital mixte de Tours en 1895 et plus récemment à l'asile Gatien de Clocheville.

Tableau 3. Comparatif des indemnités journalières versées par le Service de Santé aux Armées à l'hospice général de Tours, à l'asile Gatien de Clocheville et à l'hospice général de Loudun en 1914.

Grade	Hospice général de Tours	Asile Gatien de Clocheville	Hospice général de Loudun
Soldat et caporal	2.05	2.05	2.10
Sous-officier	2.20	2.20	2.25
Officier	3.40	3.40	3.44
Officier supérieur	4.20	4.20	4.20
Infirmier militaire	?	1.50	1.50

[1] A.D.M&L. 7 Hs L/17. Lettre datée du 11 février 1915 de l'économe de l'hospice de Beaufort-en-Vallée au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il obtient une indemnité journalière d'un franc par soldat.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L140. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 7 décembre 1914.
[3] A.D.V. E DEPOT 137 H 42. Lettre datée du 9 décembre 1914 du médecin-chef de la place de Loudun au président de la commission administrative de l'hospice de Loudun.

Les hospices mixtes ne sont pas décidés à se laisser faire. Celui de Cholet met aussi fin à la trêve mise en place depuis le début du conflit au sujet de la renégociation des conventions. Face à l'inflation, il réclame en décembre 1914 la renégociation de la convention qui a pris fin le 20 septembre 1914[1]. Il réclame que l'augmentation demandée avant-guerre, quarante centimes, soit acceptée à partir du 1er octobre 1914, date du renouvellement de la convention. Le Service de Santé laisse traîner les négociations car après des relances en décembre puis en janvier 1915, aucune convention n'est signée. Cependant, ce dossier sensible est rouvert et l'hôpital mixte de Cholet est bientôt suivi par d'autres, comme celui de Tours, ce qui risque de compliquer les relations entre le Service de Santé et ces acteurs importants de l'hospitalisation des soldats.

Les hôpitaux auxiliaires sont confrontés à la même problématique d'autant qu'ils sont désormais concurrencés par les formations bénévoles dont certaines font appel à la population. Or dans le même temps, le Service de Santé demande à ces formations d'accroître leurs capacités, ce qui accroît les dépenses. Il augmente son aide financière au mois de novembre, les sociétés de la Croix-Rouge obtiennent qu'il alloue deux francs pour les lits supplémentaires même si ceux-ci ne sont pas occupés[2]. Auparavant, le 24 octobre, la 7e Direction a ordonné de répartir équitablement les évacués entre les hôpitaux complémentaires et auxiliaires dans le but de « rentabiliser » ces derniers[3]. Malgré cela, les hôpitaux auxiliaires ne sont pas tous solides financièrement et les augmentations des capacités hospitalières sont conditionnées à la certitude d'obtenir l'allocation de deux francs[4]. Peu à peu, les réserves accumulées en temps de paix s'amenuisent et ces formations sont de plus en plus dépendantes du Service de Santé. Or ce dernier ne peut supprimer son aide sous peine d'entraîner la fermeture de ces formations qui affaiblirait son système hospitalier dans une période où l'on évacue encore massivement sur les régions de l'intérieur. L'autre risque qui découle de cette situation est de perdre l'image de dévouement et de charité pour les sociétés de la Croix-Rouge, transformées en « loueuses » de lits.

c) La poursuite de la lutte contre les hospitalisations abusives.

Dans ce domaine le Service de Santé poursuit ce qu'il a initié les mois précédents, pointant des comportements avérés ou non qu'il estime préjudiciable au retour rapide des soldats au front. Cependant, en multipliant les ordres la 7e Direction prend encore le risque de complexifier les

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie de la lettre datée du 2 décembre 1914 du vice-président de la commission administrative des Hospices de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 11 novembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. aux administrateurs des hôpitaux auxiliaires de la société dans la région. Les formations se font d'abord rembourser les lits supplémentaires puis les lits initiaux.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°9 618 2/7 datée du 24 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[4] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 22 janvier 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.

procédures et ainsi d'amplifier le problème. Les victimes de ce comportement sont de nouveau ses alliées historiques, les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge, dont les hôpitaux auxiliaires sont accusés de conserver indûment les malades et blessés guéris pour le bon plaisir des infirmières. Dans la suite des mois précédents, la 7e Direction ordonne le 1er octobre de veiller à ce que l'hospitalisation des malades et blessés ne soit pas prolongée plus que nécessaire. De même, on demande de lutter contre l'emploi abusif des congés de convalescence qui nuisent aussi au retour rapide des soldats au front. La situation devient sensible pour les sociétés de la Croix-Rouge lorsque la 7e Direction met de nouveau directement en cause le comportement de certaines dames infirmières de ces sociétés dans sa dépêche du 27 novembre 1914 :

> « Il arrive notamment que, dans quelques hôpitaux auxiliaires, les Dames infirmières semblent se faire un point d'honneur d'avoir tous leurs lits occupés, et s'efforcent de conserver le plus longtemps possible les blessés qu'elles soignent – certains médecins civils n'osant pas aller à l'encontre des désirs qu'elles expriment. »[1]

Un comportement qui est difficilement mesurable au sein des formations auxiliaires de la 9e région[2] mais qui est attesté durant le conflit. Certaines infirmières ont prolongé plus que nécessaire la durée d'hospitalisation des militaires, à l'exemple de Louise Weiss (1893 – 1983) qui a agi ainsi par pacifisme[3]. Mais ce que dénonce le médecin inspecteur Troussaint c'est plutôt cet instinct maternel tant loué avant la guerre qui les pousse à conserver leurs blessés[4]. Ce comportement n'est pas propre aux infirmières de la Croix-Rouge et la 7e Direction dénonce aussi l'attitude trop conciliante des médecins de ces formations. Le médecin inspecteur Troussaint considère qu'ils n'ont pas su faire preuve d'assez de fermeté[5]. Le directeur du Service de Santé demande aux directeurs régionaux et à leurs adjoints qui inspectent les formations sanitaires, de faire cesser ces errements. Il se veut ferme, prévenant qu'il est prêt à supprimer les formations concernées[6].

La 7e Direction dénonce d'autres facteurs d'allongement des durées d'hospitalisation relevant du fonctionnement interne des formations[7], auxquels s'ajoutent des facteurs externes. Au mois d'octobre 1914, le médecin-chef de la place d'Angers demande de faire rechercher parmi les hospitalisés de l'hôpital auxiliaire n°102 « […] des blessés légers, mais non guéris, pouvant être

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°10 975 2/7 datée du 27 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] Par ailleurs, il serait difficile de le savoir car il faudrait estimer si, pour chaque blessé, le temps d'hospitalisation était « normal ».
[3] KNIBIEHLER, Yvonne et HESS, Odile, (2008), *Histoire des…, op. cit.* p. 112. THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.). *Les femmes au temps de la guerre de 14*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2013 3e éd. [1986], 478 p. Parfois c'est le cas, à l'exemple des infirmières Louise Weiss et Juliette Martineau. Cette dernière fournit la liste des malades à évacuer chaque semaine au médecin-chef de sa formation. En février 1915, elle s'y refuse pour protéger les soldats de l'hiver. Ce « pouvoir » sur le retour au front des soldats, permet de conserver un certain contrôle sur eux. En théorie, il n'appartient pas au personnel infirmier mais aux médecins, notamment aux médecins-chefs.
[4] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 147.
[5] *Ibidem.*
[6] A.N. C 7689. Dépêche n°10 975 2/7 datée du 27 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[7] *Ibidem.* Il cite ainsi la lenteur de la durée du lessivage du linge des blessés ainsi que celle de sa remise en état ou de son remplacement.

dirigés sur les hopitaux [*sic*] de la campagne et ayant besoin d'une quinzaine de jours de convalescence. »[1] Cette demande est réitérée le 19 novembre, le but est alors explicité : faire le plus de place possible dans la formation. Or l'hospitalisation des militaires dans des formations annexes, qui plus est situées loin des grands centres d'hospitalisation, accroît le risque d'augmenter leur durée d'hospitalisation. Le Service de Santé encourage donc un comportement qui risque d'entraîner des abus. Pour parer à ceux-ci, le médecin-chef de la place d'Angers demande le 6 janvier 1915 aux médecins-chefs des hôpitaux de la ville de surveiller la durée de séjour des soldats hospitalisés dans les annexes de leur formation, tant à la ville qu'à la campagne[2].

Ce phénomène n'est donc pas propre aux hôpitaux auxiliaires, mais ceux-ci sont de nouveau visés par la 7e Direction en février. Elle ordonne que le directeur régional, son adjoint ou le médecin inspecteur en mission dans la région examinent lors de leurs visites les hospitalisés les plus anciens. Le but est de vérifier les justifications de leur durée d'hospitalisation et s'il n'y en a pas, de prononcer leur évacuation immédiate[3]. La suite de la dépêche vise certains hôpitaux auxiliaires accusés de conserver les hospitalisés pour des raisons financières. Ces formations ne souhaitant pas perdre l'allocation journalière, ne libéreraient les guéris que si des malades et des blessés nouveaux prennent leur place. Un comportement difficilement vérifiable pouvant s'expliquer par le coût de l'hospitalisation des soldats qui pèse sur les formations et donc leur comité. L'objectif étant de rentabiliser l'hospitalisation du soldat pour permettre à la formation de « survivre » retardant ainsi le retour au front. On demande de procéder à une surveillance « […] très rigoureuse […] »[4] de ces formations, mais de façon « […] discrète, avec tous les égards dus à des groupements dont la générosité et le dévouement n'ont cessé de s'affirmer et de se multiplier depuis le début de la guerre […] ». La question est en effet particulièrement sensible et le Service de Santé se doit de conserver de bonnes relations avec ses auxiliaires.

2) La création de formations spécialisées pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier et ses actions thérapeutiques.

Avant le conflit, le Service de Santé utilisait des formations spécialisées, généralement des structures civiles, pour hospitaliser des soldats, comme les stations thermales et les asiles d'aliénés. Elles le sont encore au début du conflit, les asiles d'aliénés demeurant les rares formations spécialisées où peuvent être traités les soldats brisés par la guerre. Trop peu nombreux, les asiles d'aliénés sont ceux des hospices mixtes ou des asiles départementaux, certains sont militarisés comme

[1] A.D.M&L. 101 J 223. Hôpital auxiliaire n°102, note de service non datée mais très probablement du mois d'octobre 1914.
[2] A.D.M&L. 101 J 223. Hôpital auxiliaire n°102, note de service datée du 6 janvier 1915.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°5 670 C/7 datée du 16 février 1915 du directeur de la 7e Direction.
[4] *Ibidem.* Pour cette citation et la suivante.

l'asile du docteur Baruk* à Saintes-Gemmes-sur-Loire près d'Angers[1]. Afin d'améliorer le « rendement » du système hospitalier, le Service de Santé doit améliorer la qualité des soins dispensés aux soldats et celle du traitement médico-légal de leur situation. Pour y parvenir, il encourage ou est à l'origine de formations spécialisées qui apparaissent rapidement comme des outils indispensables aux soins des soldats.

a) Maîtriser le flot des convalescents.

Afin de rendre le plus rapidement possible ses soldats à l'armée, le Service de Santé cherche à éliminer tout ce qui pourrait nuire à ce retour, multipliant les rappels à l'ordre sur les permissions, la durée d'hospitalisation et la constitution des dossiers de réforme. Les congés de convalescence éloignant des soldats du front pour une durée indéterminée, la 7e Direction veille à ce qu'ils soient exceptionnels et à ce que les médecins-chefs des formations sanitaires le sachent[2]. La situation ne semble pas s'arranger assez rapidement pour le Grand Quartier Général et le 15 octobre le ministère de la Guerre prend des mesures drastiques[3]. La délivrance des permissions et des congés de convalescence est retirée à toutes les formations sanitaires et transférée à une nouvelle formation : le dépôt de convalescents. La nouveauté de cette formation par rapport à celles du mois de septembre est qu'elle a un rôle administratif plus important[4]. Elles accueillent l'ensemble des militaires qui sortent des formations sanitaires et prennent les décisions concernant leur sortie. Elles évacuent sur leur dépôt les guéris et prennent en subsistance ceux en passe de l'être. Elles proposent pour un congé de convalescence « […] ceux dont l'indisponibilité paraît devoir être de très longue durée […] »[5], et pour la réforme ou la retraite « […] ceux qui sont définitivement impropres à tout service militaire. »[6]

Dans un premier temps sous le contrôle des corps de troupe[7], le Service de Santé reprend quelque peu la main sur ces formations qui sont ensuite installées dans les hôpitaux complémentaires prenant le nom d'hôpitaux-dépôts de convalescents[8]. Afin de veiller à ce que les prescriptions de la circulaire du 15 octobre soient suivies par les médecins, le commandement procède à des inspections

[1] GUÉRIN, Vincent. « Un Service ouvert pour les militaires : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1914-1919) ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 117-127.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°9 862 C/7 datée du 1er octobre 1914 du directeur de la 7e Direction et dépêche n°10 828 C/7 datée du 10 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. Dans cette dernière, des sanctions sont envisagées contre les médecins qui ne respecteraient pas les conditions d'attribution de ces congés.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°11 718 1/11 datée du 15 octobre 1914 du ministre de la Guerre.
[4] Il est alors très probable que l'on ait utilisé les formations créées en septembre en leur confiant ces nouvelles missions.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°11 718 1/11 datée du 15 octobre 1915 du ministre de la Guerre. La difficulté est de savoir si la guérison interviendra avant ou après la fin d'une guerre que l'on espère encore voir se terminer bientôt.
[6] *Ibidem.*
[7] *Ibid.* Le but est aussi de diminuer l'emprise des médecins considérés comme trop laxistes dans la délivrance des congés et des permissions.
[8] A.N. C 7689. Circulaire n°13 385 1/11 datée du 15 novembre 1915 du ministre de la Guerre. La circulaire ne donne pas les raisons de ce changement mais on peut penser que le manque de locaux adéquats ait poussé à déménager ces hôpitaux.

régulières faites par des officiers supérieurs de l'armée. Cette formation ressemble donc aux dépôts d'éclopés mais possède un rôle administratif plus important. Le Service de Santé, à la recherche de la meilleure solution, tâtonne. Multipliant les expériences, il complexifie la sortie des guéris, aggravant un problème contre lequel il souhaite lutter.

Le Service de Santé de la 9e région procède alors à l'organisation de ces formations[1]. À Châteauroux, l'hôpital-dépôt de convalescents n°41 ouvre ses portes le 16 janvier 1915 et dès ce mois 200 soldats en attente de décision y sont hospitalisés[2]. Destinées à hospitaliser une population importante de soldats, ces structures doivent très rapidement mettre en place un fonctionnement efficace pour juguler le flot des hospitalisés. À Tours, il semble qu'une organisation administrative méthodique ait été mise en place dès l'ouverture de la formation permettant de traiter rapidement les dossiers et d'assurer le respect de la discipline dans la formation[3]. Cela n'empêche pas certains débordements inhérents à la nature des hospitalisés de cette formation qui pour la plupart n'ont plus besoin de soins. En attendant le règlement de leur situation, certains se livrent à la débauche dans les rues de Tours au grand dam de la population[4].

La délivrance des congés de convalescence reste cependant sous le contrôle du commandement, le Service de Santé ne se chargeant que de la constitution des dossiers administratifs. Les grands principes de la délivrance des congés de convalescence sont rappelés par la circulaire du 15 octobre 1914. Désormais c'est une commission spéciale qui les délivre, présidée par le général commandant la subdivision ou bien son délégué et qui comprend en outre un officier et le médecin-chef de la place. La délivrance des congés de convalescence est plus encadrée et pour lutter contre les dérives, les détenteurs de ces congés peuvent être contrôlés à tout moment. On ne peut parler de réelles nouveautés, mais plus d'un rappel des règles d'avant-guerre[5] qui doivent être adaptées à la Première Guerre mondiale.

b) L'organisation des premières formations de l'O.A.C.M.

C'est dans ce contexte de réforme des congés de convalescence que sont ouvertes dans la 9e région les premières formations de cette œuvre. La circulaire du 15 octobre confirme le rôle de ces établissements, hospitaliser des malades et blessés ayant obtenu un congé de convalescence à leur

[1] On peut penser que les dépôts d'éclopés ont été transformés en dépôts de convalescents puis en hôpitaux-dépôts de convalescents.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital-dépôt de convalescents n°41 par le médecin-chef de la formation et datée du 19 novembre 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique de l'hôpital complémentaire n°49 par l'officier d'administration de la formation et daté du 1er janvier 1917. Il n'y a pas d'organisation interne stricte imposée aux formations sanitaires. Celles-ci doivent cependant suivre le règlement du Service de Santé en ce qui concerne leur administration.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Photocopie d'une lettre anonyme et non datée. Celle-ci a été envoyée par le cabinet du ministre de la Guerre au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire le 24 mai 1915.
[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 99 (Article 272).

demande ou bien s'ils ne peuvent se rendre dans leur famille. La circulaire étend ce dernier cas lorsque l'on interdit aux malades et blessés de la zone de l'intérieur d'obtenir des congés de convalescence pour la zone des armées[1]. En outre, le 23 octobre les établissements de l'O.A.C.M. de la 9e région sont désignés pour accueillir les convalescents évacués des établissements de cette œuvre situés dans la 3e région militaire[2]. À ces soldats s'ajoute une catégorie particulière, les soldats indigènes ayant obtenu un congé de convalescence[3].

La publicité pour l'organisation de ces formations est de nouveau faite par les préfets, encouragés par le ministère de l'Intérieur qui leur transmet au début du mois d'octobre une note à diffuser auprès des maires de leur département[4]. Le préfet de Maine-et-Loire fait diffuser celle-ci le 14 octobre. Elle rappelle les conditions pour l'organisation d'un établissement de cette œuvre et invite les maires à se mettre en rapport avec l'O.A.C.M. Il est cependant difficile de quantifier le résultat de cet appel car dans le même temps le Service de Santé signe des conventions avec les maires pour l'hospitalisation des militaires avec une allocation supérieure. En outre, certaines mairies ont demandé à ne prendre en charge que des convalescents[5], entretenant le flou sur ce terme qui pour les établissements de l'O.A.C.M. ne comprend que ceux ayant obtenu un congé de convalescence. Des mairies font cependant des offres comme à Seiches où l'on propose de constituer une formation de ce type comprenant vingt lits[6]. Organiser une formation relevant de l'O.A.C.M. permet aussi de « recycler » une formation sous-utilisée ou fermée et ainsi de continuer à participer aux soins des soldats. C'est ce qui guide la démarche du maire de Chalonnes-sur-Loire, qui le 16 octobre 1914 offre de transformer la formation ouverte dans la ville mais inoccupée depuis le 28 septembre[7].

Le fonctionnement de ces formations est défini par l'instruction du 25 novembre 1914 et s'apparente à celui des formations bénévoles. Les établissements de l'O.A.C.M. relèvent du général commandant la subdivision dans laquelle ils sont installés. Le Service de Santé conserve le contrôle technique, effectué lors d'inspections. Concernant le règlement intérieur de ces formations, il est fixé par l'O.A.C.M. [8] et est plus souple que pour les hôpitaux complémentaires. Ceci s'explique par le statut des soldats qui y sont hospitalisés : ne pouvant rentrer chez eux il convient de leur offrir un cadre similaire. Les sorties de l'établissement sont uniquement délivrées par le directeur de

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°11 718 1/11 datée du 15 octobre 1915 du ministre de la Guerre.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°12 103 C/7 datée du 23 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. La 3e région militaire est alors en partie envahie et appartient à la zone des armées.
[3] Leur cas et celui des soldats coloniaux sont abordés dans les chapitres 2 (p. 128 de ce volume) et 7 (p. 413 du volume 3).
[4] A.D.M&L. 10 R 5/71. Lettre datée du 3 octobre 1914 du ministre de l'Intérieur au préfet de Maine-et-Loire.
[5] C'est le cas de Château-la-Vallière. Voir dans ce volume le chapitre 3 p. 154.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/71. Note diffusée le 14 octobre 1914 par le préfet de Maine-et-Loire auprès des maires du département.
[7] A.D.M&L. 10 R 5/71. Lettre datée du 16 octobre 1914 du maire de Chalonnes-sur-Loire au préfet de Maine-et-Loire.
[8] A.N. C 7689. Instruction n°48 datée du 25 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

l'établissement, un régime bien plus souple que pour les autres formations. Cependant, pour conserver un certain contrôle sur les militaires, on demande qu'un sous-officier ou un officier soit toujours présent parmi les admis dans ces établissements. Les convalescents ne sont pas entièrement libres, le directeur de l'établissement peut prendre des sanctions et ils sont contrôlés par la gendarmerie locale.

c) L'élaboration d'un système de lutte militaire contre les maladies contagieuses.

L'hiver et ses traditionnelles épidémies qui remplissent voire engorgent les hôpitaux en temps de paix, sont une menace pour les troupes de la 9e région mais aussi pour son système hospitalier. Le Service de Santé doit alors développer ses moyens de lutte contre les maladies contagieuses qu'ils soient prophylactiques comme les campagnes de vaccination des troupes ou thérapeutiques. Parmi ceux-ci, le Service de Santé souhaite développer les services et les hôpitaux entièrement consacrés aux maladies contagieuses. Le 16 octobre 1914, il émet dans ce but une instruction concernant l'organisation de ces formations spécialisées ainsi que les différentes procédures de désinfection qui s'y rattachent[1]. Les malades concernés[2] doivent être installés en priorité dans les pavillons pour contagieux ou des services pour contagieux déjà existants qui doivent si nécessaires être agrandis. Enfin, si cela est possible, on préconise l'organisation d'hôpitaux dédiés à ces maladies[3].

Des services et des hôpitaux pour contagieux sont alors organisés dans toute la 9e région avec plus ou moins de difficultés par le Service de Santé mais aussi par les sociétés de la Croix-Rouge. On doit, là encore, composer avec les autorités civiles tant pour l'utilisation des locaux scolaires que des hospices et hôpitaux mixtes. À Châtellerault, on transforme en novembre l'annexe de l'hôpital complémentaire n°12 située au Cercle Catholique en une formation dédiée aux contagieux[4]. L'utilisation des locaux scolaires pour l'organisation de ce type de formation pose problème car elle contrevient aux instructions du ministère de l'Instruction Publique qui craint une contamination des locaux et ainsi des élèves et du personnel[5]. Cependant, le Service de Santé n'a pas forcément le choix par manque de moyens et surtout de locaux adéquats. À Angers, où toutes ses formations sauf les annexes sont situées dans des locaux scolaires, il transforme l'hôpital complémentaire n°6 situé à

[1] A.N. C 7689. Instruction n°11 429 C/7 datée du 16 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. C.D.M.S.S.A. Carton 568. Note de service datée du 19 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Dès août 1914, on ordonne d'assurer l'hospitalisation des contagieux en prescrivant de trouver une formation adaptée.

[2] Les maladies concernées sont la fièvre typhoïde, la dysenterie, la rougeole, la scarlatine, la variole, la diphtérie et la méningite cérébro-spinale. Cette liste n'est pas définitive puisque des formations sont par la suite uniquement destinées aux typhiques. Les cas de tétanos et d'érysipèles chirurgicaux sont traités dans les services chirurgicaux mais doivent être isolés. Les malades atteints des oreillons ne doivent pas être dirigés sur ces structures, au risque de les engorger, mais doivent être isolés.

[3] Des principes généraux sont émis. Par exemple, les locaux doivent être séparés en fonction des maladies contagieuses.

[4] A.D.V. 1 X 21. Lettre datée du 3 décembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de la Vienne.

[5] C.D.M.S.S.A. 568. Dépêche n°3 296H datée du 5 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. On ordonne de ne pas hospitaliser les contagieux dans les locaux scolaires.

l'école normale d'institutrices en un hôpital pour contagieux malgré l'opposition de l'inspecteur d'académie[1].

Les hôpitaux auxiliaires participent aussi à ce mouvement sous l'impulsion des comités centraux des sociétés. À la fin de l'année 1914, celui de l'U.F.F. rappelle à ses formations qu'elles ne doivent pas chercher à ne soigner que des blessés et même si les locaux scolaires ne doivent pas être transformés en hôpitaux pour contagieux, des services et salles spéciales doivent leur être consacrés[2]. Le comité de la S.S.B.M. de Tours organise des formations pour contagieux dans le département, aidé financièrement par le comité central ainsi que par de généreux donateurs. Une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 a ainsi été ouverte début décembre dans la propriété de deux membres du comité. Les vingt lits de cette propriété sont destinés aux typhiques[3].

Dès le mois d'octobre, la place de Tours dispose d'un système d'hospitalisation pour malades contagieux, certaines formations sanitaires de la place ayant été spécialisées[4]. Pour compléter ce système, le Service de Santé organise à Sainte-Radegonde une formation spécifiquement conçue pour les contagieux, l'hôpital complémentaire n°37 et ses 150 lits qui ouvre le 21 décembre[5]. Le médecin major de 2e classe Baudouin* qui l'organise a su tirer parti des bâtiments pour séparer les services de façon à ce que les risques de contagion soient des plus limités[6]. Malgré ces mesures, la présence d'un hôpital de contagieux dans les environs ne rassure pas la population[7]. Poussé par ses administrés, le maire demande au préfet le départ des contagieux qui peuvent cependant être remplacés par des blessés ou des convalescents[8]. Ces inquiétudes ne sont pas exceptionnelles, au contraire, et la 7e Direction explique aux directeurs régionaux ce qu'il convient de faire dans une circulaire du 24 décembre 1914[9]. À chaque crainte exprimée, le directeur régional se doit de calmer celle-ci en éduquant sommairement les autorités civiles et la population à la transmission des maladies et aux moyens mis en place pour lutter contre celles-ci. Au besoin, on peut faire appel aux grandes institutions françaises comme l'hôpital Pasteur à Paris. Pour le préfet d'Indre-et-Loire, associé à cette

[1] A.D.M&L. 1 R 5/14. Lettre datée du 10 novembre 1914 du préfet de Maine-et-Loire au ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts.
[2] A.D.M&L. 101 J 225. Union des Femmes de France. Communications diverses de la délégation du conseil central à MM. les délégués régionaux d'auteur et de date inconnus.
[3] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 4 décembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au Vice-Amiral Touchard.
[4] Ainsi, les malades atteints de fièvre typhoïde sont traités à l'hôpital mixte et à l'hôpital auxiliaire n°2. Les autres maladies contagieuses sont traitées aux hôpitaux bénévoles n°115bis, n°116bis et n°117bis.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°37 par le médecin-chef de la formation, le docteur Dauvergne, et de date inconnue.
[6] Nous n'avons pas retrouvé l'organisation originale cette formation. La première organisation connue date de la fin de l'année 1916.
[7] A.D.I&L. 1 M 357. Bordereau d'un dossier, daté de novembre 1914, concernant une lettre de protestation d'habitants de la rue de la Scellerie visant les malades contagieux de l'hôpital bénévole n°116bis.
[8] A.M. Tours. 1 D 1/10. Registre des délibérations du conseil municipal de Sainte-Radegonde. Séance du 29 novembre 1914.
[9] A.N. C 7689. Dépêche n°19 160 C/7 datée du 24 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

action pédagogique, il suffit de prendre l'exemple de Tours où l'hospice général hospitalise constamment des contagieux sans que le voisinage ne s'en inquiète[1].

3) Vers les centres de spécialités dans la 9e région.

Tandis que le Service de Santé est, hormis le cas des formations de l'O.A.C.M., à l'initiative de la création de formations spécialisées, des services spécialisés émergent sur tout le territoire à l'initiative de médecins. D'abords confidentiels, ils sont rapidement soutenus par le Service de Santé qui devant les résultats obtenus en fait la publicité et cherche à les développer. Il convient de montrer comment ces services apparaissent dans la 9e région et surtout comment le Service de Santé commence sa révolution en mettant sur pied ce qui deviendra les centres de spécialités, par une « standardisation » de l'organisation de ces services.

a) L'éclosion des services spécialisés en France.

Des services spécialisés émergent sur tout le territoire, probablement dès la mobilisation, au gré de la dissémination des spécialistes. Ils attirent l'attention de la 7e Direction devant les résultats obtenus et parfois grâce aux relations qu'entretiennent les médecins-chefs de ces services avec les autorités médicales civiles et militaires. Comprenant tout l'intérêt qu'elle pourrait en retirer, la 7e Direction décide d'en faire la publicité afin d'y envoyer tous les soldats relevant de ces spécialités médicales. En outre, elle transpose leur organisation dans les différentes régions militaires. Le début de ce mouvement semble avoir eu lieu le 9 octobre et concerne les blessés atteints de lésions du système nerveux et les « hystéro-traumatismes »[2]. Face au nombre élevé de ces types de blessés et malades, le Service de Santé décide de mettre en place des services spéciaux qui leurs sont destinés, mais les « hystéro-traumatismes », considérés comme des psychoses, restent à la charge des asiles d'aliénés. Ces services spéciaux ne sont pas créés partout en France, seulement dans les chefs-lieux de corps d'armée possédant une faculté de médecine et autant que possible dans les hôpitaux régionaux des corps d'armée. La 9e région militaire est exclue *de facto,* car elle ne possède ni faculté de médecine[3], ni hôpital régional. Les villes concernées par cette mesure sont Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et Alger. Le but de cette mesure est clairement énoncé : donner les meilleurs soins afin de soigner ces soldats ou du moins de faire en sorte qu'ils soient réformés

[1] A.D.I&L. 3 R 14. Copie d'une lettre datée du 8 février 1915 du préfet d'Indre-et-Loire au député Besnard.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°10 685 C/7 datée du 9 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] Uniquement des écoles de médecine et de pharmacie à Tours, Angers et Poitiers.

dans des conditions favorables à l'État[1]. Le Service de Santé reconnaît ainsi les lacunes thérapeutiques de son organisation.

Dès lors commence un mouvement de promotion des spécialités médicales puisque l'organisation concernant la neurologie est appliquée à la radiologie le 17 octobre. Le Service de Santé prend alors l'exemple du service central de radiologie qui a été constitué à Bordeaux (18e région militaire). Comme pour la neurologie, la 7e Direction ordonne de transposer cette organisation aux villes de facultés en n'en citant aucune. L'organisation de ce service central préfigure dans les grandes lignes, les futurs centres de spécialités. À la tête de ce service central doit être placé un professeur ou un agrégé de la faculté de la ville qui a pour mission, en plus de son service, de diffuser la radiologie et de répartir entre les différents services radiologiques de sa région, le matériel adéquat[2]. La force de cette organisation est l'utilisation des compétences des médecins, cependant elle est limitée à la présence de spécialistes dans les villes de faculté, ce qui est un changement de doctrine pour le Service de Santé[3].

Outre l'amélioration des soins, l'organisation de ces centres est aussi une façon de rationaliser les moyens, surtout si les appareils nécessaires sont très coûteux, comme c'est le cas en radiologie. C'est dans cette optique de rationalisation qu'ont été créés les services centraux d'électrothérapie et de mécanothérapie. Le Service de Santé ordonne le 24 octobre[4] de les adjoindre lorsque cela est possible aux services centraux de radiologie précédemment créés. La création de ces services centraux ne supprime pas les installations déjà existantes et pour les régions qui ne pourraient s'en doter, on demande de procéder à des évacuations sur des hôpitaux des régions voisines qui en possèderaient. C'est sur cette base que vont ensuite être créés les services centraux de physiothérapie.

Des services spécialisés commencent à être organisés dans la 9e région militaire, mais pour les spécialités médicales « absentes » dans la région, le Service de Santé procède comme il a été indiqué. Concernant les « gueules cassées », l'importance de donner rapidement des soins spécialisés est rappelée aux médecins-chefs le 10 novembre[5]. Et pour s'assurer que ces blessés reçoivent tous les soins qui leurs sont dus, le Service de Santé organise des services à Paris, Lyon et Bordeaux. Pour faciliter le traitement des blessés provenant des régions où ces services ne sont pas installés, les régions sont rattachées à l'un des trois services[6]. Ainsi la 9e région dépend du service de Bordeaux

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°10 685 C/7 datée du 9 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. Avec cette mesure, on développe la collaboration entre les neurologues et les chirurgiens. À cette époque en France, les opérations concernant les nerfs et le cerveau étaient pratiquées par un chirurgien qui suivait les indications d'un neurologue.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°9 363 2/7 datée du 17 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] Ce changement comprenant toutes les disciplines est étudié dans le chapitre 3 de ce volume, p. 153.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°9 619 2/7 datée du 24 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°14 198 C/7 datée du 10 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] Il est très probable que les autres services qui hospitalisaient les « gueules cassées » poursuivent leur action.

jusqu'à la création d'un service pour ces blessés à l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers[1]. C'est aussi le cas pour les malades et blessés relevant de la radiologie et l'électrothérapie qui à partir du 15 novembre, dépendent du Service central de Bordeaux dirigé par le professeur Bergonié (1857 – 1925). Ce dernier a alors pour mission de contrôler et développer les services de mécanothérapie, d'électrothérapie et de radiologie dans la 9e région.

b) Les premiers services spécialisés de la 9e région militaire.

C'est dans ce contexte qu'ont été créés dans la 9e région, les services spécialisés. Les services de physiothérapie qui sont ouverts durant cette période l'ont été soit grâce à l'utilisation des ressources locales, soit grâce à l'action de spécialistes mobilisés avec l'appui du centre de Bordeaux. Attiré par les promesses thérapeutiques de cette spécialité, le Service de Santé ordonne aux directeurs-adjoints en tournée d'inspection d'envoyer sur ces centres tous les militaires relevant de cette spécialité[2]. À Niort, le Service de Santé utilise l'installation du docteur Edmond Jousselin* parti lors de sa mobilisation[3], mais celle-ci n'est correctement employée qu'à son retour lors d'une convalescence en octobre 1914. Devenu indispensable, il est affecté chez lui, dirigeant le service de physiothérapie de la place qui est créé le 25 décembre 1914. L'utilisation des services civils se fait dans d'autres villes de la région[4]. Le Service de Santé peut aussi compter sur les spécialistes affectés dans celle-ci et qui parfois viennent avec leur matériel comme le médecin aide-major de 1ère classe Leullier* qui organise ainsi un service de physiothérapie à l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers[5]. À Tours, le principal service de la ville n'est pas dû à un médecin mobilisé mais à un pharmacien de la ville, Paul Métadier[6]. Celui-ci s'est rendu à Bordeaux auprès du docteur Bergonié pour prendre conseil afin de constituer un service de physiothérapie. Il est organisé à l'hôpital mixte de Tours en février 1915[7], le pharmacien Métadier fournit alors le matériel et le médecin aide-major de 1ère classe Devaux dirige le service[8]. Peu de temps après ce service est transféré à l'hôpital complémentaire n°2.

---

[1] A.D.M&L. 101 J 223. Hôpital auxiliaire n°102. Note de service datée du 18 janvier 1915. Nous ne savons pas quand a été créé ce service.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°18 857 C/7 datée du 21 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique du sous-centre de physiothérapie de la place de Niort par le médecin major de 2e classe Jousselin et datée du mois de septembre 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin principal de 1ère classe Bergonié daté du 1er février 1915. Ainsi, la clinique du docteur Menuet à Tours et celle du docteur Pimpaneau à Châteauroux.
[5] *Ibidem*. Apparemment, le service commence à fonctionner en octobre 1914. A.D.M&L. 101 J 223. Hôpital auxiliaire n°102. Note de service datée du 16 décembre 1914. Il devient le service de physiothérapie de la place.
[6] Nous ne savons pas pourquoi il en est à l'origine, par altruisme ou intérêt, surtout que la physiothérapie ne fait pas partie de ses domaines d'activité. C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre n°2 009H datée du 12 mai 1919 du directeur du Service de Santé de la 9e région au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Lorsque la guerre est terminée, il envisage la création d'un institut d'électrothérapie et demande à récupérer son matériel. Il propose alors de soigner les militaires encore hospitalisés contre une indemnité.
[7] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séances des 18 et 22 février 1915.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur l'organisation et le fonctionnement des services de physiothérapie et de radiologie de la 9e région du 10 au 25 mars 1915.

Des dérives ont cependant eu lieu obligeant la 7e Direction à faire une mise au point concernant ces services. En effet, dans certaines régions vingt et même trente centres de physiothérapie auraient été créés au prix de coûts financiers et humains très importants. Le 26 janvier, la 7e Direction rappelle les conditions dans lesquelles ces centres doivent être créés. Le service central d'une région doit être situé de préférence au chef-lieu de la région, pour la 9e région il s'agit du service mis en place par le pharmacien Paul Métadier et le docteur Devaux, et seulement trois ou quatre centres secondaires doivent être créés en plus[1]. Le Service de Santé ordonne alors de concentrer les moyens sur quelques centres répartis dans la région, le but étant de pouvoir traiter au minimum 1 500 blessés. Dans cette réorganisation, les services de radiologie ne sont pas compris bien qu'ils intègrent la physiothérapie, la 7e Direction encourageant leur diffusion.

Toujours dans l'optique de donner les meilleurs soins possibles, le Service de Santé ordonne le 31 octobre la création de formations spécialisées en O.R.L. et en ophtalmologie. Contrairement à la création des centres de physiothérapie, il ne restreint pas celles-ci aux seules villes de faculté et demande de faire appel aux enseignants des écoles de médecine et à des médecins de ces spécialités[2]. La mission de ces spécialistes ne se limite pas aux soins. Ces derniers sont appelés à donner leur expertise dans les diverses commissions médico-légales. Afin de faciliter la tâche des directeurs régionaux, la liste des médecins à nommer à la tête de ces formations est transmise avec la circulaire. Pour la 9e région on n'envisage pour le moment que l'organisation de deux formations spécialisées en ophtalmologie, l'une à Angers sous la direction du docteur Vinsonneau*, et l'autre à Tours dirigée par le docteur Cosse*. Cependant, il semble que ces directives n'aient pas été suivies et que les premiers services spécialisés soient antérieurs à cette circulaire[3]. À Tours, l'organisation d'une formation spécialisée en ophtalmologie a débuté le 10 novembre à l'hôpital complémentaire n°30. Cette organisation ne s'est pas faite sous la direction du docteur Cosse mais sous celle du médecin aide-major de 1ère classe Castelain*[4]. Deux autres services spécialisés sont organisés dans la 9e région, l'un à Poitiers et l'autre à Saumur.

Non mentionnés dans la circulaire du 31 octobre, des services O.R.L. existent pourtant dans la 9e région dès le mois de septembre, il s'agit de services civils dont les médecins n'ont pas été mobilisés. Cela semble être le cas à Tours où la clinique du docteur Magnan, spécialiste en O.R.L., sert à hospitaliser des militaires depuis le début du mois de septembre[5]. De la même manière à

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°1 107 2/7 datée du 26 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n° 13 038 C/7 datée du 31 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Castelain sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1915. Le premier service spécialisé en ophtalmologie semble avoir été ouvert en septembre 1914 à l'hôpital bénévole n°12bis d'Angers.
[4] *Ibidem.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport d'ensemble sur l'organisation des services d'oto-rhino-laryngologie dans la 9e région par le docteur Magnan et daté du 1er février 1915.

Saumur, le médecin-chef des salles de chirurgie de l'hospice civil traite les militaires relevant de l'O.R.L. Cependant, l'utilisation des services civils n'est pas forcément la meilleure solution car ces derniers ne respectent pas toujours les normes d'asepsie. À Saumur, les conditions pour traiter les militaires sont loin d'être idéales, travaux et achats sont nécessaires[1]. Enfin la 9e région dispose de deux autres services à Châteauroux où le matériel employé est celui du chef de service et à Poitiers où le service d'O.R.L. partage la formation avec le service d'ophtalmologie. Dans ce cas aussi le matériel est en partie celui du médecin-chef de service, le reste appartenant à l'hôpital civil de Poitiers[2].

La création de ces services spécialisés est aussi motivée par l'état des malades et des blessés qui doivent recevoir des soins adaptés et ceci le plus rapidement possible pour éviter les séquelles. C'est la raison pour laquelle le Service de Santé ordonne le 31 décembre 1914 la création de services de chirurgie orthopédique qui permettent d'accroître la réussite des traitements physiothérapiques[3]. La 7e Direction ordonne de créer un service là où il n'y en pas en plaçant à sa tête un spécialiste trouvé dans la région. Le service orthopédique reçoit les blessés dénichés dans les formations sanitaires par le directeur régional, son adjoint, les médecins en mission d'inspection, le chef des centres de physiothérapie et le chef du service de chirurgie orthopédique. Ce dernier peut aussi être appelé par les médecins-chefs des formations sanitaires. Dans la 9e région ce service est confié au chirurgien Guillaume-Louis qui l'organise à l'hôpital mixte de Tours au mois de janvier 1915[4]. On remarque ainsi que le Service de Santé encourage la collaboration entre les spécialités médicales espérant qu'elle conduira à l'amélioration des soins et ainsi à une meilleure récupération des soldats.

Grâce à la stabilisation des combats et l'avènement de la guerre de tranchées, le système hospitalier amorce une évolution qui met fin à la situation d'urgence caractérisant l'entrée en guerre. L'improvisation à laquelle ont été confronté le Service de Santé et les comités des sociétés de la Croix-Rouge résulte autant d'une impréparation de ces acteurs à leur mission avant la guerre qu'à la réalité de celle-ci. En effet, à la fin du mois de janvier la guerre n'est pas encore terminée et il est bien difficile de prédire sa fin. En outre, le déroulement du conflit n'a pas tourné à l'avantage de l'armée française, entraînant la perte d'une partie du territoire et donc de moyens d'hospitalisation. À ceci s'ajoute la réalité du nombre des évacués du front qui vient compliquer l'action du Service de Santé de la 9e région. L'entrée en guerre a balayé le plan d'hospitalisation élaboré en temps de paix.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport d'ensemble sur l'organisation des services d'oto-rhino-laryngologie dans la 9e région par le docteur Magnan et daté du 1er février 1915.
[2] *Ibidem*.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°19 954 C/7 datée du 31 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 18 février 1915.

Dans l'urgence, le Service de Santé et les sociétés de la Croix-Rouge se lancent « frénétiquement » dans une course au nombre toujours plus élevé de lits et de formations. Cet effort est soutenu par la population et voit l'émergence de nouveaux acteurs : les formations bénévoles et l'O.A.C.M. Dans l'improvisation du début du conflit, ce système hospitalier a jailli trop rapidement car il devient tentaculaire et présente des risques liés à sa croissance trop rapide, principalement la solidité financière des formations sanitaires et leur capacité à survivre à un conflit qui s'éternise. Le Service de Santé doit veiller à ce que son fonctionnement n'aille pas à l'encontre de sa mission : rendre le plus rapidement à l'armée ses soldats. Dans son apprentissage de la réalité de ce conflit, le Service de Santé doit s'affranchir de son fonctionnement issu du temps de paix et surtout de son approche trop générale des soins. La réalité des blessures, leurs complexités et les risques que font peser les maladies épidémiques amènent le Service de Santé à développer les spécialités médicales et donc les formations et services spécialisés. Cependant, cette évolution du système hospitalier n'est pour le moment qu'amorcée et d'autres dysfonctionnements doivent être réparés pour lui permettre d'exploiter tout son potentiel.

Chapitre 2 : Une guerre médicale sur plusieurs fronts.

L'entrée en guerre du Service de Santé s'est faite de manière douloureuse : le conflit révélant son impréparation ainsi que celle de ses alliées à ce qui devient peu à peu la Grande Guerre. Le Service de Santé est sous le feu des critiques même si ces dernières ne concernent pour l'instant que son fonctionnement en général, faisant abstraction des différences entre l'avant et l'intérieur. Dans la 9e région, il répond dans un premier temps à l'urgence de la situation en augmentant le nombre de formations sanitaires, appuyé par la Croix-Rouge et par une partie de la population. Puis, il amorce sa révolution en encourageant le développement des spécialités médicales afin d'améliorer le fonctionnement du système hospitalier en donnant aux malades et aux blessés les soins qu'ils méritent. Ces améliorations ne suffisent pas à résoudre toutes les difficultés auxquelles le système hospitalier mis en place est confronté. Il convient alors de dévoiler les fronts secondaires où la victoire du Service de Santé et de ses alliées est indispensable pour permettre l'amélioration des soins des soldats. Le développement des spécialités médicales ne peut se faire sans mettre fin à certains archaïsmes de l'organisation médicale nuisibles aux soins. La victoire quant à la récupération du plus grand nombre d'hospitalisés peut échapper au Service de Santé s'il échoue avec les autorités civiles sur le front de la santé publique. Enfin, le combat doit aussi être porté sur les aspects non-médicaux de l'hospitalisation pouvant rapidement nuire aux soins. La « révolution » entamée par le Service de Santé ne peut se faire qu'en résolvant ces problèmes, ou du moins en y apportant un début de solution.

A) Un système médical parfois archaïque.

Le Service de Santé de la 9e région n'est assurément pas responsable de l'état dans lequel les soldats évacués du front arrivent dans les gares de la région, au moins jusqu'à la gare de répartition de Saint-Pierre-des-Corps. Il ne peut que constater les dégâts des éclats d'obus et des shrapnels, provoquant des blessures extrêmement septiques aggravées par la lenteur et les conditions d'évacuation. Cependant, il se rend parfois coupable d'erreurs qui aggravent l'état de santé des soldats évacués sur la région. En réalité, c'est tout le système hospitalier qui est concerné par des défaillances qu'il est difficile d'appréhender de par la rareté des témoignages et des rapports concernant l'état des évacués dans la 9e région et les soins apportés à ces derniers. La principale raison est que les rapports mensuels n'ont été mis en place qu'à la fin de l'année 1914. Avant cette période, les médecins ne sont pas tenus de faire état des soins des blessés, sauf pour les pièces règlementaires[1]. Au début de la

[1] En outre, concernant les historiques conservés aux C.D.M.S.S.A., ils ont été établis en 1916 et ne mentionnent pas l'état des blessés ; il est fait parfois mention du nombre de décès jusqu'à l'établissement des historiques. De plus, une partie

guerre, le système de santé de la 9e région montre des lacunes regrettables dont les origines proviennent tant des acteurs de celui-ci que de ses évolutions dont certaines limites ont été évoquées auparavant. Il convient alors d'en dresser les traits et remèdes dont certains sont à l'origine du développement des formations spécifiques et des spécialités médicales. Ainsi, la mauvaise prise en charge des évacués doit être combattue, tout comme le risque d'épidémies parmi les troupes présentes dans la région et destinées au front. Et ceci ne peut se faire que par la lutte contre le sous-équipement de la région en matériel et en compétences médicales. Ce raisonnement, appliqué à la radiologie, doit permettre au système hospitalier de la 9e région d'être au niveau des défis chirurgicaux de ce conflit.

1) L'échec de la doctrine chirurgicale.

Le Service de Santé aux Armées est donc parti en guerre avec une doctrine conforme aux conceptions de l'État-Major. L'organisation qui en découle doit en théorie suivre l'avancée des troupes en relevant les soldats, en ne conservant que les cas critiques et en expédiant sur l'intérieur la plupart des malades et blessés[1]. On peut alors se demander quelles sont les conséquences de cette doctrine dans la 9e région militaire qui est, selon le plan d'avant-guerre, destinée à soigner ces soldats évacués massivement du front.

a) L'optimisme du Service de Santé à l'entrée en guerre.

Les craintes des observateurs des précédents conflits, tel Théodore Weiss, ont été dépassées par les réalités de cette guerre. Pourtant les autorités médicales militaires s'étaient montrées rassurantes au début du conflit, se basant sur les leçons tirées des précédentes guerres. Le 10 août 1914, le médecin inspecteur général Edmond Delorme fait une communication à l'Académie des Sciences, seule société qui poursuit ses travaux au début du conflit. Le but recherché est louable puisqu'il souhaite donner des conseils aux nombreux chirurgiens, notamment civils, confrontés pour la première fois à la chirurgie de guerre[2]. Sa communication diffusée auprès du corps médical[3] reflète la doctrine chirurgicale mise au point avant la guerre. Celle-ci correspond aux conceptions de l'État-Major pour ce qui est du rôle du Service de Santé.

---

des auteurs des rapports et des historiques n'étaient pas présents dans la région en 1914. Ainsi, il est difficile de faire un état des lieux de ce que pouvaient être les soins médicaux et particulièrement la chirurgie en 1914 dans la 9e région. Une des solutions serait de travailler à partir des registres et des bulletins modèle 46 conservés au S.A.M.H.A. à Limoges. Cela n'a pu être fait durant cette thèse face à la quantité d'informations conservée dans ces registres qui mériteraient des travaux plus approfondis. S.A.M.H.A. T 3377 à 3390. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registres des entrées (21 août 1914 – 2 mai 1919). À titre d'exemple, les registres des entrées de l'hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes de Tours, l'un des hôpitaux les plus actifs de la 9e région, contient 15 940 entrées dont 1 011 pour l'année 1914.

[1] VIET, Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 71-75.

[2] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 36. Ce discours a bénéficié d'un tirage important, 10 000 exemplaires ont été édités par l'Académie des Sciences et 16 000 par le ministère de la Guerre. Il faut ajouter à cela la reprise de ce discours dans les autres journaux scientifiques.

[3] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Blessures de guerre : conseils aux chirurgiens. Communication faite à l'Académie des Sciences le 10 août 1914.* Paris : Imprimerie Gauthier-Villars et Cie, 1914, 8 p.

Dès le début de celle-ci, il réaffirme que l'abstention de l'acte chirurgical au front doit être la norme et à plus forte raison pour les blessures par balles :

> « A [*sic*] l'heure actuelle, la chirurgie de guerre doit être conservatrice dans la grande majorité des cas, dans la presque totalité des blessures par les balles. » [1]

Cette position adoptée par le Service de Santé avant le conflit est, notamment pour les laparotomies, en contradiction avec la pratique civile. Puis, il résume l'attitude chirurgicale à avoir concernant les différentes blessures auxquelles le chirurgien peut avoir affaire : blessure par balle, par shrapnel, fracture des os, amputation, blessure des articulations, des nerfs, du crâne et du cerveau, du poumon et de l'abdomen. Tout en se voulant rassurant sur l'évolution des blessures, il émet quelques recommandations sur certaines susceptibles de provoquer l'engorgement des formations de l'avant. Ainsi, les blessures dues aux shrapnels ou à des balles ayant ricoché doivent être surveillées par leur tendance à suppurer et ce type de blessés ne doit subir que de courtes évacuations. De même, les soldats atteints de fractures ne doivent pas être évacués sur de longues distances sauf si cela est vraiment nécessaire. Dans ce cas, le transport doit se faire par étapes successives pour permettre la consolidation de la fracture et surveiller la suppuration. En outre, le blessé ne doit pas être évacué durant la période de consolidation de la fracture[2]. Le point le plus frappant de sa communication demeure le silence, hormis pour le shrapnel, sur les dégâts provoqués par l'artillerie et les éclats d'obus qui ne sont pas mentionnés. Alors que les premiers combats d'avant-garde débutent et que l'armée allemande déferle sur la Belgique tandis que l'armée française se masse à la frontière, cette communication risque d'aggraver la situation des blessés de ce conflit.

Le médecin Delorme n'est pas le seul à avoir eu une mauvaise analyse des blessures potentiellement subies lors de ce conflit. À son début, au plus haut degré de la 7e Direction et alors que les premiers combats ont débuté, il semble que l'on persiste dans la doctrine d'avant-guerre. Une note non datée mais signée du médecin inspecteur Troussaint, revient sur l'état des blessés hospitalisés dans la zone de l'intérieur[3]. Il réaffirme la doctrine d'avant-guerre et celle de ne pas toucher aux pansements des blessés. Sous couvert de vouloir protéger le blessé contre une contamination extérieure, le directeur du Service de Santé condamne celui-ci à être évacué avec son premier pansement. Un pansement qui recouvre une plaie souillée par la terre et des corps étrangers et où prolifèrent microbes et bactéries, vecteurs des pires infections telles la gangrène ou le tétanos.

---

[1] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général), (1914), *Blessures de guerre…, op. cit.* p. 1.
[2] *Ibidem, op. cit.* p. 5.
[3] A.N. C 7689. Note non datée et signée du directeur de la 7e Direction.

b) Le choc de la réalité du conflit.

La réalité est tout autre, même s'il faut se garder de passer d'un extrême à l'autre en dressant un tableau plus noir que ce qu'il a été. Les troupes françaises sont fauchées par l'artillerie allemande qui provoque des blessures graves et extrêmement septiques. L'état des blessés est aggravé par leur prise en charge. Ceux-ci sont parfois relevés sur le champ de bataille, quand cela est possible, plusieurs heures voire jours après avoir été blessés, favorisant l'infection. Les règles de la Convention de Genève ne sont pas respectées de part et d'autre et le personnel brancardier est la cible des tirs ennemis, l'obligeant à agir principalement la nuit. Les ambulances sont débordées par l'afflux de blessés que certains atteignent par leurs propres moyens. Celles-ci appliquent les règlements et ne conservent que les cas graves, souvent les mourants, et évacuent les autres. Leur action étant entravée par la retraite des troupes françaises, elles sont parfois forcées de se replier abandonnant sur place les blessés intransportables et une partie de leur personnel[1]. Après l'ambulance, vient l'hôpital d'origine d'étape ou H.O.E., dernier filtre avant l'évacuation vers l'intérieur, confronté aux mêmes difficultés.

Les blessés, dont le premier pansement a été fait sur le champ de bataille, au poste de secours ou à l'ambulance, et n'est toujours pas changé selon les ordres reçus[2], sont alors transportés dans des trains sanitaires. Il s'agit principalement de trains de voyageurs ou de marchandises aménagés, que l'on appelle trains semi-permanents. Au début de la guerre, le Service de Santé, pourtant impressionné par les évacuations sanitaires de l'armée russe en Mandchourie, ne possède que cinq trains réellement sanitaires[3]. Dans le pire des cas, les blessés sont transportés sur de la paille souillée par des déjections d'animaux, l'armée employant les mêmes trains tant pour les évacuations que pour le transport des troupes et des animaux, sans parfois avoir le temps de désinfecter les wagons. Ces derniers sont alors de véritables nids à infection. Le tétanos et la gangrène y prospèrent faisant des ravages parmi les blessés dont la surveillance durant le transport est compliquée par l'absence de circulation entre les wagons pour le personnel soignant. Dans ces conditions, celle-ci ne peut se faire que lors d'un arrêt du train sanitaire. On débarque alors les cas les plus graves, les morts et les mourants. Le pansement n'est toujours pas changé, sauf si un médecin, un infirmier ou une infirmière enfreint les instructions prescrivant de ne pas toucher à ceux-ci, malgré l'odeur de putréfaction et l'écoulement de pus. Avec un voyage qui dure plusieurs jours et après avoir parfois traversé le pays, le blessé atteint enfin sa destination dans un état parfois désespéré.

Seuls quelques rares témoignages rendent compte de ces premières évacuations à destination de la 9e région, principalement issus des représentants de l'État. Le préfet des Deux-Sèvres évoque le

[1] Ces blessés et ce personnel sont alors placés sous la protection de la Convention de Genève (Article 1 de la Convention internationale de Genève du 6 juillet 1906).
[2] A.N. C 7689. Note non datée du médecin inspecteur Troussaint. Elle date probablement du début de la guerre.
[3] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 239. S'ajoutent à ces trains, 115 trains improvisés et trente ordinaires.

bon état de santé des premiers évacués sur Niort, bien que fatigués[1]. Mais parfois ceux-ci arrivent dans un état grave. Le 2 septembre, il mentionne un convoi de cent blessés, « […] tous assez grièvement. »[2] De son côté, le sous-préfet de Saumur, rendant compte de l'arrivée d'un train sanitaire dans sa ville au préfet de Maine-et-Loire le 1er septembre 1914, évoque l'état critique de certains des évacués :

> « Plusieurs d'entr'eux [*sic*] sont très sérieusement blessés et leur état inspire des craintes aux docteurs. »[3]

À cet état parfois critique des évacués, s'ajoute leur nombre qui explique l'accroissement du système hospitalier de la région. Le préfet des Deux-Sèvres évoque une saturation des formations de la ville de Niort le 3 septembre, demandant l'arrêt des évacuations sur la ville[4]. Cependant celles-ci se poursuivent, le Service de Santé doit augmenter ses capacités et le préfet renouvelle sa demande d'arrêter temporairement l'évacuation des soldats sur Niort dont les capacités hospitalières sont « […] largement excédées. »[5]

Tout comme les stratèges de l'armée française, le Service de Santé a failli, se retrouvant sous le feu des critiques dès le début du conflit. Edmond Delorme revient en partie sur ses positions lors d'une séance de l'Académie des Sciences le 28 septembre. Il est satisfait de l'absence d'épidémies graves, du respect de l'attitude conservatrice pour les fractures compliquées des membres et du faible nombre de complications pour les blessures provoquées par les balles reçues de plein fouet. Il est cependant effrayé par l'importance des blessures dues à l'artillerie. Elle n'est pas à l'origine de seulement 5 % des blessures mais peut atteindre 100 % pour certains combats qui ne se font qu'à l'artillerie[6]. Le Service de Santé doit alors changer de doctrine et accroître ses moyens matériels pour prendre en charge au plus tôt et au plus près du front ces blessés :

> « *On avait jusqu'ici des raisons de reporter à l'arrière la chirurgie active ; les circonstances forcent à la concentrer en partie et résolument vers l'avant.*
>
> A situations nouvelles, dispositifs nouveaux ; le mécanisme doit être souple et se plier aux circonstances.
>
> J'y insiste : la désinfection très rapide des blessures produites par les projectiles d'artillerie, l'extraction des corps étrangers qu'ils laissent dans les plaies est nécessité impérieuse ; ces opérations doivent être hâtives ; la radiographie va étendre et déplacer en partie son rôle et ses ressources pour venir là en aide au chirurgien. »[7]

---

[1] A.N. F 7/12939. Rapport daté du 24 août 1914 du préfet des Deux-Sèvres au ministre de l'Intérieur.
[2] A.N. F 7/12939. Rapport daté du 2 septembre 1914 du préfet des Deux-Sèvres au ministre de l'Intérieur.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/13. Lettre datée du 1er septembre 1914 du sous-préfet de Saumur au préfet de Maine-et-Loire. Cependant, deux autres lettres mentionnent d'autres évacuations où le préfet fait état de cas généralement peu graves sauf pour quelques blessés.
[4] A.N. F 7/12939. Rapport daté du 3 septembre 1914 du préfet des Deux-Sèvres au ministre de l'Intérieur.
[5] A.N. F 7/12939. Rapport daté du 12 septembre 1914 du préfet des Deux-Sèvres au ministre de l'Intérieur. Il estime alors le nombre de soldats hospitalisés dans les formations de Niort à 2 000. 450 soldats ont été hospitalisés à la mairie.
[6] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre. Extrait des Comptes rendus de l'Académie des Sciences, séance du 28 septembre 1914*. Paris : Muthier-Villars, 1914, 12 p.
[7] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général), (1914), *Considérations générales…, op. cit.* p. 3.

Ces changements appelés par le médecin inspecteur général Delorme et souhaités par nombre de chirurgiens vont bénéficier de la stabilisation du front pour se mettre en place progressivement. Ce changement de doctrine va influer sur l'état des blessés évacués sur la 9e région où le Service de Santé doit régler certaines situations qui aggravent l'état des blessés.

2) Soigner les défauts et prévenir les difficultés.

L'échec de la doctrine chirurgicale ne relève pas de la responsabilité du Service de Santé de la 9e région mais ses conséquences se font sentir sur la prise en charge des soldats. Le Service de Santé de la région et ses alliés doivent eux aussi améliorer la prise en charge des évacués et pas uniquement pour pallier celle défectueuse des soldats de son homologue de l'avant. En effet, l'organisation hospitalière de la 9e région connaît aussi des dysfonctionnements qui doivent être réglés urgemment sous peine de nuire aux soins des soldats. Quant à la prévention des maladies épidémiques, il convient de montrer comment la 9e région y participe pour ne pas revivre le traumatisme de l'épidémie de variole de 1870.

a) Répartir les soldats dans les formations sanitaires selon les compétences thérapeutiques de ces dernières.

Entrant en action à la gare de répartition de Saint-Pierre-des-Corps où il constate la violence des combats sur les corps, le Service de Santé se rend parfois coupable d'erreurs qui détériorent l'état de santé des soldats évacués sur la région. En réalité, c'est tout le système hospitalier qui est concerné par des défaillances car des erreurs sont aussi commises dans les formations auxiliaires et bénévoles. L'une des plus graves est l'hospitalisation des malades et des blessés dans des conditions d'hygiène déplorables auxquelles s'ajoute l'incompétence d'une partie du personnel médical, comme cela semble s'être produit à Niort au début de la guerre au sein de l'hôpital complémentaire n°4[1]. En dehors de ce type de situation, les dysfonctionnements qui touchent le système hospitalier résultent principalement de son accroissement couplé aux évacuations massives sur l'intérieur.

L'un de ces dysfonctionnements que le Service de Santé se doit de régler rapidement est l'évacuation de soldats sur des formations hospitalières ne disposant pas des moyens adéquats pour les soigner. Ces erreurs d'aiguillage démontrent que le Service de Santé n'est parfois pas au courant des moyens et compétences thérapeutiques des formations sanitaires. C'est l'une des conséquences de l'accroissement rapide du système hospitalier, le Service de Santé cherchant principalement des lits et des formations, il ne vérifie pas les capacités thérapeutiques de ces dernières. À Beaufort-en-

[1] A.M. Niort. Guerre 1914-1918 (6). La source est un rapport anonyme et sans date. Dans celui-ci, on dénonce l'hygiène et les soins déplorables donnés aux soldats. On y critique aussi le médecin-chef accusé d'être incompétent et trop autoritaire.

Vallée, le sous-préfet de Baugé dévoile la situation critique de l'hôpital qui n'est pas équipé pour des opérations importantes à réaliser d'urgence comme l'amputation d'une jambe à cause d'une gangrène[1]. Quelques jours après, on évoque un soldat gravement blessé à la main par un éclat d'obus qui ne peut être opéré à l'hôpital pour les mêmes raisons[2]. Enfin, à l'hôpital de La Châtre ce dysfonctionnement porte sur l'examen d'un soldat pour des questions de manque de matériel ou de compétences médicales[3]. Ces mauvais aiguillages concernent aussi les formations de la Croix-Rouge qui sont parfois sous-équipées pour les soldats qui leurs sont envoyés, surtout pour les formations qui n'étaient pas prévues avant la guerre. Pour les formations qui ont réclamé des blessés au début de la guerre mais qui ne peuvent les soigner, cela pourrait prêter à sourire s'il n'y avait pas de conséquences dramatiques. Ainsi, le 5 octobre 1914 le délégué régional de la S.S.B.M. demande au directeur régional de faire évacuer un blessé de la formation sur l'hôpital militaire de Tours pour y recevoir des soins que l'hôpital auxiliaire n°18 n'est pas en mesure de lui donner[4].

Ces erreurs sont d'autant plus handicapantes qu'elles retardent les soins et ainsi le retour au front par les procédures d'évacuation qui nécessitent l'accord du directeur régional. En attendant cet accord, l'état des blessés risque d'empirer. Améliorer les procédures d'évacuation et le tri des soldats, dans un premier temps au front puis à la gare de répartition de Saint-Pierre-des-Corps, est donc nécessaire pour mieux prendre en charge les malades et les blessés. Une autre solution, moins contraignante administrativement, est d'envoyer temporairement un chirurgien dans les formations pour procéder à ces opérations, sous réserve qu'elles possèdent l'installation nécessaire. Cette solution est adoptée en cas d'urgence et probablement en cas d'impossibilité d'évacuer les blessés. Cela semble être le cas à l'hôpital civil de Beaufort-en-Vallée qui demande le 13 septembre un chirurgien « […] pour faire quelques opérations devenues nécessaires et urgentes. »[5]

Les demandes d'évacuation pour procéder aux soins ou aux examens nécessaires relèvent de plusieurs autorités dévoilant différents niveaux de contrôle. Tout d'abord et comme le montre l'exemple de l'hôpital de Beaufort-en-Vallée, elles sont adressées par les médecins ou les administrateurs des formations qui ne s'estiment pas compétents ou suffisamment équipés pour traiter certains malades ou blessés. Cela démontre que la volonté de soigner des soldats, même si elle a pu

---

[1] A.D.M&L. 1 R 5/5. Télégramme daté du 8 septembre 1914 du sous-préfet de Baugé au préfet de Maine-et-Loire.
[2] A.D.M&L. 7 Hs L 17. Lettre datée du 20 septembre 1914 du receveur-économe de l'hospice de Beaufort-en-Vallée au médecin en chef. Il s'agit peut-être du médecin-chef de la place de Saumur.
[3] A.D.I. H DEPOT 2/227. Copie d'une lettre datée du 13 décembre 1914 adressée au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire et au médecin-chef de la place de Châteauroux. L'auteur est probablement l'administrateur de l'hôpital.
[4] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 5 octobre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.M&L. 7 Hs L 17. Lettre datée du 13 septembre 1914 du receveur-économe de l'hospice de Beaufort-en-Vallée au médecin-chef (probablement le médecin-chef de la place de Saumur). Nous ne connaissons pas les suites de cette affaire mais celle-ci survient peu de temps avant l'évacuation évoquée plus haut. Il est alors probable que les blessés aient été évacués pour ces opérations.

connaître des dérives, ne se fait pas à n'importe quel prix. Les formations connaissent et acceptent leurs limites. Les autorités civiles que sont les maires, par ailleurs à la tête des hôpitaux civils, les préfets et les sous-préfets complètent ce système de contrôle civil qui se comprend dans la mesure où il est fait appel à des formations sanitaires civiles pour les soldats. Le corps préfectoral contrôle l'état des soldats évacués à leur arrivée dans les gares à l'image du sous-préfet de Saumur ou dans les formations sanitaires comme le sous-préfet de Baugé[1]. Les hôpitaux civils font aussi appel à eux pour appuyer les demandes d'évacuation[2].

Le Service de Santé est lui-même doté de moyens de contrôle avec les directeurs, leurs adjoints et les médecins en mission permanente dans les régions. Le contrôle des soins fait partie de leurs missions et eux aussi peuvent prononcer des évacuations dans le but de donner aux soldats les soins qu'ils estiment nécessaires. S'ajoutent des médecins en mission temporaire dans la région avec des prérogatives similaires. Le 2 septembre 1914 le directeur adjoint Barois[3] annonce l'arrivée dans la 9e région du chirurgien Delbet (1861 – 1957). Il a un rôle de consultant mais aussi de médecin traitant puisqu'il peut, en accord avec le médecin-chef et les médecins traitants de l'hôpital, opérer les blessés[4]. Le même jour, on annonce l'arrivée prochaine du professeur et sénateur Léon Labbé (1832 – 1916) en visite d'inspection dans des conditions similaires. D'autres médecins hauts gradés ou hautes autorités scientifiques mais aussi des hommes politiques inspectent par la suite les formations de la région, seuls ou en groupe[5]. Le 13 novembre, on annonce l'arrivée du médecin inspecteur général Delorme qui demande, pour les opérations qui ne sont pas urgentes, d'attendre son arrivée pour les pratiquer[6]. Afin d'améliorer le traitement des soldats, ces autorités militaires et scientifiques peuvent prononcer leur évacuation sur d'autres formations mieux équipées pour les soigner ou les examiner[7].

---

[1] A.D.M&L. 1 R 5/5. Télégramme daté du 8 septembre 1914 du sous-préfet de Baugé au préfet de Maine-et-Loire.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/5. Télégramme daté du 8 septembre 1914 du préfet de Maine-et-Loire au sous-préfet de Baugé.
[3] La fonction n'est créée que le 28 septembre 1914 mais le médecin principal de 1ère classe Barois sert au sein de la direction dès la mobilisation. Il fait partie des médecins rappelés auprès du directeur au début de la guerre pour leur apporter leur expérience de la région. Il est aussi probable qu'il ait assuré l'intérim jusqu'à l'arrivée du médecin inspecteur Landriau le 4 septembre 1914.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 170H datée du 2 septembre 1914 du directeur adjoint du Service de Santé de la 9e région. Cependant, afin de ménager les susceptibilités et d'éviter toute crise pouvant survenir suite à cette inspection, on précise que le chirurgien Delbet n'a pas le droit d'intervenir dans les questions de commandement ou d'administration des formations. En outre, annoncée à l'avance, l'arrivée de ce chirurgien permet aux formations de présenter des blessés que l'on ne sait comment traiter. L'effet « pervers » de cette annonce est que cela permet aussi de cacher le fonctionnement des services et les cas les plus graves de peur des critiques et des sanctions.
[5] On peut ainsi citer les visites de délégations de députés et bien évidemment celles du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire Justin Godart et de ses successeurs.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 907H datée du 13 novembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[7] A.D.I. H DEPOT 2/227. Copie d'une lettre datée du 13 décembre 1914 adressée au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire et au médecin-chef de la place de Châteauroux, probablement par l'administrateur de l'hôpital. Le médecin inspecteur général mentionné dans les ordres d'évacuation est très probablement le médecin inspecteur Delorme qui procède à plusieurs tournées d'inspection dans la région.

Un dernier dysfonctionnement que le Service de Santé de la 9e région se doit de régler concerne les évacuations de malades et de blessés insuffisamment guéris sur leur dépôt. Probablement en réaction aux critiques du Service de Santé sur la lenteur de certaines formations à évacuer leurs hospitalisés guéris, certaines sont tombées dans l'excès inverse. Or les dépôts de corps de troupe ne sont pas des lieux dans lesquels malades et blessés peuvent achever leur convalescence. Ce sont des endroits où les soldats s'entraînent pour retourner au front. Insuffisamment guéris, les soldats retardent leur retour à l'entraînement. Pire, certains sont potentiellement dangereux pour les soldats en instruction, comme ceux se remettant d'une maladie contagieuse. Ces derniers sont une des pires craintes du Service de Santé alors que dans le même temps la lutte contre les maladies contagieuses est renforcée par des campagnes massives de vaccination dans le but de protéger les troupes. En voulant trop bien faire, des formations sanitaires menacent alors les troupes en instruction ce qui est inadmissible pour l'armée. Le médecin inspecteur Landriau* intervient le 5 décembre 1914[1] en demandant d'évacuer ce type de malades ou de blessés sur les dépôts de convalescents ou de les envoyer, pour ceux qui ne sont pas contagieux, dans leur famille en prolongeant leur congé. La situation ne semble pas définitivement réglée puisqu'à la fin du mois de janvier 1915, la 7e Direction sous la pression de l'État-Major, intervient plus fermement en demandant l'ouverture d'enquêtes visant les formations fautives[2].

b) Gagner la lutte contre les maladies contagieuses.

Dans son intervention à l'Académie des Sciences, le médecin inspecteur Delorme se félicite du bon état de santé des troupes et de l'absence d'épidémies qui touchent habituellement les armées en campagne telles la dysenterie et la fièvre typhoïde[3]. Mais pour cette dernière, son affirmation n'est pas exacte car dans le même temps l'armée française est frappée par un début d'épidémie. D'août à la fin du mois d'octobre 1914, 18 867 soldats sont atteints puis 26 220 de novembre à décembre 1914[4]. La situation est préoccupante car la vaccination des troupes contre les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes n'en est qu'à ses débuts lorsque la guerre éclate et le risque de coulage des effectifs est bien réel. La loi Léon Labbé instituant la vaccination obligatoire des troupes n'est votée que le 28 mars 1914, elle est ensuite complétée par une instruction le 2 juin tant et si bien que seulement 125

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°5 523 H datée du 5 décembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il considère par ailleurs les blessés comme des « […] non-valeurs […] » pour l'armée. On peut alors s'interroger sur la volonté de récupération de ces blessés à cette période du conflit dont on envisage encore la fin prochaine.

[2] A.N. C 7689. Dépêche n°2 580 C/7 datée du 23 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction. Ce rappel intervient dans un rappel plus général concernant la sortie des malades et des blessés des formations sanitaires. La 7e Direction réclame un triage plus strict dans les hôpitaux-dépôts.

[3] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général), (1914), *Considérations générales…, op. cit.* p. 1.

[4] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 707. D'après le médecin inspecteur général Mignon, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes « […] ont donné un total de 127.052 cas, avec 12.139 décès, soit une morbidité de 1,6 % de l'effectif et une mortalité clinique de 9,5%. »

000 soldats de l'armée active sont vaccinés à l'entrée en guerre[1]. Le Service de Santé, sous l'impulsion du médecin inspecteur Hyacinthe Vincent (1862 – 1950), mène alors une campagne de vaccination massive des troupes au front et à l'intérieur. En cas d'échec cela peut être la fin de la guerre[2]. Si le front et l'intérieur sont frappés par cette épidémie, des différences sont à noter entre ces deux territoires. Ainsi, l'épidémie à l'intérieur est plus « […] automnale […] »[3] et sa propagation « […] est moins rapide et sa régression est plus précoce [...] » que celle du front. Quant à la variole qui avait durement frappé l'armée française lors du conflit de 1870[4], le Service de Santé a su protéger efficacement les soldats, aidé en cela par la vaccination antivariolique obligatoire décrétée en 1902[5].

Le Service de Santé de la 9e région militaire doit alors soigner les soldats atteints de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et vacciner les troupes en partance pour le front, soit les renforts pour le 9e corps d'armée ou bien pour d'autres corps dont les dépôts se sont repliés sur la région. Mission d'autant plus capitale que lors de la bataille de l'Yser en novembre 1914, les 9e et 20e corps d'armée sont particulièrement touchés[6] : la vaccination révèle alors toute son importance. La campagne de vaccination commence à la fin du mois d'août puis une nouvelle impulsion est donnée en octobre 1914 face à l'aggravation de l'épidémie. À cette occasion, on relance la vaccination antivariolique[7]. Dès lors, on ordonne de vacciner en priorité les troupes susceptibles de se rendre au front dans un délai proche. Sont visés prioritairement les engagés et les soldats de la classe 1914. Le directeur Landriau ordonne que chaque homme devant être envoyé au front soit vacciné[8]. Le Service de Santé maintient la pression sur les médecins[9] et l'accentue avec l'arrivée de la classe 1915 dans les dépôts[10]. Si ce n'est le ministère, c'est le général Dubois, commandant le 9e corps d'armée, qui se plaint auprès du général commandant la 9e région du fait que certains hommes ont été envoyés dans son corps

[1] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 66. LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 457-458. Le vaccin est mis au point en 1896 à la fois par Pfeiffer (1858 – 1945) et Kolle (1868 – 1935) d'un côté et par Wright (1861 – 1947), ce dernier fait adopter son vaccin par l'armée britannique. En France, la marine emploie le vaccin de Chantemesse (1851 – 1919) (vaccin chauffé), l'armée de terre celui du médecin inspecteur Hyacinthe Vincent mis au point en 1910 (vaccin stérilisé à l'éther). Il faut attendre les résultats des campagnes menées en Afrique du Nord pour l'étendre à tous les soldats. Un entérovaccin est aussi disponible pour les soldats pour qui l'emploi du vaccin de Vincent est contre-indiqué.
[2] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 67.
[3] *Ibidem.* Pour cette citation et la suivante.
[4] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 17.
[5] La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie de la personne ainsi que sa revaccination lors de sa onzième et vingt-et-unième année.
[6] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 68.
[7] A.N. C 7689. Dépêche n°11 530 C/7 datée du 17 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 394 H datée du 22 octobre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. A.N. C 7689. Dépêche n°12 054 C/7 datée du 22 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. On prescrit alors de vacciner en priorité ceux qui partent bientôt et de ne procéder qu'à deux injections espacées de huit ou neuf jours. Si le médecin le peut, une troisième injection est pratiquée huit jours après la seconde.
[9] Des sanctions peuvent être prononcées contre les médecins défaillants.
[10] A.N. C 7689. Instruction n°16 206 datée du 27 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

d'armée sans avoir été vaccinés. Le directeur Landriau rappelle alors les médecins à leurs obligations : vacciner tous les soldats et indiquer cette vaccination sur leur livret[1].

Pour mener à bien ces campagnes de vaccinations massives, le Service de Santé doit accroître ses outils de production de vaccins. Dans ce but, il développe les capacités de production du laboratoire central du Val-de-Grâce où le médecin inspecteur Hyacinthe Vincent fabrique son vaccin. L'Institut Pasteur est militarisé au début de la guerre et fabrique aussi du vaccin antityphoïdique mais selon la méthode de Wright[2]. Enfin, concernant la vaccination antivariolique, le Service de Santé réquisitionne l'Institut de Vaccine Animale situé rue Ballu à Paris pour les soldats tandis que les services civils continuent de se fournir auprès des autres instituts dont l'Institut Vaccinal de Tours. Afin de ne pas tomber en rupture de stock pendant la montée en puissance de la production, le Service de Santé rationne l'approvisionnement des vaccins. Les demandes sont centralisées au niveau des directions régionales qui s'attachent à connaître précisément les besoins et veillent à ce que les médecins-chefs ne constituent pas des réserves inutilement[3]. L'appel de la classe 1915 doit être anticipé pour ne pas ralentir sa vaccination et donc son envoi au front[4]. En outre, les envois de vaccins et de sérums se font à destination des directions régionales ou des médecins-chefs de place et non directement aux formations ou aux médecins en charge des dépôts, ceci dans le but de simplifier et de rationaliser les envois[5]. Avec cette organisation rigoureuse, le Service de Santé parvient à circonscrire puis éteindre l'épidémie de fièvre typhoïde. Les campagnes de vaccination se succèdent ensuite, écartant le risque que fait peser la fièvre typhoïde sur les effectifs de l'armée malgré les débuts tardifs de la campagne et une faiblesse initiale de la production de vaccins.

Dans le même temps, d'autres maladies et complications inquiètent le Service de Santé. Toujours dans son mémoire du 28 septembre, le médecin inspecteur général Delorme fait de la gangrène gazeuse et du tétanos les principales complications des blessures contre lesquelles les chirurgiens doivent concentrer leur lutte. Émile Roux (1853 – 1933), directeur de l'Institut Pasteur, assistant à la lecture du mémoire, intervient dans la discussion qui suit. Il rappelle que le sérum antitétanique ne guérit pas du tétanos mais n'assure qu'une protection de deux à trois semaines contre les toxines produites par le bacille de Koch et qui sont responsables du tétanos. Il demande à ce que

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°203 H datée du 11 janvier 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 340.
[3] C.D.M.S.S.A. 568. Dépêche n°3 813 H datée du 25 septembre 1914 et n°4 440 datée du 24 octobre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Les réserves en vaccins et en sérums ne doivent pas dépasser les besoins de huit à dix journées de vaccination.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°17 723 C/7 datée du 10 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°8 828 C/7 datée du 21 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

chaque blessé reçoive préventivement une injection de ce sérum et ceci, le plus tôt possible[1]. Le Service de Santé doit modifier son approche sur ce point et ainsi mener la lutte au plus près du front. Si ce traitement préventif doit surtout être fait là-bas, il faut aussi fournir les formations de l'intérieur en sérum antitétanique. Or, comme pour les vaccins et comme le souligne Émile Roux, les stocks ne sont pas suffisants[2]. Lorsque la guerre éclate, l'Institut Pasteur qui en a l'exclusivité de fabrication en France ne dispose que de 120 000 doses et n'en produit quotidiennement que 1 200[3]. En attendant l'augmentation de la production journalière 25 000 doses sont achetées aux États-Unis et le Service de Santé rationne les envois[4]. Il procède de la même façon que pour les vaccins antityphoïdiques. On demande par ailleurs de n'utiliser ce sérum qu'à titre préventif et non thérapeutique et avec discernement[5]. Cette façon de procéder met fin aux libéralités dont semblaient bénéficier certains hôpitaux auxiliaires concernant l'approvisionnement en sérum antitétanique[6]. Cependant, la lutte n'en est qu'à ses prémices, le monde médical est à la recherche de parades.

3) Faire pénétrer la radiologie dans la pratique médicale.

> « L'annexion de la radiologie aux services sanitaires de l'armée, qui commençait à poindre en 1914, est devenue si intime au cours de la campagne, que la radiologie et la chirurgie ont fini par se fondre dans l'expression synthétique de radio-chirurgie. » [7]

Ce constat tiré par le médecin inspecteur général Mignon dévoile l'une des révolutions du Service de Santé qui n'en est qu'à ses balbutiements au début de la guerre. La radiologie est appelée à jouer un rôle primordial dans une guerre où les combats sont dominés par l'artillerie et où les blessures par éclats d'obus, par shrapnel ou par balle sont prépondérantes. Or malgré la découverte des rayons X en 1895 par Röntgen (1845 – 1923) et ses applications immédiates en médecine, sa diffusion est très aléatoire et son emploi n'est pas systématique. Marie Curie (1867 – 1934) a toutes les peines du monde pour obtenir du ministère de la Guerre la mission de constituer des voitures radiologiques pour le front, les « petites Curies »[8]. La 9e région militaire ne fait pas exception à cette situation et la principale difficulté n'est pas d'équiper celle-ci en matériel radiologique, loin de là. Discipline

---

[1] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). « Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre ». *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, 1914, Tome 159, Séance du 5 octobre 1914, *op. cit.* p. 543-550 et p. 551-552 pour les observations d'Émile Roux à la communication.
[2] *Ibidem.*
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 341.
[4] *Ibidem, op. cit.* p. 342.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°10 688 C/7 datée du 9 octobre 1914 et n°14 910 C/7 datée du 17 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] A.D.M&L. 101 343. Lettre datée du 29 septembre 1914 de la directrice du personnel de la délégation du conseil central à Bordeaux. Le destinataire est inconnu. L'hôpital auxiliaire n°102 passait commande auprès de son délégué régional qui transmettait à la direction régionale du Service de Santé. Dans le même temps, l'hôpital transmettait des demandes à la délégation du conseil central qui a suivi le gouvernement à Bordeaux, court-circuitant le Service de Santé. Le 7 novembre 1914 on fait savoir qu'il faut désormais passer par le médecin-chef de la place d'Angers.
[7] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 679.
[8] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 127-128.

médicale récente, ses promoteurs se doivent rapidement de convaincre les médecins de son utilité et de les éduquer à faire appel au radiologue pour pouvoir lutter contre les blessures.

a) La mission Bouchacourt.

La mission d'équiper en matériel radiologique la 9e région militaire mais aussi de contrôler les installations radiologiques déjà existantes et nouvellement constituées est initialement confiée au centre de radiologie de la 18e région[1]. Pour appuyer cette mission de valorisation de la radiologie dans la pratique médicale une voiture radiologique est envoyée parcourir la région. Elle est dirigée par le médecin major de 2e classe Bouchacourt* auparavant affecté au centre de radiologie de Bordeaux et commence à fonctionner au début du mois de décembre 1914[2]. Afin de tirer tous les avantages de ce véhicule, son arrivée est annoncée par le médecin inspecteur Landriau à tous les médecins-chefs de place le 5 décembre :

> « J'ai l'honneur de vous informer que M. le Médecin Major BOUCHACOURT est arrivé dans la 9 éme [*sic*] région, envoyé en mission pour se rendre dans les divers hopitaux [*sic*] avec son installation de radiographie automobile.
>
> Vous voudrez bien ma [*sic*] signaler les hopitaux [*sic*] de votre place ou de votre Secteur dans lesquels sa présence peut étre [*sic*] nécessaire. » [3]

Cependant, le docteur Bouchacourt ne limite pas sa mission à apporter son aide à la demande des médecins et des chirurgiens. Il conçoit celle-ci dans le cadre de la circulaire du 17 octobre 1914 et dresse l'état des lieux de la radiologie et de la chirurgie dans la 9e région. Pour ce faire, il s'appuie sur son expérience acquise avant-guerre puisqu'il est spécialiste en radiologie.

D'après les termes de la dépêche précédemment citée, l'appel aux services du docteur Bouchacourt n'est pas obligatoire pour les formations dépourvues d'équipements radiologiques, sauf sur injonction d'un médecin en tournée d'inspection. Les médecins et chirurgiens traitants ont donc carte blanche. Or, même si les rayons X sont connus depuis près de vingt ans, leur utilisation systématique pour le diagnostic n'est pas encore entrée dans les mœurs médicales. Une faute due tant à l'insuffisance des équipements radiologiques en France qu'aux connaissances du personnel médical particulièrement variables selon les régions. On devine alors le danger de cette absence d'obligation d'examen radiologique pour les blessés : celui de ne pas donner toutes les informations nécessaires à leurs soins et le risque de voir leur état s'aggraver. Durant sa mission de trois mois[4], le docteur

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°14 687 C/7 datée du 15 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] S.H.D. Dossier 6 Ye 5 430 BOUCHACOURT Léon, François, Émile. À Bordeaux, le docteur Bouchacourt commande la voiture radiologique n°1. Dans la 9e région militaire, il commande la voiture radiologique n°10. Une voiture radiologique n°14 a aussi été en service dans la 9e région militaire jusqu'en juillet 1915 mais nous ne savons pas à partir de quand elle a commencé son activité.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n° 5 490 H datée du 5 décembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] S.H.D. Dossier 6 Ye 5 430 BOUCHACOURT Léon, François, Émile. Le 1er mars 1915, il est nommé à la tête du centre de physiothérapie de la 4e région militaire (Le Mans).

Bouchacourt concentre tous ses efforts à améliorer les équipements radiologiques de la 9e région et à éduquer le personnel médical aux avantages de la radiologie. Le bilan qu'il tire de sa mission est peu flatteur pour la région. Dans son dernier rapport, il critique son organisation radiologique et son personnel médical, appelant à de profonds changements :

> « Au moment de quitter cette region [*sic*] d'un particularisme choquant, surtout en temps de guerre, je peux dire que j'ai joué ici le rôle d'un commis-voyageur, proposant partout sa marchandise, obligé de faire longuement le boniment pour en vanter les avantages, et n'arrivant pas toujours à convaincre ses auditeurs, malgré la gratuité de son intervention, gratuité qui a paru extraordinaire à beaucoup de Croix-Rouge. » [1]

Ces changements interviennent peu de temps après mais la tâche est rude comme le montre les rapports du docteur Bouchacourt.

b) La radiologie dans la 9e région militaire : un « […] particularisme choquant […] » [2].

De cette mission de trois mois nous avons retrouvé trois rapports du docteur Bouchacourt dont le premier rapport et celui concluant sa mission. Dans son premier rapport, il fait un état des lieux du matériel radiologique des villes qu'il a visitées[3]. Le bilan est particulièrement terrible. La qualité du matériel radiologique et les compétences du personnel l'utilisant sont extrêmement variables et ce ne sont pas les plus grands centres qui ont forcément les meilleures installations, loin de là.

Parmi les villes visitées, certaines n'ont soit aucune installation radiologique soit un équipement de qualité médiocre. C'est le cas à Chinon où le docteur Bouchacourt pratique des examens radiologiques dès le 5 décembre, il installe alors son matériel à l'hôpital auxiliaire n°12. La ville ne dispose d'aucune installation radiologique et pour développer les radiographies le docteur Bouchacourt utilise la chambre noire d'un particulier[4]. Le matériel est particulièrement médiocre dans les endroits où l'on s'y attend le moins, soit à Poitiers et à Tours, importantes villes de la région possédant chacune une école de médecine. À l'hôpital mixte de Poitiers, le laboratoire de radiologie date de 1899 et le docteur Bouchacourt juge certains équipements vétustes, renvoyant aux débuts de la discipline[5]. À Tours, l'installation radiologique du laboratoire de physique de l'école de médecine, bien que pouvant être utilisée selon son directeur le docteur Wolff*, subit les mêmes critiques. Les hôpitaux temporaires récemment organisés dans ces villes ne sont pas forcément mieux dotés, lorsqu'ils le sont, parfois en réquisitionnant les installations civiles comme à Saumur[6]. Ainsi,

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 7 mars 1915.
[2] *Ibidem.*
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 17 décembre 1914. Durant cette première mission du 5 au 15 décembre 1914, il n'a installé sa voiture radiologique que dans les départements de la Vienne et de l'Indre-et-Loire. Les autres départements sont donc exclus de son analyse, dont la ville d'Angers qui est l'un des principaux centres d'hospitalisation de la région.
[4] *Ibidem*.
[5] *Ibid.*
[6] A.M. Saumur. 5H11. Note de service de la place de Saumur datée du 6 septembre 1914. Le Service de Santé réquisitionne le matériel radiologique des docteurs Gandar et Petit.

l'installation d'un hôpital complémentaire de Poitiers est aussi jugée vétuste voire « […] ridicule […] »[1] pour certains équipements. Pire pour le docteur Bouchacourt, à cela s'ajoute la gabegie puisque le Service de Santé fournit du matériel récent à ces formations, un matériel impossible à utiliser dans ces conditions. Il plaide alors pour l'amélioration rapide de ces installations afin qu'elles puissent rendre tous les services nécessaires.

La ville de Tours concentre toutes les critiques, les installations radiologiques y sont « […] aussi nombreuses que variées, sauf cependant là où elles devraient être. »[2] Pour cette ville de garnison, chef-lieu de la 9e région militaire, l'absence d'une installation radiologique à l'hôpital mixte est incompréhensible et inacceptable. Cependant la situation est quelque peu complexe. Une installation a existé à la fin du XIXe siècle, entièrement financée par le docteur Wolff qui a dû la fermer en 1902 n'ayant pas les moyens de procéder aux réparations. La commission administrative, bien que profitant de celle-ci, refuse de payer. L'absence d'installation résulterait du refus, par souci d'économie du directeur-économe de l'hôpital, d'acheter le matériel malgré les requêtes répétées du personnel médical. Ce dernier utilise alors des installations privées mais doit lourdement insister pour que la commission administrative accepte de payer l'examen. La situation semble se décanter peu avant la guerre, un concours pour le poste de radiologue de l'hôpital étant prévu en octobre 1914[3]. Pour le radiologue Bouchacourt, la situation est inacceptable, il appelle même à blâmer publiquement la commission administrative pour « […] sa coupable negligence [*sic*]. »[4]

À cette absence d'équipements radiologiques corrects s'ajoute la mauvaise gestion du personnel compétent. Car lorsque l'installation radiologique est satisfaisante, elle est parfois rendue inutilisable suite au départ du personnel en charge de celle-ci avant la guerre. C'est le cas à Parthenay où l'installation du docteur Chambard, mobilisé dans l'Est, est prêtée par sa femme à l'hôpital complémentaire n°9. Cette installation honorable est utilisée par un personnel qui n'a pas les compétences nécessaires pour l'exploiter correctement. Le docteur Bouchacourt demande alors le retour du docteur Chambard à Parthenay, afin d'utiliser au mieux son installation, surtout que ce médecin est aussi chirurgien[5]. Cette situation se répète à Niort avec le cas déjà évoqué du docteur

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 17 décembre 1914.
[2] *Ibidem.*
[3] *Ibid.* Un historique de l'installation radiographique de l'hospice général de Tours est annexé au rapport. Il date probablement de décembre 1914 et son auteur semble être le docteur Ruthon. La situation semble être encore plus complexe car le directeur-économe s'oppose au radiologue, le docteur Ruthon, qui procède aux examens pour les malades et blessés de l'hospice général. Le directeur-économe souhaite placer au poste de radiologue de l'hôpital un de ses protégés et pour ce faire, il choisit de faire passer le concours de 1914 à Orléans et non à Tours. Mais ce choix résulte du fait que l'hospice d'Orléans dispose d'une installation radiologique et que les candidats doivent procéder à des examens pour leur épreuve.
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.*

Edmond Jousselin[1], à Poitiers où les meilleures installations de la ville sont quasiment inexploitées, et à Tours[2]. La mauvaise utilisation des compétences des radiologues rend quasiment inutilisables les installations radiologiques, un constat partagé par le médecin inspecteur Landriau[3].

La présence d'installations correctement équipées et de personnel compétent ne donne pas forcément les meilleurs résultats, la faute là encore à un mauvais emploi du personnel. Les installations de Châtellerault trouvent grâce aux yeux du docteur Bouchacourt dans son rapport. La première est l'installation de la Manufacture d'Armes créée dans les années 1900 et au matériel récent, et surtout l'installation de l'hôpital mixte de la ville créée en 1913 qu'il considère comme « […] la plus belle de toute la 9e région. »[4] Ces deux installations sont sous la direction du médecin aide-major de 1ère classe Brun, médecin civil de l'hôpital de la ville qui dirige l'installation radiologique[5]. Cependant, ces installations ne sont pas suffisamment exploitées car ce médecin ne peut se consacrer entièrement à la radiologie étant aussi affecté à la Manufacture d'Armes ainsi qu'à un dépôt de régiment. Pour le docteur Bouchacourt, le potentiel radio-chirurgical de la ville, où un chirurgien de carrière est affecté, est sous-utilisé par le Service de Santé. Il appuie la demande du docteur Brun de n'être affecté qu'à la radiologie et souhaite que plus de blessés soient soignés dans cette ville qui dispose de tous les atouts en radiologie et en chirurgie.

Enfin, si le Service de Santé ne possède pas d'installation radiologique dans une ville, il peut faire appel, souvent contre rétribution, comme les hôpitaux auxiliaires et bénévoles, au concours d'installations privées, une méthode employée avant la guerre. À Tours, le docteur Bouchacourt dénombre quatre installations appartenant à des médecins mais deux ne sont quasiment pas utilisées[6]. Les deux autres installations sont celles des docteurs Ruthon et Menuet*, ce dernier est agréé comme radiologue pour les blessés militaires du 9e corps d'armée depuis novembre 1913. Tout comme le docteur Ruthon, il possède une bonne installation radiologique ainsi que des équipements en électrothérapie et en mécanothérapie. Radiologue de l'hôpital auxiliaire n°2, il reçoit dans son cabinet des blessés provenant d'une trentaine de formations de la région et selon le docteur Bouchacourt, se fait rétribuer 5 francs l'examen radiographique et 2 francs l'examen radioscopique. Son activité semble très importante puisque depuis le début du conflit, il aurait pratiqué environ un millier

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique du sous-centre de physiothérapie de la place de Niort par le médecin major de 2e classe Jousselin et daté du mois de septembre 1916.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 17 décembre 1914. Les installations de la clinique Saint-Gatien et de l'asile Gatien de Clocheville sont mal exploitées suite à l'absence d'un personnel compétent.
[3] *Ibidem.*
[4] *Ibid.*
[5] A.D.V. 1X21. Extrait du registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice de Châtellerault. Séance du 4 septembre 1914.
[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 17 décembre 1914. Il s'agit de celle du docteur Mathé, mobilisé à Tours, qui est une installation transportable et de celle de la doctoresse Morel qui a arrêté de faire de la radiologie suite à une radiodermite (une brûlure de la peau due aux rayons X).

d'examens radioscopiques et environ 600 radiographies. Afin d'améliorer ces rendements en radiologie, mais aussi en mécanothérapie et électrothérapie, le docteur Bouchacourt demande de le mobiliser sur place pour qu'il se consacre exclusivement aux militaires et de lui adjoindre, ainsi qu'au docteur Ruthon, deux ou trois infirmiers compétents.

Cependant, l'amélioration des conditions matérielles, qui est toujours d'actualité lorsque le docteur Bouchacourt termine sa mission en mars 1915, ainsi qu'une meilleure utilisation des compétences ne suffisent pas à améliorer l'emploi de la radiologie. Il faut faire œuvre de pédagogie auprès des médecins et des chirurgiens de la région pour que l'appel aux services de la radiologie soit systématique.

c) Éduquer les médecins à la radiologie.

Le docteur Bouchacourt doit convaincre les médecins de l'importance de la radiologie dans les soins des soldats car bien qu'ils y soient invités par le directeur régional, ils ne font quasiment jamais appel à lui. Le directeur régional doit alors réitérer ses ordres le 29 janvier 1915 révélant la situation chirurgicale de la 9e région[1]. Pratiquement deux mois après le début de sa mission, la radiologie est encore sous-utilisée. Pire, l'ignorance de son importance dans les traitements chirurgicaux tourne parfois à l'ignorance volontaire, par méfiance ou par manque de connaissances thérapeutiques. En outre, le docteur Bouchacourt a parfois des difficultés avec certains de ses collègues. La diffusion de la radiologie dans les pratiques médicales des médecins est certainement la partie la plus difficile de sa mission.

Les difficultés commencent dès l'arrivée du docteur dans une ville. Sa première tâche consiste à s'installer dans une formation de cette ville, puis non pas à attendre les soldats à examiner mais à trouver les médecins en charge des soins des militaires. Le premier jour de sa mission, il se rend à Chinon et s'installe à l'hôpital auxiliaire n°12 où personne n'a été prévenu de son arrivée[2]. L'administrateur s'inquiète même de sa présence ne sachant si elle est réglementaire[3]. Cette première tâche ne pose aucune difficulté au docteur Bouchacourt, outre peut-être celle de froisser certaines susceptibilités. Il en est autrement pour ce qui est de rencontrer les médecins. Arrivé à l'hôpital auxiliaire n°12, il n'en trouve aucun. Il décide alors de se rendre à leur domicile mais ne trouve que le docteur Tourlet de l'hôpital auxiliaire n°12. Il arrive tout de même à prévenir les médecins de la ville de sa présence et pratique des examens mais uniquement pour les blessés de l'hôpital auxiliaire

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°665 H datée du 29 janvier 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] Ce qui s'explique probablement par le fait que l'annonce de sa mission soit faite le même jour.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 6 décembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de la S.S.B.M. de Chinon. Le délégué régional le rassure en lui expliquant qu'il a agi correctement en laissant le docteur Bouchacourt s'installer.

n°12. En effet, le docteur Foucher, par ailleurs maire et député de la ville, à la tête de l'hôpital mixte, lui fait savoir qu'aucun de ses blessés n'a besoin de ces examens. On touche ainsi à l'une des limites de la mission du docteur Bouchacourt : il est tributaire du bon vouloir des autres médecins d'où le rappel à l'ordre du 29 janvier 1915.

Ces médecins n'agissent pas uniquement ainsi par méconnaissance de l'apport de la radiologie dans les traitements et la chirurgie moderne, mais aussi pour éviter d'être jugés. En effet, les examens radiologiques faits par un spécialiste sont à même de montrer si les blessés sont correctement soignés. Le docteur Bouchacourt rencontre ce type de médecin, comme à Loudun où par ailleurs un autre médecin de la ville, le docteur Lemesle, fait appel à ses services. Se rendant à l'hôpital auxiliaire n°15 pour offrir ses services, il se voit dire par le médecin-chef que les blessés sont en bonne voie de guérison et qu'ils n'ont pas besoin d'examens radiologiques. Insistant tout de même auprès du médecin, il obtient de lui qu'il lui envoie des blessés et se rend compte que ces blessés sont mal soignés :

> « Contrairement à ce qui m'avait été annoncé par Mr le Dr Delaroche [le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°15], j'estime que les blessés de la Croix Rouge de Loudun avaient été très mal soignés <u>au point de vue chirurgical</u> […] »[1]

Les raisons de ces mauvais traitements sont simples pour lui, de mauvais équipements et de mauvaises compétences, le docteur Delaroche lui aurait dit qu'il « […] avait fait de son mieux, mais qu'il n'était pas chirurgien. » Pour lui la solution est simple, évacuer ces blessés vers des hôpitaux mieux dotés en matériel et en médecins compétents, ce que tente de faire le Service de Santé. Le docteur Bouchacourt n'est donc pas seulement un expert en radiologie au service des médecins, il est vu par certains de ces derniers comme un juge de leurs compétences, un « […] mouchard du gouvernement […] ». Ceci a un effet pervers : cacher les cas les plus graves alors même qu'ils nécessitent les meilleurs soins[2].

Dans ses critiques, le docteur Bouchacourt vise particulièrement les formations des petits centres d'hospitalisation qui ne demandent qu'exceptionnellement ses services[3]. On touche là aussi une limite du système hospitalier de la 9e région. L'extension quantitative des formations et des lits s'est parfois faite au détriment de la qualité des soins, en confiant les malades et les blessés à un personnel peu qualifié. Le jugement du docteur Bouchacourt est partagé par le directeur régional à la fin de l'année 1914, pour qui une partie du personnel médical de la région n'est pas aux faits des derniers progrès médicaux :

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 17 décembre 1914. Pour cette citation et la suivante.
[2] *Ibidem.*
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 7 mars 1915.

> « Dans les formations de Chinon, Loudun, Thouars, Amboise, Langeais, Bourgueil, centres peu importants, ses épreuves [radiographies] ont révélé la présence de nombreux corps étrangers avec complications de nature diverse. Nombre de médecins de ces hôpitaux ont déclaré qu'ils étaient peu familiarisés avec les progrès de la chirurgie moderne et le traitement des blessures de guerre en particulier. »[1]

Bien que la méconnaissance de la chirurgie de guerre par les médecins civils soit compréhensible, celle des dernières avancées médicales est plus difficile à justifier et montre toute l'étendue de la mission qui attend le Service de Santé pour améliorer la situation. Cependant, il faut signaler que parmi les formations citées, certaines font appel aux services du docteur Bouchacourt. Ainsi le 27 février 1915, l'hôpital auxiliaire n°12 demande sa venue pour certains de ses blessés[2].

Parmi les solutions proposées et déjà évoquées, celle du docteur Bouchacourt est des plus intéressantes : la création d'équipages automobiles chirurgicaux qui suivraient l'équipage radiologique. Cette proposition montre que même si les médecins lui présentent des soldats nécessitant un examen radiologique, celui-ci est rendu inutile s'il n'est pas suivi des soins nécessaires[3]. Il dénonce aussi les chirurgiens qui multiplient les examens radiologiques pour un même blessé pensant accroître leurs chances d'extraire des corps étrangers sans passer à l'action. Grâce aux équipages chirurgicaux automobiles qui suivraient les équipages radiologiques, on apporterait les compétences et le matériel dans toute la région. Ceci permettrait de renvoyer rapidement à l'armée les blessés qui peuplent les hôpitaux[4]. Cette idée n'est pas nouvelle car dès 1912, un prototype d'ambulance chirurgicale automobile (A.C.A.) – ou autochir – a été testé lors des manœuvres du Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris[5]. Puis en novembre 1914, le chirurgien Marcille (1871 – 1941) teste son modèle d'autochir en Artois[6]. Son autochir est modifiée par le chirurgien Gosset (1872 – 1944) qui emploie avec succès cette structure dans la Marne au début de l'année 1915[7]. Cependant, c'est une autre solution qui va être adoptée dans la 9e région et dans les autres régions : les secteurs chirurgicaux.

B) Combattre sur un autre front : la protection de la santé publique.

La mobilisation d'une grande partie du personnel médical se fait immédiatement sentir sur le système de santé civil qui est alors affaibli. Les autorités civiles et militaires doivent intervenir

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Avis du médecin inspecteur Landriau sur les deux rapports du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 28 décembre 1914.
[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 27 février 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 7 mars 1915.
[4] *Ibidem.*
[5] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 136-137.
[6] *Ibidem, op. cit.* p. 139.
[7] *Ibid, op. cit.* p. 141-150. L'autochir du type Gosset est par la suite perfectionnée et ces structures vont être largement employée au front ce qui permet une meilleure prise en charge des blessés.

rapidement pour protéger la population civile et par conséquent les troupes en garnison dans la région ainsi que les soldats en traitement. D'autant que la population civile s'accroît de populations « fragiles » que sont les réfugiés des zones envahies ou des zones de combats, une situation qui n'a pas été prévue par les plans militaires. À ces afflux s'ajoute la réduction du système médical civil qui est amputé d'une partie de ses structures de soins suite à l'organisation de formations pour soigner les militaires. Enfin, la prolongation du conflit voit arriver l'hiver, période d'épidémies. Par conséquent, les risques de contamination des militaires par les populations civiles, et réciproquement, augmentent. Dans le cas d'une guerre courte, qui plus est qui commence durant l'été, période sans grande épidémie, cet affaiblissement passager aurait été supportable. Le déroulement du conflit en décide autrement. Le Service de Santé et les autorités civiles en charge de la protection sanitaire de la population doivent collaborer pour éviter une catastrophe sanitaire potentiellement fatale à l'effort de guerre. Une collaboration qui n'est pas inconnue avant la guerre, mais que les conditions obligent à renforcer. Sur ce front de l'intérieur, c'est une lutte menée par les autorités militaires et civiles qui s'engagent pour poursuivre la guerre contre l'Allemagne.

1) L'affaiblissement de la couverture médicale civile.

L'une des premières causes de cet affaiblissement est la mobilisation du personnel médical civil appelé à servir aux armées ou bien à l'intérieur. La prolongation de la mobilisation de ce personnel oblige le Service de Santé et les autorités civiles à trouver des solutions pour éviter la désertification médicale de certains territoires et la surcharge de travail pour un personnel pas toujours apte à y répondre.

a) La raréfaction du personnel civil.

La crainte de manquer de médecins inquiète rapidement les autorités civiles qui cherchent à connaître l'impact de la mobilisation de ces derniers. Le préfet de l'Indre mène une enquête auprès des maires du département au milieu du mois d'août 1914 pour recenser les médecins encore présents dans le département. Sur les soixante-trois communes dont on a retrouvé la réponse à cette demande[1], dix-neuf ne possédaient pas de médecins avant la guerre. Sur les quatre-vingt-onze médecins répertoriés, plus de la moitié, cinquante, ont été mobilisés tandis que quarante-et-un sont restés dans leur commune[2]. La situation est inquiétante car suite à la mobilisation, seize communes n'ont plus de médecins et vingt plus qu'un seul. Celui-ci n'est parfois plus en état d'exercer, ou alors difficilement. La mobilisation appelant les plus jeunes, les populations doivent parfois se reposer sur des médecins

[1] Ces réponses consistent en des télégrammes adressés par les maires au préfet de l'Indre. La ville de Châteauroux n'est pas comprise dans ces réponses, soit que la réponse a été perdue, soit qu'elle a été transmise différemment par la mairie.
[2] Voir le volume 4 p. 830 pour les résultats de l'enquête.

âgés. À Vicq-sur-Nahon, l'unique médecin de la commune est « […] un Vieillard [*sic*] alité ne pouvant plus exercer. »[1]

Les services médicaux s'en trouvent alors déstabilisés, affaiblissant la protection de la santé publique. À Niort, le préfet des Deux-Sèvres s'inquiète de la situation auprès du maire de la ville. Le départ d'une partie des médecins du département provoque une répartition inégale de ceux-ci et « […] le service médical peut n'être pas suffisamment assuré dans des circonscriptions étendues, comme Niort. »[2] Il demande au maire de prendre, de concert avec le corps médical, les mesures nécessaires. Un médecin niortais renseigne le maire sur la situation des médecins de la ville le 7 août : il apparaît que les médecins restés à Niort sont surchargés de travail suite au départ de leurs confrères. Les conditions de leur travail ne sont pas optimales puisqu'ils doivent s'occuper d'une clientèle plus importante et plus dispersée alors qu'ils ne disposent pas tous de moyens de transport rapide. Le docteur Petit possède une voiture mais pas de chauffeur, il s'occupe du service de chirurgie à l'hôpital mixte de Niort ainsi que de « […] tout le service médical et chirurgical de l'hôpital militaire, où pour l'instant il est seul. »[3] Par ailleurs, le docteur Petit possède une clientèle privée à Niort et dans sa banlieue tout en s'occupant d'une partie de la clientèle de certains confrères mobilisés. En réalité, ce qui inquiète le plus l'auteur de cette lettre c'est l'absence de moyens de transport :

> « Le service médical de la ville pourra donc être assuré tout juste par mes confrères privés pour la plupart de moyens complets de transport et empêchés, par ce fait, de pouvoir circuler dans la banlieue. »[4]

La situation ne s'améliore pas avec le temps, la baisse du nombre de médecins se fait sentir, surtout dans les campagnes où certaines en deviennent dépourvues. L'adjoint au maire de La Meignanne, près d'Angers, fait état de la situation médicale de sa ville au préfet de Maine-et-Loire le 11 novembre 1914. Celle-ci n'est pas brillante car depuis la mobilisation, l'unique médecin de la ville a été mobilisé et le plus proche médecin en dehors d'Angers est à douze kilomètres. L'arrivée de l'hiver l'inquiète car les maladies y sont plus nombreuses d'autant que la commune accueille des réfugiés dont des vieillards et des enfants[5]. Cette absence de médecins connaît parfois des suites tragiques comme à Saint-Clément-de-la-Place[6].

Cette désertification médicale touche aussi les pharmaciens avec les mêmes conséquences pour la couverture médicale de la population civile. L'inquiétude gagne là aussi les autorités civiles comme le préfet de l'Indre qui renouvèle son enquête, cette fois au sujet des pharmacies. Le sous-

---

[1] A.D.I. R 895. Télégramme daté du 8 août 1914 du maire de Vicq-sur-Nahon au préfet de l'Indre.
[2] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hygiène (8). Lettre datée du 6 août 1914 du préfet des Deux-Sèvres au maire de Niort.
[3] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hygiène (8). Lettre datée du 7 août 1914 adressée au maire de Niort et d'auteur inconnu.
[4] *Ibidem.*
[5] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 11 novembre 1914 de l'adjoint au maire de La Meignanne au préfet de Maine-et-Loire.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 23 décembre 1914 du maire de Saint-Clément-de-la-Place au préfet de Maine-et-Loire.

préfet de La Châtre lui répond le 17 août 1914, faisant état d'une situation contrastée[1]. Le service des pharmacies demeure satisfaisant dans les cantons de La Châtre, Neuvy-Saint-Sépulchre et Sainte-Sévère-sur-Indre. Dans le canton d'Éguzon et malgré le départ du seul pharmacien de la ville, le sous-préfet n'estime pas la situation dangereuse sauf épidémie, la population se fournissant à Argenton-sur-Creuse. Pour le canton d'Aigurande, il est plus réservé car sur les quatre pharmaciens de cette ville, deux sont déjà partis, un troisième doit prochainement être mobilisé et le dernier, appartenant au service auxiliaire, peut tout de même être appelé.

b) Une charge de travail accrue par les soins des soldats.

Le Service de Santé doit réagir s'il ne veut pas s'aliéner la population civile en étant accusé de la sacrifier au profit des militaires, surtout qu'il est aussi la cause de la surcharge de travail d'une partie du personnel qui soigne les soldats. En effet, certains médecins ont aussi un poste au sein d'un hôpital temporaire ce qui accroît leur travail. À Niort, le docteur Roulland qui ne possède pas de voiture, cumule un service médical à l'hôpital mixte de Niort avec un service à l'hôpital auxiliaire n°9 de cette ville[2], tout en possédant une clientèle privée. Dans ce cas, la charge supplémentaire est due à la participation du médecin à une formation auxiliaire, une participation non obligatoire mais qu'il a acceptée. Cette situation s'apparente à celle des médecins exerçant à l'hôpital public et dans une clinique privée tout en ayant une clientèle privée avant la guerre, mais avec un nombre beaucoup plus important de malades et de blessés.

Si les médecins de Niort chargés d'un service dans une formation auxiliaire acceptent l'augmentation de la charge de travail qui en est le corollaire, dans d'autres villes, ces médecins se montrent plus critiques à l'égard du Service de Santé. À Saumur, ils l'accusent d'accroître leur travail par l'ouverture de nouvelles formations au préjudice des soins des civils et des militaires dont ils ont la charge. Les médecins de l'hôpital auxiliaire n°6 envoient une pétition au Service de Santé le 17 août 1914 réclamant l'ouverture de nouvelles formations dans la ville uniquement si elles sont pourvues d'un personnel médical disponible[3]. S'étant engagés pour une formation de soixante-dix lits, celle-ci est passée à 130 lits. En outre, de nombreuses formations ont été ouvertes et il semble que le Service de Santé ait fait appel aux médecins de la ville pour soigner les militaires qui y sont hospitalisés. Mais très rapidement, les limites sont franchies et l'on demande au Service de Santé d'assumer ses actes :

[1] A.D.I. R 895. Lettre datée du 17 août 1914 du sous-préfet de La Châtre au préfet de l'Indre.
[2] L'auteur de la lettre évoque l'ambulance de la Société de Secours aux Blessés.
[3] A.M. Saumur. 5 H 11. Pétition datée du 17 août 1914 de médecins de Saumur et adressée à l'autorité militaire.

« Considérant que les médecins soussignés ont à faire état des autres malades de la ville et des environs,

Considérant que les forces ont une limite;

Considérant qu'ils ne pourraient ,sans [*sic*] préjudice pour les hospitalisés, assurer les soins à donner dans les autres formations sanitaires offertes ou projetées;

Demandent instamment à l'autorité militaire de n'ouvrir ces nouvelles formations sanitaires qu'en y assurant les soins par des médecins disponibles. »[1]

c) Un système civil à la recherche de personnel.

L'une des solutions pour éviter que la population civile ne vienne menacer les effectifs de l'armée par un manque de personnel médical du système de santé civil est évidemment de lui fournir ce personnel. Cependant, il faut préciser que tous les médecins et pharmaciens ne sont pas appelés par l'armée au début de la guerre et comme pour les autres mobilisés, ils le sont progressivement. En outre, leurs obligations militaires sont identiques aux autres mobilisés, les médecins et pharmaciens âgés de quarante-huit ans et plus, ayant ainsi terminé leur temps militaire, ne sont pas appelés au début de la guerre. De même, ne sont pas encore appelés ceux qui ont été réformés et ceux classés dans le service auxiliaire. La situation n'est pas catastrophique et l'on est prêt à s'en accommoder temporairement. Pour rassurer la population, la mairie de Tours fait publier dans la presse la liste des médecins encore présents dans la ville, qui est ensuite complétée[2].

Pour amortir l'impact de la mobilisation de ce personnel médical, les autorités civiles tentent de conserver ou tout au moins de différer le départ de ce personnel, surtout s'il occupe des fonctions importantes dans le dispositif sanitaire. Le maire de Tours souhaite obtenir le soutien du préfet d'Indre-et-Loire pour conserver le docteur Chevé*. Celui-ci est le directeur du service d'hygiène de la ville, un service important en cette période[3], mais la démarche n'aboutit pas[4]. Le 2 août 1914, la commission administrative de l'hôpital de Saumur demande le maintien à l'hôpital de l'un de ses deux chirurgiens, l'autre devant quitter la ville. Celui qui reste, le docteur Férouelle, n'a pas encore d'affectation[5]. Dans ce cas, la manœuvre aboutit temporairement car celui-ci quitte la ville en avril 1915[6]. À ces demandes pour des cas individuels s'ajoutent des demandes groupées, montrant une

[1] A.M. Saumur. 5 H 11. Pétition datée du 17 août 1914 de médecins de Saumur et adressée à l'autorité militaire.
[2] A.D.I&L. 2019PERU103. *Journal d'Indre-et-Loire*. Journal du 26 août 1914.
[3] A.M. Tours. 2 D 164. Lettre datée du 10 août 1914 du maire de Tours au préfet d'Indre-et-Loire. Il doit rejoindre le 71e régiment territorial d'infanterie à Angers le treizième jour de la mobilisation soit le 14 août 1914.
[4] S.H.D. 5 Ye 145 694 CHEVÉ Marie, Louis, Fernand. Il rejoint le 71e régiment territorial d'infanterie à Angers le 15 août 1914.
[5] A.M. Saumur. 245 W 27. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Saumur. Séance du 2 août 1914.
[6] A.M. Saumur. 245 W 27. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Saumur. Séance du 21 avril 1915.

approche plus globale sur cette question et l'inquiétude du gouvernement. C'est d'autant plus le cas avec le décret du 14 août 1914 qui a trait aux mesures exceptionnelles d'hygiène et de prophylaxie pour lutter contre les maladies épidémiques[1]. Ainsi le 21 septembre, le préfet de l'Indre transmet au commandant de la 9e région militaire, le seul habilité en dehors du ministre à sursoir ou modifier les affectations pour sa région, la liste des pharmaciens absolument indispensables pour la population et qu'il convient de conserver[2]. Mais l'absence d'archives ne nous permet pas de connaître les suites de cette requête.

L'autre moyen d'amortir l'impact de cette mobilisation est de récupérer le personnel mobilisé. L'armée essaie de satisfaire les demandes mais ses règles de fonctionnement et les besoins du Service de Santé ne le permettent pas toujours. Le maire de Reuilly demande l'appui du préfet de l'Indre le 16 août 1914 pour obtenir le retour du seul pharmacien de la ville affecté à l'ambulance n°1 du 9e corps d'armée. Cette demande est transmise au commandant de la 9e région qui n'y donne pas suite. Le pharmacien étant parti au front, il n'a pas le pouvoir de le rappeler[3]. Même pour des personnes mobilisées dans la 9e région, voire dans le département, ces retours sont parfois impossibles. Le 7 février 1915, le directeur régional du Service de Santé doit refuser le retour d'un médecin de Saint-Benoît-du-Sault affecté à Issoudun car sa présence y est indispensable. À la fin du mois d'octobre 1914, le maire de la Membrolle demande non pas le retour du médecin de la ville mais son affectation à Angers pour qu'il puisse, sur son temps libre, s'occuper de la population de la Membrolle et des communes environnantes. C'est aussi un refus[4].

Les autorités civiles n'ont alors d'autre choix que de réclamer ce personnel sanitaire au Service de Santé. Se basant sur des instructions du ministre de l'Intérieur, le préfet de l'Indre saisit le directeur régional le 3 septembre 1914 pour lui réclamer des médecins pour trois villes de son département[5]. La situation est d'autant plus urgente que le département s'apprête à recevoir de nouveaux évacués des régions envahies et des zones de combat. Remplacer des médecins civils par des médecins mobilisés n'est pas irrégulier. Cela est même envisagé comme un palliatif au départ des médecins par une circulaire du 22 août qui autorise les médecins mobilisés sur place à s'occuper

[1] A.D.V. 5 M 403-404. Décret du 14 août 1914 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 21 septembre 1914 du préfet de l'Indre au commandant de la 9e région militaire.
[3] A.D.I. R 895. Lettre datée du 20 août 1914 du général de division Menétrez, commandant la 9e région militaire, au préfet de l'Indre. Par la suite, un pharmacien retraité reprend du service. Mais trop âgé et de santé fragile, il ne peut assurer tout le service et le maire de Reuilly demande, à la fin de l'année 1915, le retour du pharmacien de la ville.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 30 octobre 1914 du maire de La Membrolle au préfet de Maine-et-Loire.
[5] A.D.I. R 895. Brouillon d'une lettre datée du 3 septembre 1914 du préfet de l'Indre au médecin principal de 1ère classe Lepage. Les communes sont Clion, Vatan et Saint-Benoît-du-Sault.

d'une clientèle civile[1]. De cette manière à Tours, le chirurgien Guillaume-Louis, bien qu'affecté aux salles militaires de l'hôpital mixte de Tours le 6 août, continue de s'occuper des blessés civils[2].

Autre solution : les maires désemparés peuvent faire appel à une ressource fournie par la guerre elle-même à savoir les réfugiés français ou belges et le personnel étranger. Le 9 janvier 1915, le maire de Saint-Benoît-du-Sault où il n'y a plus de médecins, demande au préfet s'il est possible d'en trouver un parmi les réfugiés[3]. Si l'emploi de médecins réfugiés français ne pose pas de problème, à condition qu'ils soient en règle avec leur situation militaire, il n'en est pas de même pour les médecins belges car l'exercice de la médecine en France est régi par la loi du 30 novembre 1892[4]. Les règles sont assouplies par le ministre de l'Intérieur le 14 novembre 1914 afin de venir en aide aux populations civiles se trouvant dans une situation médicale précaire[5]. Après une enquête concernant les titres et l'identité de la personne, le préfet peut autoriser celle-ci à exercer. Cette mesure est étendue aux chirurgiens dentistes et aux pharmaciens le 19 février 1915[6]. Un système de recrutement de médecins belges se met alors en place au niveau national, piloté semble-t-il par la Faculté de Médecine de Paris[7]. C'est une véritable bourse du travail médical qui se crée où, pour attirer les praticiens belges, chaque ville donne les caractéristiques des populations à soigner et les honoraires espérés[8].

2) Une organisation médicale civile affaiblie par la mobilisation.

Au départ des médecins et des pharmaciens, affaiblissant la couverture médicale de la population et aggravant ainsi la menace sur la santé publique, s'ajoute une diminution des capacités hospitalières civiles de la région. Dans ce cas aussi le Service de Santé est en partie responsable suite à la mise en place de son organisation et à son extension. Ce facteur étant aggravé par l'arrivée de populations précaires qu'il faut surveiller. Les autorités civiles doivent là aussi trouver des solutions sans être certaines d'obtenir un soutien du Service de Santé à la recherche de lits pour ses soldats.

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°5 797 C/7 datée du 22 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] Il est sur la liste des médecins restés à Tours diffusée par la mairie et est chirurgien à l'asile Gatien de Clocheville.
[3] A.D.I. R 895. Lettre datée du 9 janvier 1914 du maire de Saint-Benoît-du-Sault au préfet de l'Indre. Il obtient un médecin belge suite à sa démarche.
[4] SALOMÉ, Albert. *Le médecin et la loi. Étude juridique sur la condition du médecin en droit français*. Thèse de doctorat de droit, Université de Paris, A. Rousseau, 1898, 350 p. Article 1 de la loi du 30 novembre 1892 : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat […]. »
[5] A.D.I. R 895. Circulaire datée du 14 novembre 1914 du ministre de l'Intérieur.
[6] A.D.I. R 895. Circulaire datée du 19 février 1915 du ministre de l'Intérieur.
[7] A.D.M&L, 10 R 5/70. Lettre datée du 12 décembre 1914 du docteur Colinet au maire d'Angers.
[8] A.D.M&L, 10 R 5/70. Minute d'une lettre datée du 15 février 1915 du préfet de Maine-et-Loire au docteur Colinet. On mentionne le nombre de personnes à soigner, le nombre de communes à desservir et s'il faut un véhicule. On donne aussi les prix des locations, les honoraires des médecins partis, etc.

a) Le système médical civil de plus en plus à l'étroit.

À cette mobilisation du personnel médical s'ajoute celle des salles des hôpitaux civils afin de mettre en place le système d'hospitalisation des militaires conduisant à l'affaiblissement du système médical civil. Au début de la guerre cela ne pose guère de problèmes aux commissions administratives de louer des lits civils aux militaires en outrepassant parfois les accords en vigueur, la période estivale n'étant pas une grande période d'hospitalisation. L'attitude de ces commissions et des pouvoirs civils change à mesure que la guerre s'allonge et que l'hiver et ses épidémies approchent. La commission administrative de l'hôpital mixte de Tours qui a fourni des lits en supplément de ceux prévus par la convention, réclame leur restitution le 9 novembre 1914 pour faire face à la période hivernale et à ses épidémies[1]. Mais loin d'expulser les militaires hospitalisés dans ces lits supplémentaires, elle demande un retour progressif de ceux-ci au fur et à mesure de la libération des lits. La période n'est pas propice à la restitution des lits et la commission le sait. Elle laisse ainsi au Service de Santé la possibilité de les conserver si aucune maladie épidémique ne vient frapper la population même si cela lui apparaît peu probable.

La situation devient critique pour l'hospitalisation des contagieux civils. Le docteur Jablonski* évoque la difficulté de disposer de locaux pour ces derniers suite à l'organisation de formations sanitaires pour les militaires dans la Vienne. Le 20 août, le préfet lui transmet l'ordre du ministre de l'Intérieur de tenir prêts des locaux d'isolement pour les contagieux dans les hôpitaux et en cas d'absence de ceux-ci, d'en créer. Or, pour le docteur Jablonski cela est quasiment impossible, du fait notamment de l'armée et ceci au détriment de ses propres intérêts :

> « […] car si une épidémie de variole ou de typhoïde éclatait actuellement dans la population civile du département (et à Poitiers, chez les émigrants), l'armée elle-même qui a accaparé tous les locaux disponibles, sans s'inquiéter du service sanitaire civil, se trouverait en grand danger. »[2]

La situation s'aggrave durant l'hiver 1914-1915 comme le montre le rapport du docteur Jablonski en date du 11 février 1915[3]. Poitiers et son arrondissement, qui comptent 124 365 habitants, ne disposent que de vingt lits pour les contagieux civils, pouvant éventuellement être augmentés d'une quinzaine de lits. Pire, pour les arrondissements de Châtellerault, 62 274 habitants, Montmorillon, 60 260 habitants, Loudun, 34 427 habitants et Civray, 47 934 habitants, il n'y a aucun lit pour les contagieux

[1] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 9 novembre 1914.
[2] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'un rapport adressé au préfet de la Vienne sur l'organisation de services pour contagieux civils dans le département par le docteur Jablonski et daté du 25 août 1914.
[3] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'un rapport adressé au préfet de la Vienne par le docteur Jablonski et daté du 11 février 1915.

civils. Le docteur Jablonski en appelle alors à l'intervention du préfet et du ministre de l'Intérieur pour améliorer la situation[1].

D'autant que les services de protection de la santé publique n'échappent pas à cette désorganisation, le départ d'un personnel spécialisé pénalisant leurs actions. Le laboratoire d'analyse bactériologique de la Vienne doit fermer ses portes suite au départ de son chef et personne à Poitiers ne peut le remplacer[2]. Ceci pénalise l'action des services d'hygiène qui ne peuvent recueillir l'ensemble des renseignements nécessaires à leurs actions comme la source des contaminations. Pour pallier l'absence de cet outil indispensable dans la lutte contre les épidémies, on envisage à la fin de l'année d'envoyer les échantillons à analyser au laboratoire de bactériologie du pharmacien David Barnsby*, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire, ou bien au laboratoire de bactériologie militaire de Tours, solution adoptée en 1915[3]. À Châteauroux, le préfet de l'Indre s'inquiète du départ du docteur Berton*, directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville, suite à sa mobilisation, désorganisant ce service chargé notamment de la désinfection des locaux[4]. Au départ des chefs de service s'ajoute celui du personnel d'exécution, comme les chefs des postes de désinfection chargés des désinfections ordonnées par les médecins.

b) L'accroissement des populations à risque.

La situation s'aggrave de l'augmentation de populations précaires dans les différentes villes faisant peser un risque sur la santé de la population principalement par de mauvaises conditions d'hébergement. C'est ce qui inquiète le préfet de l'Indre alors que dans le même temps les médecins quittent le département :

> « Un assez grand nombre d'étrangers y sont déjà concentrés [dans l'Indre] par l'autorité militaire. D'autres doivent arriver très prochainement puisque nous devons prévoir pour Châteauroux seul un effectif de 4.000 individus. Le séjour de ces individus nécessite l'organisation d'un service sanitaire rigoureux et spécial que le nombre restreint des médecins disponibles ne permet pas d'assurer. »[5]

Les émigrés et réfugiés constituent une population précaire à surveiller et à Poitiers, ils sont cantonnés dans différents locaux réquisitionnés au début de la guerre comme le pensionnat de l'Assomption qui

[1] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'un rapport adressé au préfet de la Vienne par le docteur Jablonski et daté du 11 février 1915.
[2] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 10 octobre 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne.
[3] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une réponse datée du 25 décembre 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne. Copie d'un rapport adressé au préfet de la Vienne par le docteur Jablonski et daté du 6 juillet 1915.
[4] A.D.I. R 895. Lettre datée du 12 août 1914 du préfet de l'Indre au général commandant la 9e région militaire et au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] *Ibidem.* Les étrangers concernés sont des ressortissants allemands et austro-hongrois qui par la suite sont internés à Bitray dans l'Indre.

est prévu pour 250 personnes[1]. Or, ce cantonnement ne se fait pas forcément dans les meilleures conditions d'hygiène favorisant l'apparition de maladies, ce qui inquiète le docteur Jablonski. Le 10 août 1914, il dénonce au préfet les mauvaises conditions d'hygiènes ainsi que le manque de soins et d'objets pour nettoyer les locaux[2].

Autre facteur de risque pour la population, l'augmentation des troupes en cantonnement ou bien hospitalisées dans la région. Le directeur du bureau d'hygiène de la ville d'Angers s'inquiète de l'installation prochaine dans la ville de trois hôpitaux de l'armée anglaise dont les troupes sont selon lui, des porteuses chroniques « […] de germes typhiques particulièrement virulents […] »[3]. Il redoute particulièrement les troupes provenant d'Inde qui pourraient être porteuses de « […] terribles maladies tropicales. »[4] Le docteur Jablonski dénonce l'hygiène de certains cantonnements qui sont une menace pour la population civile. Une menace qui serait facilement évitable si l'armée ne cantonnait pas ses troupes dans des villes notoirement connues pour être régulièrement touchées par des maladies contagieuses, comme à Auxances où la fièvre typhoïde est endémique[5]. Cela n'empêche pas l'armée d'y cantonner le 4e régiment de dragons conduisant à l'apparition d'une épidémie de fièvre typhoïde en septembre 1914[6]. Les soldats français doivent être protégés même dans les régions éloignées, là où ils devraient être en sécurité. Le Service de Santé doit rapidement trouver des solutions pour ne pas perdre cette bataille.

3) L'alliance des civils et des militaires contre les maladies épidémiques.

Pour lutter contre les maladies épidémiques qui se déclareraient dans la population civile, protéger celle-ci et son homologue militaire, le Service de Santé et les autorités civiles n'ont pas d'autre choix que de collaborer. Mais dans ce domaine, le Service de Santé n'improvise pas, il bénéficie du système de surveillance et de lutte contre les maladies épidémiques institué par la loi de 1902. De cette loi découle une collaboration entre les autorités civiles et militaires que la guerre oblige à intensifier, une initiative principalement civile.

---

[1] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Entrée dans le journal datée du 3 août 1914.
[2] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 10 août 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne.
[3] A.M. Angers. 2 H 78. Lettre datée du 10 septembre 1914 du directeur du Bureau d'Hygiène de la ville d'Angers au maire de la ville.
[4] *Ibidem.*
[5] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 20 septembre 1914 du médecin-chef de la place de Poitiers au maire de la ville.
[6] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 22 septembre 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne.

a) Une collaboration renforcée par l'état de guerre.

Cette collaboration a été formalisée par la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, instituant notamment un conseil d'hygiène départemental dans lequel siège un représentant du Service de Santé[1]. En outre, les médecins militaires sont tenus de signaler aux autorités militaires et civiles les maladies visées par le décret du 10 février 1903[2] et ainsi de prendre toutes les mesures de prophylaxie et de désinfection nécessaires. Quant aux maires, ils sont tenus d'informer les autorités militaires des maladies épidémiques qui seraient survenues dans leur ville, surtout s'il s'agit d'une ville de garnison ou de cantonnement temporaire. Dans ce cas, c'est aux autorités civiles de prendre les mesures prophylactiques nécessaires et de procéder aux désinfections par le service de désinfection municipal ou départemental. Dès avant la guerre, les autorités civiles et militaires collaborent donc dans un système dont chacun perçoit l'intérêt pour les populations civiles et militaires.

La guerre et la mobilisation générale affaiblissent ce système de protection poussant le gouvernement à prendre très rapidement des mesures pour lutter contre les maladies infectieuses en ces heures critiques :

> « Considérant qu'en temps de guerre la plupart des médecins qui sont les protecteurs ordinaires de la santé publique, sont appelés au service militaire, en même temps qu'un grand nombre des membres des bureaux d'hygiène des assemblées sanitaires ou des services publics de prophylaxie ;
>
> Considérant que, d'autre part, le grand mouvement des populations mobilisées expose à la dissémination des maladies infectieuses et qu'il y a lieu de prendre en conséquence, avec le concours de l'autorité militaire, les mesures exceptionnelles d'hygiène et de prophylaxie que comportent les circonstances ; […] »[3]

C'est dans ce contexte que le gouvernement prend le décret du 14 août 1914 édictant les « […] mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses. »[4]

Ce nouveau système de protection et de lutte contre les maladies épidémiques ne remplace pas les anciennes organisations qui subsistent bien que diminuées par le départ de leur personnel[5]. Il

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 535-538 (Notice n°36).

[2] *Ibidem*. Le décret du 10 février 1903 désigne les maladies auxquelles s'appliquent les articles 4, 5 et 7 de la loi du 15 février 1902. Les maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires sont : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la suette miliaire, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé et la méningite cérébro-spinale épidémique. Les maladies pour lesquelles la déclaration est facultative sont : la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la grippe, la pneumonie et la broncho-pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, la lèpre, la teigne, la conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

[3] A.D.V. 5 M 403-404. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Recueil des actes administratifs, Préfecture de la Manche*, 1914, n°9, p 249-256. Décret du Président de la République Française du 14 août 1914 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.

[4] *Ibidem.*

[5] Ces organisations sont issues de la loi du 15 février 1902 ou ont été réformées par celle-ci. Il s'agit du conseil départemental d'hygiène, des commissions sanitaires, des services des épidémies et des bureaux municipaux d'hygiène.

les renforce en dotant les départements de médecins civils chargés de lutter contre les épidémies. Et dans certains cas, les titulaires de ces fonctions ont un rôle dans les autres organisations prophylactiques. Les départements sont divisés en circonscriptions sanitaires avec à leur tête un médecin civil qui en est le délégué. Pour les communes ayant un bureau municipal d'hygiène, son directeur devient le délégué de la circonscription. Il lutte contre les maladies en ordonnant les désinfections[1], l'isolement des contagieux et la recherche des porteurs sains et des convalescents afin de les isoler[2]. En outre, il doit veiller au respect des règlements municipaux d'hygiène des villes de sa circonscription. Cependant, pour agir le plus efficacement possible, il doit être averti des cas de maladie contagieuse[3] au sein de la population de sa circonscription et ceci le plus tôt possible. Cette déclaration doit être faite par les médecins, les chefs de familles ou les logeurs auprès de la mairie qui transmet ensuite au sous-préfet ou au préfet, ainsi qu'au délégué pour qu'il puisse agir rapidement. Ce dernier peut aussi agir de lui-même s'il prend connaissance d'un cas non déclaré. Il rend compte au délégué départemental, à la tête de cette organisation, de ses enquêtes, de ses remarques, des mesures prises et des « […] incidents sanitaires importants […] »[4]. Celui-ci s'assure du bon fonctionnement de ce système, donnant des instructions aux délégués de circonscription et pouvant les suppléer au besoin. En outre, il collabore avec ses homologues des départements limitrophes pour améliorer la lutte contre les maladies épidémiques. Il rend compte au préfet de l'état sanitaire du département, ce dernier est d'ailleurs tenu au courant par les sous-préfets et les maires qui peuvent directement faire appel à lui.

Comme cela était le cas avant la guerre, les autorités militaires collaborent avec les autorités civiles dans la surveillance et la lutte contre les maladies épidémiques. L'armée laisse aux civils qui connaissent mieux le département, les zones à risque et les ressources en personnel, le soin de mener cette mission en appuyant leurs actions. Ainsi pour faire appliquer les mesures arrêtées à des maires ou des personnes récalcitrantes, ces délégués peuvent demander l'aide de l'armée. Ce procédé, qui s'appuie sur l'état de siège, est conseillé par le ministre de l'Intérieur dans la circulaire d'application de ce décret adressée aux préfets le 22 août 1914 :

> « Le devoir des autorités civiles ne saurait être arrêté par aucune autre considération que celle de l'intérêt supérieur en jeu ; l'autorité militaire, par les pouvoirs en quelque sorte illimités dont elle dispose, sera prête à la seconder, au besoin à s'y substituer. »[5]

---

[1] Celles-ci sont faites par ses propres soins, le service de désinfection municipal ou départemental.
[2] Les maladies concernées sont : la diphtérie, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale et la dysenterie.
[3] Les maladies à déclaration obligatoire sont : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la diphtérie, la suette miliaire, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés et la méningite cérébro-spinale.
[4] A.D.V. 5 M 403-404. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Recueil des actes administratifs, Préfecture de la Manche,* 1914, n°9, p 249-256. Décret du Président de la République Française du 14 août 1914 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.
[5] *Ibidem.*

Cependant, il ne faut pas y voir une mainmise des militaires sur la lutte contre les maladies épidémiques, ni plus généralement celle de l'armée sur le pays suite à l'instauration de l'état de siège. En effet, même si elle a d'importants pouvoirs grâce à l'état de siège, elle collabore avec les autorités civiles plus qu'elle ne s'impose à elles, comme le préconise une instruction d'octobre 1913[1]. Ainsi, la collaboration mise en place bien avant la guerre se poursuit durant celle-ci. Elle est facilitée par le retour à la direction de la 9e région du général Ménétrez* qui a dirigé le 9e corps d'armée peu de temps avant la guerre et qui connaît la région et les autorités civiles.

La mise en place de cette nouvelle organisation est compliquée par le départ des médecins mobilisés mais à l'image du département de la Vienne, elle est rapidement effective par l'emploi de personnes ayant des postes dans des organisations similaires. Le 28 août 1914, le préfet de la Vienne définit l'organisation retenue pour le département qui est découpé en douze circonscriptions. Le lendemain, la liste des médecins retenus aux différents postes est arrêtée, le docteur Jablonski est nommé délégué départemental centralisant ainsi tous les moyens de lutte contre les épidémies. Dans le même temps, certains médecins des épidémies encore présents sont nommés délégués de circonscription comme le docteur Lesguillon à Châtellerault et le docteur Périvier à Civray[2]. Ce nouveau système ne fait que renforcer les précédentes organisations de prophylaxie et de lutte contre les maladies épidémiques qui sont aussi réorganisées suite à la mobilisation de certains titulaires, comme celle de la vaccination de la Vienne[3].

b) Une lutte active pour contrôler les épidémies.

Le passage à l'état de guerre est dans l'ensemble correctement géré par les autorités militaires et civiles qui peuvent se féliciter des mesures prises avant le conflit. Il n'y a pas de discontinuité dans la lutte contre les maladies épidémiques ainsi que dans la collaboration avec l'autorité militaire. Lorsque le médecin principal de 1ère classe Lepage, qui prend la tête de la direction régionale du Service de Santé à la mobilisation, demande le 9 août au préfet de la Vienne d'être régulièrement et rapidement tenu au courant des maladies épidémiques se déclarant dans le département, le docteur Jablonski lui répond que cela ne lui pose aucun problème puisqu'il agit ainsi depuis de nombreuses années[4]. Par ailleurs, le même jour il rappelle aux médecins des épidémies et aux délégués des circonscriptions sanitaires de se conformer à la loi du 15 février 1902, notamment pour la déclaration

[1] RENOUVIN, Pierre. *Les formes de gouvernement de guerre*. Paris : P.U.F., 1925, 185 p.
[2] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie de l'arrêté du préfet de la Vienne daté du 28 août 1914.
[3] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre du datée 20 août 1914 du préfet de la Vienne. Le destinataire est inconnu mais il s'agit probablement du docteur Jablonski.
[4] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 12 août 1914 du docteur Jablonski au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

des maladies épidémiques, et demande au préfet de relayer ce rappel aux sous-préfets. Le docteur Jablonski parfait cette prophylaxie en lançant, le 14 août, un appel à la population de la Vienne afin qu'elle fasse acte de patriotisme en adoptant un bon comportement hygiénique. Cet appel est par la suite publié dans les journaux du département[1].

La collaboration entre les autorités civiles et militaires revêt différentes formes, parfois dans la continuité de ce qui a été fait avant-guerre. Ainsi, les services départementaux et municipaux d'hygiène procèdent à des désinfections pour le compte du Service de Santé. À Poitiers, on met à la disposition de l'hôpital complémentaire n°21 les 14 et 15 août, des étuves et le personnel nécessaire[2]. Les services civils sont aussi sollicités pour désinfecter les trains sanitaires[3], dont le ministre de la Guerre demande le retour au front le plus rapidement possible[4]. Cette collaboration concerne aussi les hôpitaux auxiliaires qui font appel aux services de désinfections civils pour les locaux ou le matériel, comme l'hôpital auxiliaire n°16 à Loches[5]. Les services civils n'hésitent pas à menacer les maires et les populations récalcitrantes de faire appel aux pouvoirs de l'armée. Le sous-préfet de Châtellerault demande au maire d'Ouzilly de prendre des mesures pour lutter contre la situation sanitaire de sa ville jugée « […] des plus défectueuses […] »[6], menaçant d'aviser les autorités militaires en cas de refus.

Cette collaboration peut connaître quelques frictions. À Niort, le maire demande le 20 septembre 1914 des explications au sujet des mesures de désinfection prises par le Service de Santé concernant des cas de fièvre scarlatine au sein du 31e dragon et au sujet de possibles contaminations de troupes stationnées dans une école[7]. Bien que le médecin-chef de la place de Niort rassure le maire, ce dernier devient méfiant. Lorsqu'on lui annonce de nouveaux cas de fièvre scarlatine ainsi que la désinfection des locaux contaminés, il demande alors à un médecin de vérifier les mesures prises. Cette suspicion est aussi nourrie par sa volonté de récupérer les écoles rapidement[8]. Cependant, outre ces exemples ainsi que quelques désaccords concernant l'évaluation de situations sanitaires des

[1] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une note rédigée par le docteur Jablonski le 14 août 1914 à l'attention des journaux de Poitiers.
[2] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 12 août 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne.
[3] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une note datée du 20 octobre 1914 du médecin-chef de la place de Poitiers au docteur Jablonski.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Copie de la dépêche n°3 730H datée du 22 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.I&L. 2 Z 103. Lettre datée du 15 août 1914 du vice-président du comité de la S.S.B.M. de Loches. Le destinataire est probablement l'inspecteur départemental des services d'hygiène publique d'Indre-et-Loire, le pharmacien David Barnsby.
[6] A.D.V. 5 M 309. Lettre datée du 28 octobre 1914 du sous-préfet de Châtellerault au maire d'Ouzilly.
[7] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hygiène (8). Copie d'une lettre datée du 20 septembre 1914 du maire de Niort au médecin major de 1ère classe Guichemerre, médecin-chef de la place de Niort.
[8] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hygiène (8). Lettre datée du 3 octobre 1914 du médecin major de 1ère classe Guichemerre, médecin-chef de la place de Niort, au maire de Niort.

populations civiles et militaires ou le paiement des désinfections, la collaboration entre militaires et civils ne souffre pas de grandes difficultés.

Des dispositions spéciales sont prises pour lutter contre deux maladies épidémiques particulièrement craintes par les autorités militaires ainsi que par la population civile : la variole et la fièvre typhoïde. Pour cette dernière, le Service de Santé accélère la vaccination des troupes. De leur côté, les délégués de circonscription doivent prendre des mesures afin de protéger l'eau, le lait et les aliments pour limiter les contaminations, tout en conseillant la vaccination antityphoïdique[1]. Cependant, chez les autorités sanitaires civiles, c'est la variole qui est la plus redoutée. Le décret du 14 août 1914 préconise l'isolement des malades et ordonne des revaccinations « […] d'urgence et d'autorité […] »[2] faites par le délégué de circonscription si des cas sont avérés. En cas de refus de vaccination, ce dernier peut faire appel au préfet et surtout à l'armée pour isoler le malade. Si de telles mesures sont prescrites pour cette maladie, c'est qu'elle inquiète vraiment les autorités civiles. Certes, la vaccination antivariolique est obligatoire depuis la loi du 15 février 1902 mais la crainte d'un retour de cette maladie reste très présente. Le docteur Jablonski demande dès le 12 août 1914 au préfet de la Vienne de prescrire des mesures pour revacciner la population afin de prévenir « […] le retour d'une épidémie de variole comme en 1870. »[3] Dès le 14 août 1914, le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique demande aux préfets d'organiser une campagne de vaccination antivariolique de la population. Ce même jour, le docteur Jablonski fait savoir à la population, par voie de presse, que des séances publiques et gratuites de vaccination vont avoir lieu tous les jeudis et dimanches à partir du 16 août 1914. Pour parvenir à vacciner toute la population de la Vienne, il augmente ses commandes de vaccin antivariolique auprès de l'Institut Vaccinal de Tours et au mois de septembre, réorganise le réseau de médecins vaccinateurs[4].

C) Une amélioration de l'hospitalisation des soldats allant au-delà de leurs soins.

Les terribles combats de l'année 1914 déversent dans les formations sanitaires de l'intérieur des centaines de milliers de blessés. À la fin du mois de décembre 1914, on estime que 782 104

[1] A.D.V. 5 M 403-404. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Recueil des actes administratifs, Préfecture de la Manche,* 1914, n°9, p 249-256. Décret du Président de la République Française du 14 août 1914 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre la propagation des maladies infectieuses.
[2] *Ibidem*.
[3] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 12 août 1914 du docteur Jablonski au préfet de la Vienne.
[4] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 13 septembre 1914 du docteur Chaumier au docteur Jablonski.

blessés ont été ou sont toujours hospitalisés dans les formations de l'intérieur[1]. Indéniablement, le Service de Santé prend en charge un nombre de blessés et de malades beaucoup plus important qu'en temps de paix. Cette problématique d'échelle ne peut être abordée uniquement par l'augmentation des capacités hospitalières. De même, il est indispensable que les soins des malades et des blessés soient améliorés pour permettre au système hospitalier de la 9e région de jouer pleinement son rôle durant ce conflit. Cependant, le Service de Santé doit aussi mener ses réflexions sur d'autres terrains que les thérapies s'il veut pouvoir soigner les hommes évacués du front et ceux de la région. Il en est de même des autres acteurs des soins des soldats. L'entrée en guerre voit la mobilisation de millions d'hommes en France ce qui se traduit par un changement de la nature des hospitalisés pris en charge par le Service de Santé de la 9e région. Il ne s'agit plus de militaires de carrière et d'hommes appelés pour faire leurs périodes militaires ou leur service militaire mais principalement de citoyens mobilisés. Le principe même de la guerre induit un nouveau type d'hospitalisé en la personne du prisonnier de guerre et l'une des caractéristiques de ce conflit mondial est la présence de troupes provenant de divers endroits du globe sur le sol français. Ces deux éléments ne manquent pas d'agir sur les soins des soldats dans la 9e région où la société civile et ses conflits sont par ailleurs omniprésents. Ainsi, le Service de Santé doit intégrer ces problématiques dans la reconstruction et l'amélioration du système hospitalier.

1) Accompagner les soldats jusqu'à la mort.

Ces changements s'observent dans la prise en charge du bien-être moral des soldats hospitalisés. Un aspect d'autant plus nécessaire qu'avec des durées d'hospitalisation parfois longues, l'action des acteurs des soins des soldats ne peut se réduire à la dimension purement thérapeutique. Surtout qu'après les échecs du début de la guerre, l'hospitalisation des soldats est surveillée par la population prompte à s'indigner de mauvais traitements réels ou non. D'autant plus que cette population participe à ces soins et à ce bien-être. Il faut donc occuper les malades et les blessés, lutter contre leur désœuvrement tout en maintenant la discipline. Et lorsque l'hospitalisation connaît un dénouement tragique, il convient d'assurer tous les égards dus à ces hommes.

a) Assurer le bien-être des malades et blessés.

En dehors de recevoir des soins, les hospitalisés passent une partie de leur temps à attendre. Une attente plus confortable et moins dangereuse que dans les tranchées mais qui risque de les mener au désœuvrement si rien n'est fait. Il faut alors tuer le temps par des moyens analogues à ceux des tranchées : jeux, lecture de journaux, confection d'objets, etc. Ces activités améliorent le bien-être du

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XXXIV. Cependant, ce chiffre peut être augmenté car il ne prend en compte que les blessés dont le parcours hospitalier a été entièrement suivi.

soldat hospitalisé, bien-être auquel doit veiller le personnel des formations sanitaires sous les yeux de la nation. Parmi les activités proposées, les formations et leur personnel mettent en place des journées récréatives et des spectacles (théâtre ou concert) donnés pour les blessés et parfois par les blessés. Au début de la guerre, elles ont lieu durant les fêtes de Noël, à l'exemple des Arbres de Noël. À l'hôpital auxiliaire n°105 celui-ci est organisé grâce au concours des membres du comité :

> « A [*sic*] 1 heure ½ [*sic*], un concert fut donné pour distraire les blessés, très nombreux à ce moment. Quelques fillettes du Collège [*sic*] y prirent part. Ensuite un goûter fut servi, puis on procéda à la distribution des cadeaux garnissant l'arbre de Noël, très bien décoré, et fort joli. »[1]

Ces manifestations sont règlementées le 12 novembre 1914 par le ministère de la Guerre qui veut éviter qu'elles ne soient le support à une propagande pacifiste, défaitiste ou bien à l'espionnage[2]. Nous n'avons que des informations parcellaires concernant les programmes de ces séances, cependant elles semblent être le support à un discours patriotique. Lors de l'Arbre de Noël de l'hôpital complémentaire n°26 le 25 décembre 1914, on diffuse des « […] films instructifs et patriotiques […] »[3] . L'auteur de l'article exprime le souhait de voir se généraliser cette pratique pour « […] entretenir toujours en éveil, les sentiments de la famille et du patriotisme. »[4] Ainsi, même dans les hôpitaux, les soldats n'échappent pas aux tentatives de « bourrage de crâne ».

Un autre moyen d'occuper les soldats dans les formations sanitaires est de les laisser en sortir, mais les sorties d'hospitalisés sont soumises à une réglementation des plus strictes. Accordées en temps de paix, la sortie et la promenade le sont par le médecin-chef sur sa propre appréciation[5]. Durant la guerre, ces formalités ne sont pas forcément respectées par les principaux intéressés :

> « J'ai l'honneur de vous prévenir que malgré nos défenses aux militaires blessés de sortir de l'hôpital pour aller en ville, beaucoup forcent la consigne. »[6]

L'administrateur de cet hôpital auxiliaire demande ce qu'il convient de faire, surtout qu'il ne possède pas de garde pour surveiller les sorties. Son délégué régional demande alors des consignes au directeur régional[7]. Nous ne savons pas quelle fut la réponse immédiate à ce problème généralisé à l'ensemble des formations sanitaires du territoire. La 7e Direction émet des directives le 26 novembre 1914, pointant la mauvaise discipline des hospitalisés des formations de la Croix-Rouge[8]. Dans le cadre de cette dépêche, le médecin inspecteur Landriau durcit les conditions de sortie. Il rappelle

---

[1] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de l'Arbre de Noël de 1914.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°14 375 C/7 datée du 12 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.D.I&L. 2019PERU103, *Journal d'Indre-et-Loire*. Journal daté du mardi 29 décembre 1914.
[4] *Ibidem.*
[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 55-56 (Article 140).
[6] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 17 septembre 1914 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°12 au délégué régional de la S.S.B.M.
[7] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 18 septembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[8] A.N. C 7689. Dépêche n°15 928 C/7 datée du 26 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

l'interdiction de sortir en ville sauf pour se rendre à la messe le dimanche[1]. Une plus grande liberté est accordée aux « […] annexes de campagnes ne possédant pas de jardins suffisamment étendus […] »[2]. Cependant, ces mesures sont allégées, probablement suite à l'impossibilité de surveiller les mouvements des hospitalisés ou dans un souci de veiller au bien-être de ces derniers. Les soldats peuvent alors sortir en ville mais semble-t-il toujours sous la surveillance d'un gradé. La joie de pouvoir quitter les formations sanitaires est grande pour les hospitalisés, à l'image de ceux de l'hôpital complémentaire n°26 :

> « Depuis Lundi [*sic*], par groupe de 20, les blessés visitent votre belle cité. La joie renaît parmi nous ; les souffrances, vite oubliées, laissent renaître le courage. »[3]

Un autre moyen de soutenir leur moral est d'entretenir le contact avec les familles. Celles-ci souhaitent savoir où sont soignés leurs fils, frères, maris et pères. Pour cela, plusieurs moyens de recherche sont mis en place. Au niveau national se trouve le Bureau des Renseignements aux Familles qui reçoit des différentes formations sanitaires, les listes des hospitalisés. Au niveau local, cette liste est consultable à la mairie ou bien à la préfecture, afin d'éviter toute propagande ennemie sur les pertes françaises et pour ne pas inquiéter la population quant à celles-ci[4]. À partir de la mi-septembre 1914, pour faciliter les visites des hospitalisés par des membres de leur famille, celles-ci bénéficient de réductions pour les transports ferroviaires allant de 50 % à 75 % pour les familles indigentes[5]. Dans la même idée et en plus des lettres envoyées par les hospitalisés, le médecin inspecteur Troussaint instaure à la fin du mois d'août 1914, une carte postale sanitaire. Celle-ci doit être envoyée par la formation dès l'entrée du soldat, puis chaque semaine durant son séjour[6]. L'envoi de cette carte n'est pas automatique, le soldat peut s'y opposer afin de ne pas inquiéter sa famille. On ordonne alors de se conformer à cette décision mais pour ne pas inquiéter la famille, on demande de convaincre les soldats de permettre l'envoi de ces cartes « […] sans employer aucun terme et sans formuler aucune appréciation de nature à alarmer [leurs] parents. »[7] Lorsqu'il ne faut pas convaincre les soldats d'informer leur famille, il faut convaincre le personnel des formations de l'importance de ces cartes

---

[1] A.D.M&L. 101 J 223. Dépêche n°5 311 H datée du 30 novembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire aux médecins-chefs de place et des formations du secteur de Tours. Mais cet ordre n'est pas limité à Tours, l'archive citée appartenant à l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers.

[2] *Ibidem*. Il semble qu'il faille entendre ce terme dans une acception plus large, soit les formations de villes moins importantes.

[3] A.D.I&L. 3 R 14. Lettre datée du 22 janvier 1915 d'un groupe de blessés de l'hôpital complémentaire n°26 au préfet d'Indre-et-Loire. Dans cette lettre, ils remercient la directrice du lycée de jeunes filles, où est installé l'hôpital, et le préfet, pour être intervenus auprès du médecin-chef et avoir obtenu ces sorties.

[4] A.D.V. 7 R 24. Copie d'un avis de la préfecture de la Vienne. Ce document n'est pas daté. On précise que cette liste est consultable tous les jours chez le chef du cabinet du préfet.

[5] A.D.M&L. 101 J 223. Copie de la dépêche ministérielle n°3 574 4/11 datée du 7 novembre 1914 du ministre de la Guerre. Celle-ci fait suite aux dépêches n°693 4/11, datée du 18 septembre 1914, n°1 026 4/11, datée du 24 septembre 1914, et n°1 146 4/11, datée du 27 septembre 1914.

[6] A.N. C 7689. Dépêche n°6 742 C/7 datée du 30 août 1914 du directeur de la 7e Direction.

[7] A.N. C 7689. Dépêche n°14 322 C/7 datée du 12 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

pour le moral de celles-ci. Pour cela, on ordonne aux médecins inspecteurs en mission d'inspection dans les régions de :

> « […] faire penetrer [*sic*] dans tout le personnel dirigeant des hôpitaux de l'armée l'idée qu'il ne s'agit pas, en l'espèce, de formalités administratives d'une utilité contestable ou en tous cas susceptibles d'être différées sans inconvénients, mais bien d'actes imposés par l'humanité la plus élémentaire et dont l'omission ou le retard a fatalement pour conséquence de prolonger d'une façon intolérable l'anxiété des familles. » [1]

Après les critiques essuyées au début de la guerre, le Service de Santé met tout en œuvre pour montrer aux familles qu'il prend grand soin des soldats.

b) La population aux petits soins pour ses soldats.

Le mouvement de donation en faveur des formations sanitaires ne concerne pas uniquement le matériel médical nécessaire à celles-ci. La population offre à ces formations tout ce qui pourrait contribuer à améliorer le bien-être des malades et des blessés. Les dons apparaissent pour les civils comme le moyen de prendre part aux soins des hospitalisés autrement qu'en étant au chevet de ces derniers. Le Service de Santé et ses alliés ne peuvent pas les écarter des soins à l'exemple de cette plainte visant l'interdiction faite aux civils de pénétrer au sein de l'hôpital mixte de Doué-la-Fontaine. Une femme dénonce au préfet de Maine-et-Loire cet état de fait allant à l'encontre du bien-être des soldats :

> « Dans un élan de profonde sympathie et de charité, tous, nous nous faisons un devoir d'apporter à ces braves soldats : fruits, vin, vêtements, gâteaux, etc, [*sic*] etc. Or, dimanche dernier, dans un mouvement de colère, le D^{r} Lionet a voulu interdire l'accès des salles et depuis ce jour, on lit sur la porte extérieure de l'hopital [*sic*] « Entrée interdite au public. »
>
> C'est une mesure arbitraire qui nous révolte tous, et qui prive nos soldats de nos gâteries. »[2]

Dans sa réponse, le préfet félicite le patriotisme de cette femme et des personnes offrant ces dons et explique la raison de cette interdiction[3]. Le médecin-chef de l'hôpital a agi ainsi pour que « […] les malades ne soient pas fatigués par de nombreuses visites […] »[4] et non pour les priver de dons. Il explique que des autorisations peuvent être délivrées, ce que demande cette femme, mais dans un nombre limité et à la discrétion du médecin-chef. Les soldats n'appartiennent donc pas qu'au Service de Santé, aux sociétés de la Croix-Rouge et aux formations bénévoles qui doivent composer, et s'en accommodent très bien, avec les dons de la population.

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°14 909 C/7 datée du 17 novembre 1914 du directeur de la 7^{e} Direction.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/13. Lettre datée du 8 septembre 1914 de madame Nouteau-Goischel au préfet de Maine-et-Loire.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/13. Brouillon d'une lettre datée du 11 septembre 1914 du préfet de Maine-et-Loire à madame Nouteau-Goischel.
[4] *Ibidem.*

À l'exemple de la plainte précédente, la population offre de la nourriture aux formations sanitaires, dons particulièrement appréciés par les soldats, comme ceux de l'hôpital complémentaire n°28 à qui le préfet de Maine-et-Loire offre du gibier[1] :

> « Il n'est pas besoin de dire quel accueil a été fait à cet envoi pour nos hospitalisés. Sensibles à tous les dons, ils le sont spécialement à ceux qui améliorent l'ordinaire, lequel est une de mes principales préoccupations. »[2]

Formule de remerciement qui ressemble à un désaveu en ce qui concerne la qualité de la nourriture et la variation des menus de certaines formations sanitaires. La population continue d'offrir de l'argent à toutes les formations sanitaires et ce, même si ce type de don est en théorie réservé aux sociétés de la Croix-Rouge. Cet argent sert notamment à améliorer l'ordinaire des soldats, surtout lors de jours spéciaux comme Noël. Pour celui de 1914, l'hôpital de Château-la-Vallière reçoit un don d'argent dans le cadre du « Noël des Blessés »[3] qui doit servir à l'achat de « […] douceurs […] »[4] pour le repas.

Ces dons sont si nombreux, même si tous ne s'adressent pas uniquement aux malades et aux blessés, que le ministère de la Guerre intervient pour les réglementer. Le 11 décembre 1914, les dons sont placés sous le contrôle de l'Intendance même s'il semble que cela ne concerne que les formations et unités de la zone des armées[5]. Dans le même temps, d'autres formes de centralisation et de répartition de ces dons ont émergé, soit à l'initiative du Service de Santé, soit à celle de la population et des autorités civiles à l'exemple des sommes recueillies pour le « Noël des Blessés »[6]. Mais les formes de collecte et de répartition des dons les plus courantes sont à l'initiative de la population et des autorités civiles. Ainsi, probablement car on ne sait à qui s'adresser, les dons sont envoyés aux maires et aux préfets, à charge pour ces derniers de les transmettre aux formations sanitaires en respectant les directives des donateurs. À Saumur, un comité est destiné à secourir les victimes de la guerre que sont les soldats malades et blessés, et les familles nécessiteuses[7]. Ce comité a été créé dans l'esprit de l'« Union sacrée » prônée au début de la guerre :

> « Ce comité où se rencontrent les autorités civiles, militaires et religieuses ainsi que les représentants du commerce et de l'industrie et de toutes les opinions et croyances […] »[8]

---

[1] A.D.M&L. 1 R 5/13. Lettre datée du 10 novembre 1914 de l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°28 au préfet de Maine-et-Loire.
[2] *Ibidem.*
[3] A.D.I&L. HDEP 5/J5. Lettre datée du 21 décembre 1914 du médecin inspecteur Landriau à l'administrateur de l'hôpital de Château-la-Vallière.
[4] *Ibidem.*
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°10 750 2/5 datée du 11 décembre 1914 de la Direction de l'Intendance Militaire.
[6] A.D.I&L. HDEP 5/J5. Lettre datée du 21 décembre 1914 du médecin inspecteur Landriau à l'administrateur de l'hôpital de Château-la-Vallière. Nous ne savons pas si cette collecte a été spontanée ou organisée.
[7] A.M. Saumur. 5 H 11. Lettre datée du 15 septembre 1914 du sous-préfet de Saumur au maire de la ville. Nous ne connaissons pas la date de création de ce comité.
[8] *Ibidem.*

Son bureau comprend les acteurs locaux de l'hospitalisation des soldats comme des membres des deux sociétés de la Croix-Rouge, le maire de Saumur et le sous-préfet. L'armée est présente avec le commandant d'armes de Saumur mais pas le Service de Santé. D'autres comités sont créés dans la 9e région sur le même mode de fonctionnement local et parfois aussi pour éviter la concurrence entre les œuvres. À Angers, la mairie décide de mettre en place dans la ville des troncs pour recueillir les dons afin d'éviter une concurrence entre la S.S.B.M. et l'U.F.F. [1]. Ceux-ci sont ensuite répartis entre ces deux sociétés.

c) La mort des soldats.

La vie des soldats dans les formations sanitaires est régie par les règlements militaires, leur mort également. Toutes les formalités en cas de décès sont décrites dans le *Règlement sur le Service de santé de l'armée de l'intérieur*, dont la notice n°13[2] qui donne les dispositions à prendre concernant le service du culte et l'inhumation. En temps de paix, la mort des soldats est un temps militaire partagé avec les civils, d'autant plus si elle intervient dans un hôpital mixte. Outre les formalités administratives et militaires à accomplir, la rédaction d'états et l'inscription de la mort sur le registre des décès, l'élément civil intervient avec l'officier d'état civil qui déclare le décès. L'inhumation, codifiée aussi par la notice n°13, est un autre moment où les civils interviennent, principalement les familles. Les inhumations sont à la charge du Service de Santé pour les hôpitaux mixtes et complémentaires. Les hôpitaux auxiliaires doivent prendre en charge cette dépense tandis que les hôpitaux bénévoles peuvent être remboursés par le Service de Santé. La famille peut intervenir lors de l'inhumation si elle souhaite des funérailles plus importantes, elle doit cependant payer le surcoût par rapport aux tarifs définis par l'armée[3]. L'enterrement des soldats est ensuite confié à des services de pompes funèbres civils et se fait selon les règlementations locales[4].

La mort des soldats n'est pas seulement l'affaire des militaires, elle concerne toute la population qui communie et célèbre ses enfants. Ces célébrations sont parfois organisées par l'armée qui demande alors la participation de la population, notamment pour les convois funéraires :

> « En vue de procurer au convoi des militaires décédés dans les hôpitaux de la région, des suites de leurs blessures ou de maladies contractées aux armées, une assistance convenable, il y aurait lieu d'inviter dans chaque centre ou [*sic*] il y a des hôpitaux, la presse locale à annoncer l'heure des obsèques de ces militaires. »[5]

---

[1] A.M. Angers. 4 H 49. Brouillon d'auteur et de date inconnus.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 372-375 (Notice n°13).
[3] *Ibidem, op. cit.* p. 106 (Article 293).
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 81. Arrêté de la mairie de Tours daté du 25 janvier 1909 concernant les salaires et vacations lors des enterrements.
[5] A.D.V. 7 R 24. Note de service n°6605ch datée du 22 septembre 1914 du général commandant de la 9e région militaire au commandant des 3e et 4e subdivisions à Poitiers. Cette note semble faire suite à deux affaires qui ont provoqué un scandale à Poitiers. Par deux fois, des convois n'étaient formés que des troupes réglementaires. Dans l'un des cas, le convoi funéraire d'un général allemand avait reçu plus d'honneurs.

La célébration des soldats morts relève aussi d'une mission des autorités civiles locales qui se doivent de faire acte de patriotisme en honorant les soldats tombés pour la Patrie. La mairie d'Angers organise ce moment de communion et de célébration pour le 1er novembre 1914, invitant les autorités civiles et militaires, « […] des Sociétés patriotiques et des Sociétés d'Anciens militaires […] »[1], dont les sociétés de la Croix-Rouge. À Saumur, le comité de l'U.F.F. organise un service funèbre pour « […] les soldats morts au combat, et plus spécialement pour ceux qui sont décédés dans les hôpitaux militaires situés sur la paroisse […] »[2], invitant la population à y participer.

La participation de la population à la commémoration de la mort des soldats revêt parfois des caractères plus forts, surtout lorsque cette population « s'est attachée » à un hôpital en particulier. C'est le cas de la population de la paroisse de Saint-Christophe, près de Châteauroux, où a été organisé l'hôpital complémentaire n°29. Elle obtient du maire de Châteauroux où se trouve la concession pour les soldats décédés, d'inhumer ceux de la formation au cimetière de la paroisse. La population de Saint-Christophe considère ces morts comme les siens, donnant un aspect moins patriotique et plus familial au deuil :

> « Chaque tombe est adoptée par une famille qui se charge de son entretien et le fait avec un soin pieux comme pour la tombe de l'un des siens. »[3]

La mort des soldats hospitalisés ne revêt pas seulement un aspect administratif, elle est l'occasion de réunir de manière spontanée ou non, la population autour de la commémoration de la mort des soldats.

2) De « nouveaux » soldats à soigner.

En dehors d'une organisation spécifique pour les besoins de la Première Guerre mondiale, le Service de Santé de la 9e région militaire, né après la guerre de 1870, doit soigner de « nouveaux » soldats. Ces derniers sont spécifiques à ce conflit ou à la guerre en général et donc parfois inconnus pour cette région. Il s'agit notamment des soldats indigènes et des tirailleurs sénégalais, des prisonniers de guerre et des soldats des pays alliés. On peut alors se demander si leurs statuts impliquent des prises en charge spécifiques.

a) Les soins des soldats indigènes et des tirailleurs sénégalais.

Ces soldats sont assimilés aux soldats métropolitains pour ce qui est des soins à leur donner et dans les règlements du Service de Santé d'avant-guerre, rien n'est spécialement prévu pour eux. Les soldats indigènes provenant d'Afrique du Nord appartiennent au 19e corps d'armée dans lequel ils combattent au début de la guerre. Quant aux tirailleurs sénégalais qui relèvent de l'armée coloniale

[1] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 30 octobre 1914 du maire d'Angers à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.
[2] A.M. Saumur. 5 H 11. Modèle d'une lettre datée du 19 novembre 1914 du comité de l'U.F.F. de Saumur.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique de l'hôpital complémentaire n°29 par le médecin-chef, le docteur Brillaud, et daté du 26 septembre 1916.

et bien qu'initialement l'état-major ne prévoie pas de les utiliser, ils participent aux combats à partir de septembre 1914[1]. Ces soldats sont soignés dans certaines formations de la 9e région et très rapidement on leur applique des mesures particulières.

La France coloniale transpose certains de ses codes en métropole et bien que ces soldats se battent en France et pour elle, ils n'ont pas les mêmes droits que les citoyens français. L'une des mesures marquant cette inégalité de traitement est l'interdiction qui leur est faite de rentrer chez eux pour le congé de convalescence. Le but est d'éviter de nuire au recrutement de nouveaux soldats par leur éventuelle narration de leur expérience de la guerre :

> « Ceux-ci ont une tendance à présenter à leurs compatriotes, les évènements auxquels ils ont pris part, sous un jour où leur imagination toujours fertile, se donne libre cours.
>
> Il est à craindre qu'ainsi, après avoir servi la France, avec une bravoure digne de tous les éloges, ils ne desservent inconsciemment dans l'esprit des populations indigènes.
>
> L'expérience de rapatriements de cette nature au cours des expéditions de Madagascar et du Maroc ont déjà fait ressortir ces inconvénients. »[2]

Les soldats indigènes provenant d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, sont les seuls concernés[3], ils doivent alors être dirigés sur les dépôts de passage d'Arles ou d'Aix-en-Provence[4], lorsqu'ils sont guéris. Seule exception, les indigènes réformés qui peuvent retourner chez eux. Cette mesure est ensuite étendue le 8 octobre aux soldats sénégalais qui doivent être envoyés sur leur dépôt de Marseille[5]. Puis on restreint de nouveau les droits des soldats indigènes et sénégalais le 2 novembre. Reprenant l'argumentation de la dépêche du 15 septembre 1914, on décide de ne plus prononcer de réforme pour ces soldats et on interdit même aux réformés de rentrer chez eux. Désormais, ils doivent rester dans les dépôts de convalescents et les formations de l'O.A.C.M. de la métropole en attendant la fin des hostilités[6]. Ces dispositions sont quelques peu allégées le 12 décembre, certains soldats jugés aptes à rendre des services pour l'instruction des troupes peuvent être affectés aux dépôts d'Algérie et de Tunisie[7].

De ces dispositions découle une nouvelle organisation concernant l'hospitalisation des soldats « musulmans ». Ainsi, ceux disposant d'un congé de convalescence et devant être maintenus en métropole doivent désormais être dirigés sur les dépôts de convalescents ou les formations de l'O.A.C.M. des régions du sud de la France, la 17e pour la 9e région militaire[8]. Le but de cette mesure

---

[1] MICHEL, Marc. *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel à l'Afrique (1914-1918)*. Paris : Éditions Karthala, 2003, 302 p.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°4 262 9/11 datée du 15 septembre 1914 de l'État-Major de l'Armée, section d'Afrique.
[3] Les bataillons de tirailleurs sénégalais ne sont pas encore entrés en action.
[4] Il semble que les dépôts du 19e corps d'armée et de l'armée coloniale aient été transférés pour partie en France afin d'accélérer le retour des soldats.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°4 576 9/11 datée du 8 octobre 1914 de l'État-Major de l'Armée, section d'Afrique.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°4 926 9/11 datée du 2 novembre 1914 de l'État-Major de l'Armée, section d'Afrique.
[7] A.N. C 7689. Circulaire n°5 456 9/11 datée du 12 décembre 1914 de l'État-Major de l'Armée, section d'Afrique.
[8] A.N. C 7689. Circulaire n°4 408 C/7 datée du 13 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

est de leur faire bénéficier de conditions climatiques plus favorables[1]. Pour ceux encore en traitement, on demande de les grouper autant que possible dans le même hôpital ou dans la même place. Ce regroupement permet de mieux contrôler cette catégorie de soldats et de leur permettre de côtoyer des hommes ayant la même langue et la même culture, ce qui est bénéfique pour leur bien-être. Cependant, il faut éviter de leur réserver des formations :

> « Il conviendra d'y recevoir un certain nombre de blessés ou de malades des troupes métropolitaines, afin que les indigènes provenant de nos colonies ou pays de protectorat, puissent constater à tout instant qu'ils reçoivent les mêmes soins et sont entourés de la même sollicitude que les soldats de la mère-patrie [*sic*]. »[2]

L'hôpital désigné pour recevoir ces soldats dans la 9e région est l'hôpital complémentaire n°26 de Tours[3].

Le contrôle se fait notamment par la censure de leur correspondance, sur ce point on constate une certaine égalité avec le citoyen français. Afin de correspondre avec leur famille, on emploie les cartes postales sanitaires écrites en français et sous le contrôle du médecin-chef de la formation. Ce dernier doit veiller à ce que rien de ce qui est écrit et ayant trait à l'état du malade ou aux conditions de sa vie au front et dans les hôpitaux, ne soit « […] susceptible d'émouvoir les populations africaines. »[4] Afin de mieux contrôler cette correspondance, un interprète militaire doit être affecté à ces formations ou aux places. Celui-ci doit notamment superviser la correspondance dans la langue maternelle, qui n'est pas interdite. En effet, afin d'éviter le « […] dépôt clandestin […] »[5] de lettres dans les postes et échappant à ce contrôle, on demande d'encourager celle-ci. Elle doit alors être faite par l'interprète ou sous son contrôle, avec les consignes précédentes. En amont, le courrier est contrôlé ; en aval, il est censuré. La Résidence Générale de la République Française de Tunis demande au préfet de la Vienne, le 12 novembre 1914, la liste des indigènes tunisiens hospitalisés dans le département[6]. Le but est d'obtenir des renseignements sur l'état de ces soldats et ainsi de renseigner les familles, mais pas seulement :

> « Nous sommes obligés, d'une part, de montrer aux familles indigènes notre sollicitude pour les blessés et,d'autre [*sic*] part, de remplacer les lettres que l'Autorité militaire intercepte, à cause des nouvelles trop souvent inquiétantes qu'elles renferment, par des renseignements dont nous garantissons l'exactitude, chaque fois qu'ils nous paraissent susceptibles d'être transmis. »[7]

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Minute de la dépêche n°19 551 C/7 datée du 27 décembre 1914 du ministre de la Guerre au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°4 408 C/7 datée du 13 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dépêche-courrier datée du 28 novembre 1914 du médecin inspecteur Landriau à la 7e Direction. Cependant, d'autres formations sont ensuite affectées à ces soldats et des soldats sont hospitalisés dans différentes formations avant cette date. C.D.M.S.S.A. 568. Dépêche n°5 018H datée du 18 novembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°4 408 C/7 datée du 13 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] *Ibidem.*
[6] A.D.V. 7 R 24. Lettre datée du 12 novembre 1914 de la Résidence Générale de la République Française à Tunis au préfet de la Vienne. Cela montre aussi que les indigènes ne sont pas tous hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°26.
[7] *Ibidem.*

L'armée attend beaucoup de ces interprètes militaires, surtout après l'entrée en guerre de l'Empire Ottoman le 1er novembre 1914, qui lui fait craindre un soulèvement des musulmans[1]. Ils sont alors chargés de contrer toute propagande ottomane et de rendre compte de l'état d'esprit des soldats indigènes[2]. Ils doivent aussi faire remonter au commandement les *desiderata* de ces soldats, dont celles relatives aux convalescences. À l'hôpital complémentaire n°26, la situation devient tendue au mois de décembre 1914. Suite à la suspension des évacuations vers la 17e région[3], le nombre de soldats indigènes devant partir en convalescence s'accumule. Ceux-ci ne comprennent pas pourquoi ils ne peuvent pas partir alors que dans le même temps, des soldats métropolitains sont évacués sur des annexes de l'hôpital[4]. Le mélange de ces deux types de soldats produit alors l'effet inverse à celui prévu. Les soldats indigènes considérant qu'ils sont discriminés, se plaignent. L'arrivée d'un interprète militaire à la formation vient aplanir quelque peu la situation mais les doléances demeurent :

> « Les Musulmans [*sic*] se plaignent surtout de ne pas profiter des permissions d'une semaine à passer en ALGERIE [*sic*], avant de rejoindre leur Dépôt [*sic*] ou de pas être envoyé [*sic*] dans les annexes comme leurs camarades de la Métropole [*sic*]. »[5]

La solution prescrite par la 7e Direction est alors d'envoyer les indigènes sur Toulouse sans attendre la fin de l'organisation des formations destinées à les recevoir[6].

b) Soigner les prisonniers de guerre.

Pour le Service de Santé, les prisonniers de guerre sont une catégorie particulière par leur statut, mais qui possède certaines similitudes avec d'autres types de malades et de blessés. Leur hospitalisation est prévue par les règlements d'avant-guerre, règlements qui doivent évoluer face au nombre de prisonniers pris en charge : 12 232 soldats ennemis blessés sont hospitalisés dans les hôpitaux de l'intérieur en 1914[7]. Le traitement des prisonniers de guerre est encadré par les Conventions de La Haye de 1899 et 1907 et par les Conventions de Genève de 1864 et 1906[8]. Leur prise en charge médicale est surtout définie par les Conventions de Genève qui assurent

---

[1] MICHEL, Marc, (2003), *Les Africains…, op. cit.* p. 41. L'inquiétude de l'appel au djihad du sultan d'Istanbul touche essentiellement le pouvoir à Paris.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°5 195 9/11 datée du 23 novembre 1914 de l'État-Major de l'Armée, section d'Afrique.
[3] Les soldats indigènes devaient être évacués sur Montauban puis sur Toulouse à partir du 15 décembre, mais les hôpitaux ne sont pas complètement organisés pour les recevoir.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre n°5 865 H datée du 21 décembre 1914 du médecin inspecteur Landriau à la 7e Direction.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre n°5 945 H datée du 24 décembre 1914 du médecin inspecteur Landriau à la 7e Direction.
[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Minute de la dépêche n°19 551 C/7 datée du 27 décembre 1914 du ministre de la Guerre au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[7] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XXXII. Sur un total de 49 454 durant la guerre.
[8] JONES, Heather. « Droit international et prisonniers de guerre occidentaux lors de la Grande Guerre ». In : PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XXe siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, p. 48-58.

théoriquement aux prisonniers d'être soignés comme les soldats de « [...] la puissance captrice [...] »[1]. En outre, le personnel médical, dont la définition est source de controverse entre les belligérants, ne doit pas être considéré comme prisonnier mais comme « [...] échangé [...] », et en théorie, il doit être rendu à son pays dès lors qu'il n'est plus reconnu indispensable aux soins des soldats. Les Conventions de La Haye concernent essentiellement les prisonniers non-malades ou blessés, cependant elles consacrent le principe de réciprocité, les prisonniers devant « [...] être nourris de la même façon que les soldats des États détenteurs. »

Au début de la guerre, aucune organisation particulière n'est prévue pour les prisonniers de guerre mais face à leur nombre et surtout face au fait que ces soldats côtoient des soldats français, la 7e Direction intervient. Le 15 septembre 1914, évoquant des « […] inconvénients graves […] »[2], craignant des tensions ou des fraternisations, elle ordonne de séparer les prisonniers de guerre des soldats français dans les formations. En outre, elle prescrit l'organisation dans les places ou dans une région d'une formation sanitaire qui leur serait destinée afin d'en assurer une meilleure surveillance. Ce regroupement des prisonniers de guerre dans une même formation n'est pas sans rappeler celui des indigènes et des tirailleurs sénégalais, même si le but visé n'est pas le même. Le 29 septembre, une dépêche vient compléter cette organisation et désormais seuls les prisonniers de guerre sérieusement malades ou blessés doivent être hospitalisés dans les formations sanitaires[3]. Les prisonniers légèrement blessés ou malades, ainsi que les guéris, doivent être dirigés sur des dépôts d'internement. Ces dépôts disposent d'un « […] service médical suffisant […] »[4] et offrent une meilleure surveillance des prisonniers de guerre. Au début de la guerre, des dépôts ont été créés dans la 9e région, certains recevant une population spécifique. Ainsi, les prisonniers de guerre allemands et austro-hongrois sont envoyés aux dépôts d'Issoudun et de Poitiers, les Alsaciens-Lorrains et les Polonais à Issoudun et les officiers et assimilés à Cholet[5]. En octobre 1914, un dépôt de prisonniers est en cours de construction à Tours mais nous ne savons pas quand il a été achevé[6].

Évoquant des erreurs dans l'hospitalisation des prisonniers de guerre, la 7e Direction fait un rappel des mesures à prendre concernant ces malades et blessés le 6 octobre[7]. Outre le rappel à l'organisation de formations spécifiques, ou à défaut le regroupement des prisonniers de guerre dans

---

[1] JONES, Heather. « Droit international et prisonniers de guerre occidentaux lors de la Grande Guerre ». In : PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XXe siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, p. 48-58. Pour cette citation et les suivantes.

[2] A.N. C 7689. Dépêche n°8 196 C/7 datée du 15 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

[3] A.N. C 7689. Dépêche n°10 743 1/11 datée du 29 septembre 1914 de l'État-Major de l'Armée, Bureau de l'Organisation et de la Mobilisation de l'Armée.

[4] *Ibidem.*

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Note de service datée du 1er octobre 1914 du commandant de la 9e région militaire.

[6] PHÉLEBON, Roger, *Histoire médicale d'un camp de prisonniers de guerre allemands en France (le Camp de Beaumont, à Tours)*, Paris : Jouve & Cie Éditeurs, 1919, 85 p.

[7] A.N. C 7689. Circulaire-instruction n°8 941 2/7 datée du 6 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.

quelques formations en les séparant des hospitalisés français ou alliés, on rappelle l'interdiction de les hospitaliser dans les formations auxiliaires ou bénévoles. D'autre part, ces malades et blessés ne doivent subir aucune discrimination dans les soins ou l'accès au culte. En vertu des Conventions de Genève, ils doivent être traités comme des Français. Répondant à des demandes concernant leur admission dans les centres de spécialités qui sont peu à peu créés, la 7e Direction rappelle que « […] les soins médicaux doivent être assurés aux prisonniers comme à nos propres blessés ou malades. »[1] À cette égalité de traitement s'ajoute une approche similaire concernant la distinction faite entre soldats et officiers qui doivent être séparés dans les formations sanitaires[2]. Cette mesure, prévue dès le temps de paix[3], est rappelée le 31 janvier 1915. Elle concerne aussi les dépôts de prisonniers[4].

Parfois assimilés à des soldats français, ils n'en demeurent pas moins des prisonniers de guerre dont la surveillance renvoie par certains aspects à celle des indigènes et des tirailleurs sénégalais. Les lettres sont aussi contrôlées par le médecin-chef de la formation sanitaire si celui-ci dispose d'un traducteur, ou bien par les dépôts de prisonniers ou le commandement de la région[5]. En outre, toute la correspondance qui leur est adressée doit être contrôlée avant de leur être remise. Enfin, des fouilles semblent être faites puisqu'on ordonne qu'aucun « […] papier trouvé sur des prisonniers blessés ou malades ne devra être détruit sous prétexte de mesure de prophylaxie. Si ces papiers offrent quelque intérêt au point de vue militaire, diplomatique ou historique, ils seront transmis au Ier Bureau de l'État-Major [*sic*] de l'Armée (ministère de la Guerre). »[6] Même hospitalisés, ces soldats demeurent des ennemis dont on peut extraire des informations.

Le personnel sanitaire fait prisonnier, soit celui « […] affecté au traitement, au transport des blessés et malades, ainsi qu'à l'administration des formations sanitaires […] »[7] dispose d'un traitement particulier. Il ne doit pas être traité comme prisonnier de guerre et il est employé pour soigner les prisonniers dans les dépôts. Il reçoit la même solde et les mêmes allocations que son homologue français du même grade et il doit être renvoyé dans un pays neutre lorsque son concours n'est plus indispensable. Cependant pour ce dernier point, le premier échange de ce type de personnel n'eut lieu qu'en 1915. Les gouvernements français et allemands, évoquant des violations de la Convention de Genève, mettent fin à celui-ci[8]. Le Service de Santé ordonne l'observation du respect

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°1 093 C/7 datée du 12 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] JONES, Heather. « Droit international et prisonniers de guerre occidentaux lors de la Grande Guerre ». In : PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XXe siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, p. 48-58.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 128 (article 364).
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°3 541 C/7 datée du 31 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7689. Circulaire-instruction n°8 941 2/7 datée du 6 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] *Ibidem.*
[7] *Ibid.* On rappelle de respecter l'article 9 de la Convention de Genève.
[8] TATE, Hazuki. « Hospitaliser, interner et rapatrier : la Suisse et les prisonniers de guerre ». *Relations internationales*, 2014, 4, n°159, p. 35-47.

des traités internationaux pour pouvoir en obtenir la réciprocité de la part des autorités allemandes et austro-hongroises[1].

c) La prise en charge des malades et blessés alliés.

Les soldats des pays alliés sont une autre catégorie particulière de soldats que le Service de Santé est amené à hospitaliser dans les formations de la 9e région. La particularité réside dans le fait qu'ils sont des étrangers, comme les prisonniers de guerre, mais leur statut d'allié leur donne des libertés plus étendues que ces derniers. Leur hospitalisation semble aussi être prévue par les règlements d'avant-guerre, ou du moins une catégorie similaire existe dans les textes : les soldats étrangers. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer des soldats alliés dans les formations sanitaires de la 9e région, à l'exemple de l'hôpital mixte d'Angers qui hospitalise des soldats anglais au début de la guerre[2]. Assimilés à des soldats français, on peut concevoir que ces soldats alliés sont soumis à la même réglementation, comme la séparation entre les soldats et les officiers. À ceci s'ajoute pour les soldats belges, un traitement spécifique dans les formations sanitaires à partir du 12 novembre 1914. À cette date, il est ordonné aux formations sanitaires d'hospitaliser ces soldats dans des salles indépendantes de leurs homologues français[3]. Il est très probable que cette mesure vise à assurer une meilleure surveillance de ces soldats et ainsi faciliter leur récupération par l'armée belge.

La situation est différente pour les soldats anglais puisqu'il semble que trois formations sanitaires britanniques aient été organisées à Angers[4]. Le Service de Santé doit alors collaborer avec le *Royal Army Medical Corps* de l'armée anglaise. Mais au vu de la durée d'existence de ces formations à Angers, c'est surtout la population angevine qui a collaboré avec les Britanniques. Cette collaboration diffère peu de celle entre le Service de Santé et la population, à l'exemple des réquisitions faites par l'armée britannique ou bien en son nom par les autorités civiles. Ainsi, le maire d'Angers réquisitionne pour l'hôpital britannique une automobile le 14 septembre 1914[5]. Le maire d'Angers joue un rôle important entre l'armée britannique et ses administrés, facilitant les relations et aplanissant les problèmes résultant des réquisitions. C'est à lui que fait appel l'armée britannique lorsqu'elle trouve quelque peu exorbitante une facture pour des pneus, lui demandant de la diminuer[6]. La collaboration avec les formations anglaises ne se cantonne pas aux règlements des problèmes

[1] A.N. C 7689. Circulaire-instruction n°8 941 2/7 datée du 6 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.D.M&L. 1 Hs L141. Commission des hospices d'Angers, répertoire du courrier arrivé, 1912-1937. Il est fait mention d'une lettre du préfet de Maine-et-Loire arrivée le 21 septembre 1914 dont le contenu a trait à l'accord du docteur Papin d'hospitaliser des soldats anglais dans son service.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°14 327 C/7 datée du 12 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[4] Le *4th Sanitary Hospital* sur la place La Rochefoucault, le *5th Sanitary Hospital* au Grand Séminaire d'Angers. Nous ne connaissons pas le troisième mais le directeur du Bureau d'Hygiène de la Ville en mentionne trois. A.M. Angers. 2H78. Lettre datée du 10 septembre 1914 du directeur du Bureau d'Hygiène de la Ville d'Angers au maire de la ville. Dans cette lettre, il craint l'arrivée de maladies tropicales apportées par les troupes venant d'Inde.
[5] A.M. Angers. 4 H 73. Acte de réquisition daté du 14 septembre 1914.
[6] A.M. Angers. 4 H 73. Lettre datée du 6 janvier 1915 du *Central Requisition Office* au maire d'Angers.

administratifs, les soldats anglais sont invités à prendre part aux manifestations en l'honneur des morts français et britanniques pour le 1er novembre 1914[1]. Au début du conflit, la collaboration avec les services de santé des armées alliées n'est pas encore poussée. Il faut attendre l'arrivée des soldats américains en 1917 pour assister à une collaboration plus ou moins effective entre les services.

3) Les soins des soldats, une source de conflits.

L'installation du système hospitalier ne se fait pas sans difficultés qu'il convient de régler pour la bonne marche du système ou pour éviter de trop pénaliser la vie de la population. Celles-ci s'étendent aux aspects non médicaux de l'hospitalisation des soldats, provenant parfois de conflits latents dans la société française comme les tensions entre les écoles publiques et privées ou l'exercice des cultes. Des tensions qui n'épargnent pas les sociétés de la Croix-Rouge. Des solutions doivent rapidement être trouvées par les acteurs de l'hospitalisation des soldats pour pacifier les soins au risque de gangréner leur fonctionnement.

a) Des comités de la Croix-Rouge sous tension.

L'organisation des formations sanitaires des sociétés de la Croix-Rouge ne se fait pas sans quelques tensions avec la population, les autorités civiles et militaires ou bien en interne. Les délégués régionaux règlent les problèmes qui peuvent survenir entre les autorités et les comités, rappelant au passage les règles de fonctionnement des sociétés. Dans son rapport de novembre, le délégué régional de la S.S.B.M. raille les médecins-chefs de place avec qui certains administrateurs ont eu des difficultés. Difficultés dues selon le délégué, à l'ignorance de ces médecins-chefs concernant les règlements et qui ont été aplanies par son excellente relation avec le directeur régional[2]. Les formations sanitaires connaissent des conflits au sein de leur personnel, comme le montre le départ de l'infirmière major de l'hôpital auxiliaire n°102[3]. Ces crises peuvent affecter le comité à l'origine de la formation, comme celle touchant le comité d'Angers de la S.S.B.M. en décembre 1914. Durant ce mois, la présidente du comité des Dames démissionne « […] à la suite d'une lettre écrite par plusieures [*sic*] de ses Infirmières [*sic*] et mettant en échec le principe d'autorité de la Présidente. »[4] L'affaire est résolue lors de la réunion du Conseil des Dames du 20 décembre 1914 qui voit la réélection de la présidente démissionnaire.

---

[1] A.M. Angers. 4 H 73. Lettre datée du 2 novembre 1914 du lieutenant-colonel Morgan, commandant le *5th Stationary Hospital*, au maire d'Angers.
[2] A.M. Tours. 16 Z 3. Brouillon d'un rapport daté de novembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au comité central de la société.
[3] Ce point est abordé dans le chapitre 3, p. 176 de ce volume.
[4] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 20 décembre 1914.

Bien qu'elles agissent dans le même but, les sociétés de la Croix-Rouge restent dans l'esprit de concurrence d'avant-guerre, surtout pour les dons, même si les comités maintiennent une bonne entente pour ne pas pénaliser leurs actions. Mais parfois celle-ci est mise à mal, comme à Bourgueil où deux formations de la Croix-Rouge ont été organisées, l'hôpital auxiliaire n°18 pour la S.S.B.M. et l'hôpital auxiliaire n°109 de l'U.F.F. Le 7 janvier 1915, l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 écrit à son délégué régional au sujet d'une discorde avec son homologue de l'U.F.F.[1]. Le 3 janvier, l'hôpital auxiliaire n°18, prévenu de l'arrivée prochaine de dix-neuf malades, envoie des automobiles chercher ces derniers à la gare de Port-Boulet[2]. Une fois arrivé à l'hôpital de la Croix-Rouge, l'infirmier qui a accompagné ces malades durant leur trajet découvre qu'il en manque six. Ces derniers ont été acheminés à l'hôpital de l'U.F.F. qui avait aussi envoyé une automobile à la gare. Arguant d'ordres, l'infirmier ramène ces six malades à la formation de la S.S.B.M. provoquant une certaine colère chez la présidente du comité local de l'U.F.F. Dans un esprit de concorde, la formation de la S.S.B.M. offre de restituer ces six blessés mais le médecin traitant s'y oppose, expliquant qu'il allait régler la situation avec l'U.F.F. Ne connaissant pas son point de vue sur cette affaire, nous ne savons pas qui était en tort, même si dans sa lettre, l'administrateur souhaite démontrer qu'il essaie « […] d'entretenir de bonnes relations avec [ses] voisins un peu susceptibles. »[3] Nous ne savons rien des suites de cette affaire mais il semble que le délégué régional de la S.S.B.M. s'en soit directement entretenu avec son homologue de l'U.F.F.[4].

La répartition des soldats évacués sur Bourgueil n'est pas la seule source de tensions entre ces deux comités qui se disputent un pharmacien mobilisé comme infirmier. Ce dernier, le pharmacien Auterive, est affecté à l'hôpital auxiliaire n°18 depuis l'organisation de cette formation puis conservé par celle-ci car appartenant au service auxiliaire et étant classé indispensable[5]. Or, il semble que cet infirmier soit partagé entre les formations de la S.S.B.M. et de l'U.F.F., partage qui ne satisfait pas cette dernière. Le docteur Jousselin, médecin de l'hôpital de la S.S.B.M. et apparemment responsable des formations sanitaires de la ville[6], décide alors d'affecter cet infirmier à l'hôpital auxiliaire n°18 le matin puis à l'hôpital auxiliaire n°109 l'après-midi. Cela ne satisfait pas le comité local de l'U.F.F.

[1] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 7 janvier 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[2] La gare de Port-Boulet est la plus proche de la ville de Bourgueil.
[3] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 7 janvier 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[4] *Ibidem.*
[5] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 25 février 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. au commandant de la 9e Section d'Infirmiers Militaires.
[6] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 27 janvier 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M. Dans cette lettre, le docteur Jousselin est présenté comme le « […] médecin chef [*sic*] des hôpitaux de Bourgueil […] ». Il est probable qu'il officie aussi dans la formation de l'U.F.F.

et son délégué régional se rend sur place pour discuter de cette affaire et finalement confirme la décision prise par le docteur Jousselin[1].

Les comités d'une même société sont parfois en conflit donnant alors une mauvaise image de la société si cela vient à se savoir, surtout pour des sujets qui apparaissent futiles en ces temps difficiles. Ainsi au début de la guerre, les comités de l'U.F.F. de Cholet et d'Angers ont un différend d'ordre financier, le comité de Cholet reprochant au comité d'Angers d'avoir fait une quête dans un arrondissement dépendant de lui[2]. Le différend se règle au sein de la société, chaque comité redéfinissant son périmètre pour les quêtes et celui d'Angers donnant l'argent de la quête à son homologue de Cholet.

Parfois les comités ont des difficultés avec des personnes qui sont, en théorie, susceptibles de les aider dans l'hospitalisation des soldats. C'est avec le sous-préfet de Melle que l'hôpital auxiliaire n°21 de la ville rencontre des problèmes. Dans une lettre du 7 février 1915, la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle s'inquiète auprès de son délégué régional de l'attitude du sous-préfet envers l'hôpital[3]. Saisi par des plaintes de soldats concernant des cantiques chantés à la formation, il demande à la présidente de les faire cesser[4]. Dans sa lettre au délégué, la présidente, peu au fait des règlements, concède que des cantiques sont chantés mais dans une salle à l'écart et que les soldats ne sont pas obligés d'y participer. Elle considère d'ailleurs « […] qu'il est à éviter de laisser l'autorité civile empiéter sur [leur] liberté de quelque façon que ce soit […] »[5]. Cette défiance envers l'autorité civile trouve sa source dans un conflit avec le sous-préfet au sujet d'une prise en subsistance d'un infirmier militaire qui lui est affecté comme secrétaire. La formation refuse car elle ne veut pas payer pour un infirmier qu'elle ne peut utiliser. Appuyée par son délégué régional et les autorités militaires, dont le médecin-chef de la place de Niort, la formation obtient gain de cause contre le sous-préfet[6].

b) L'occupation des locaux scolaires, une question sensible.

L'occupation des locaux scolaires est une question extrêmement sensible à la fois pour le gouvernement mais aussi pour les autorités civiles locales, au premier lieu desquelles les mairies.

---

[1] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 9 février 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[2] A.D.M&L. 101 J 343. Brouillon d'une lettre datée du 3 septembre 1914 de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers à la présidente du comité central de la société.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 7 février 1915 de la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle au délégué régional de la société.
[4] A.N. C 7689. Dépêche datée du 1er octobre 1914 du ministre de la Guerre. Le préfet est alors dans son rôle et applique les règles d'avant-guerre rappelées par cette dépêche. L'exercice d'un culte dans une formation sanitaire n'est autorisé qu'à partir du moment où un lieu pour celui-ci existait avant l'organisation de la formation. En outre, ce lieu devait être utilisé avant la guerre.
[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 7 février 1915 de la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle au délégué régional de la société.
[6] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 19 février 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. au sous-préfet de Melle.

Elles surveillent avec attention l'utilisation de leurs locaux et veillent à ce que celle-ci n'occasionne pas de dégâts, surtout suite à des travaux exécutés par les services de l'armée pour les adapter à leurs besoins. Dans un rapport du 19 janvier 1915, l'architecte de la ville de Tours constate que des travaux d'aménagement ont été faits au lycée de jeunes filles de la ville où a été organisé l'hôpital complémentaire n°26[1]. Il juge certains de ces travaux inutiles, risquant d'engendrer des coûts pour la ville lors de la restitution du local, tandis que d'autres sont jugés « […] irréparables […] »[2]. Le maire de Tours demande alors des explications au directeur régional du Service de Santé et exige que ses services soient consultés dorénavant. Le directeur fait alors ses excuses pour les dégâts occasionnés et promet qu'à l'avenir le maire serait consulté[3]. En dehors de ces travaux, les écoles réquisitionnées en partie doivent régler avec le Service de Santé de menus problèmes comme le partage des factures pour l'éclairage et le chauffage[4] ou de petits différends[5].

Surveiller l'utilisation des locaux scolaires publics n'est pas le principal souci des mairies concernant l'éducation des enfants. Elles s'inquiètent davantage de la rentrée scolaire d'octobre 1914. Les autorités civiles avaient espéré que la tournure des évènements militaires permettrait la restitution de nombreuses écoles, ce qui n'a pas été le cas[6]. Dès lors, différentes solutions ont été adoptées pour assurer la rentrée scolaire. Les mairies utilisent certains de leurs locaux pour y installer des classes[7], elles en louent pour y installer tout ou partie d'une école[8] et lorsque cela est possible, regroupent les écoles dans un même bâtiment. Les mairies peuvent aussi compter sur l'aide des autres autorités civiles, le préfet et le conseil général, pour disposer de locaux pour les élèves. Ceux du lycée Descartes de Tours sont répartis dans toute la ville tout en restant à proximité du lycée et des classes sont installées à la mairie et à la préfecture[9].

Le Service de Santé, et plus généralement l'armée, doit veiller à ne pas rallumer le conflit entre l'enseignement public et l'enseignement privé en favorisant l'un ou l'autre dans les réquisitions d'immeubles. Cette question est extrêmement sensible, surtout pour l'enseignement public qui se sent

---

[1] A.M. Tours. 1R boîte 40. Rapport daté du 19 janvier 1915 de l'architecte de la ville de Tours au maire de la ville.
[2] *Ibidem.*
[3] A.M. Tours. 1R boîte 40. Lettre datée du 22 janvier 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours.
[4] A.M. Tours. 1R boîte 40. Lettre datée du 12 octobre 1914 de la directrice du lycée de jeunes filles de Tours au maire de Tours.
[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 27 janvier 1915 et adressée au maire de la ville. L'auteur est inconnu mais la lettre provient de l'école primaire supérieure de jeunes filles. Le problème vient de la difficulté pour certaines personnes d'accéder à l'école, ces personnes étant éconduites par les plantons de l'hôpital complémentaire n°3.
[6] A.D.I&L. 8 R 36. Lettre datée du 12 novembre 1914 de l'inspecteur académique d'Indre-et-Loire au préfet de ce département.
[7] A.M. Tours. 1 R boîte 40. Lettre datée du 12 octobre 1914 de la directrice du lycée de jeunes filles de Tours au maire la ville. Une partie des classes a été installée dans l'ancien musée de la ville.
[8] A.M. Châteauroux. 1 D 43. Registre des délibérations du conseil municipal de Châteauroux. Séance du 28 novembre 1914.
[9] ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS ÉLÈVES DU LYCÉE DESCARTES. *Le Lycée Descartes 1807-1957*. Tours : Association Amicale des Anciens Élèves du Lycée Descartes, 1958, 95 p.

comme la principale « victime » des réquisitions militaires comme en témoigne le proviseur du lycée Descartes :

> « Il faut chercher ailleurs une installation pour notre internat, et il est d'autant plus nécessaire de l'organiser que les établissements libres n'ont pas été réquisitionnés et sont prêts à rouvrir leurs portes. »[1]

La situation préoccupe le Service de Santé[2] mais surtout les autorités civiles et principalement les mairies et autorités académiques qui se plaignent du traitement de faveur dont bénéficieraient les écoles privées. Elles craignent en effet de perdre des élèves au profit de l'enseignement privé comme le reconnaît l'inspecteur d'académie d'Indre-et-Loire :

> « […] celles-ci [les écoles privées] qui toutes se sont rouvertes soit dans leurs locaux ordinaires, soit dans des locaux de fortune et ont même recueilli un certain nombre d'élèves des écoles publiques. »[3]

L'armée doit alors expliquer sa démarche afin de montrer qu'elle n'a pas pris le parti de l'enseignement privé. Les nombreuses réquisitions sont dues à la guerre avec l'arrivée de réfugiés, de malades et de blessés en des nombres plus importants que prévus, il a fallu accroître le nombre de formations destinées à les accueillir. De même, la retraite a déplacé certains dépôts de troupes dans la 9e région, dépôts qu'il a fallu reloger[4]. Quant au fait que les écoles publiques soient plus réquisitionnées que celles du privé, les services de l'armée n'ont fait qu'obéir aux règlements. Ainsi, le cantonnement des troupes doit se faire prioritairement dans des locaux publics puis à défaut dans les locaux privés[5]. En outre, le Service de Santé ne fait lui aussi qu'obéir à ses règlements, notamment au minimum de vingt lits pour organiser un hôpital complémentaire. Enfin, certains maires se sont eux-mêmes placés dans cette situation en utilisant les écoles scolaires publiques pour soigner des soldats. En réalité, et les autorités civiles le conçoivent, les écoles publiques sont principalement utilisées car elles sont les plus aptes à être transformées en formations sanitaires :

> « Il semble même qu'à ce point de vue [place, installations, équipements] nos écoles publiques soient beaucoup mieux appropriées que les écoles privées car elles ont été réquisitionnées dans une bien plus forte proportion que celles-ci […] »[6]

Ce qui ne veut pas dire que les grands établissements scolaires privés n'ont pas été réquisitionnés. Les autorités publiques doivent attendre une baisse des hospitalisations dans la 9e région pour envisager la rétrocession des locaux.

---

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 27 août 1914 du proviseur du lycée Descartes au maire de Tours.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°3 755H datée du 23 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] A.D.I&L. 8 R 36. Rapport daté du 12 novembre 1914 de l'inspecteur d'académie d'Indre-et-Loire au préfet du département.
[4] A.D.I&L. 8 R 36. Lettre datée du 28 novembre 1914 du commandant de la 9e région militaire au préfet d'Indre-et-Loire.
[5] A.D.M&L. 8 R 36. Lettre datée du 25 septembre 1914 du commandant de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[6] A.D.I&L. 8 R 36. Rapport daté du 12 novembre 1914 de l'inspecteur d'académie d'Indre-et-Loire au préfet du département.

c) La crainte du conflit religieux.

Suite à la loi de 1905 sur la séparation des églises et de l'État, l'attitude du Service de Santé vis-à-vis des religions est une partie d'équilibriste entre neutralité de l'État et possibilité accordée aux soldats de vivre leur culte sans risque de prosélytisme. Avant la guerre, l'autorité militaire contrôle rigoureusement l'entrée des ministres des cultes dans ses formations et si tout est fait pour faciliter la pratique de la religion des soldats, le déroulement des cultes ne doit en aucun cas empiéter sur les soins. Ces règles traduisent la volonté du Service de Santé de rester maître en sa demeure tout en respectant les libertés individuelles. Dès le début de la guerre, le Service de Santé mène une politique visant à satisfaire ces deux impératifs, multipliant les circulaires et les dépêches, preuve que les limites ne sont pas clairement définies. Pour permettre aux soldats de pouvoir pratiquer leur religion durant la guerre, le ministère de la Guerre simplifie quelque peu les règlements. Les ministres des différents cultes accrédités sont autorisés le 1er octobre 1914 à se rendre dans les formations sanitaires même s'ils n'y ont pas été demandés. Le prosélytisme est interdit et ils doivent se limiter aux soldats qui réclament leurs services[1]. Le ministre de la Guerre semble aller plus loin en novembre 1914 et permet la création de chapelles pour des formations situées dans des bâtiments publics[2]. Cependant, cette création doit être décidée avant l'organisation de la formation, en accord avec le préfet et l'administrateur de la future formation. Pour éviter cette entorse au principe de séparation des églises et de l'État, une autre solution est mise en place. On autorise les soldats à se rendre dans un édifice cultuel proche pour suivre les offices religieux sur accord du médecin-chef et à condition évidemment que leur état de santé le permette[3].

Quelle que soit la religion du soldat et sa nationalité, tout est fait pour lui permettre de vivre sa religion. En ce qui concerne les prisonniers de guerre, ceux-ci sont soumis aux règlements de l'armée tout en étant sous la protection des Conventions de Genève et de La Haye. On demande alors aux commandants des régions militaires d'agir au cas par cas. Si la formation ou le dépôt de prisonniers ne comportent pas de chapelle dans les limites prévues par le règlement, les prisonniers peuvent, si les conditions de surveillance sont réunies, assister aux offices religieux dans des édifices cultuels proches[4]. On interdit la création de chapelles mais il n'est pas certain que certaines n'aient pas tout de même été érigées. Concernant les soldats alliés, on applique les mesures prises par l'armée le 1er octobre 1914, tout d'abord le 3 novembre 1914 pour les aumôniers belges[5], puis le 29 décembre 1914 pour les aumôniers anglais[6].

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire datée du 1er octobre 1914 du ministre de la Guerre.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°485 ter datée du 12 novembre 1914 du ministre de la Guerre.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Note de service datée du 31 octobre 1914 du commandant de la 9e région militaire.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°485 datée du 14 octobre 1914 du ministre de la Guerre.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°1 182bis datée du 3 novembre 1914 du ministre de la Guerre.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°19 707 datée du 29 décembre 1914 du ministre de la Guerre.

Pour les « minorités religieuses » françaises, tout est fait pour faciliter la pratique de leur culte. Afin de connaître la religion des soldats dans un pays majoritairement catholique, les noms des non catholiques sont inscrits à la fin du registre des entrées et sont consultables par tout ministre des cultes habilité par l'armée dont le nom est inscrit sur ce même registre. Ainsi, lorsqu'un soldat juif est hospitalisé à l'hôpital auxiliaire n°102, la direction de l'hôpital avertit l'aumônier militaire juif de la 9e région pour qu'il se rende auprès de lui[1]. Ces facilités passent aussi par la célébration des fêtes religieuses comme El Mouloud le 28 janvier 1915. On ordonne alors de la considérer comme un jour férié pour les musulmans, de laisser ces derniers la célébrer à leur convenance et d'améliorer la qualité des repas de cette journée[2]. En outre pour les musulmans, une attention particulière est faite quant aux rites d'inhumation qu'il est impératif de respecter chaque fois que cela est possible[3].

Cependant, dans le même temps l'armée doit veiller à ne pas rompre l'« Union sacrée » en rallumant le conflit de la loi de 1905, à ne pas provoquer de troubles. Elle doit alors se montrer ferme face aux dérives dont la principale est d'exposer les malades et les blessés à un prosélytisme religieux, principalement catholique. Ainsi à Persac, des soldats d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°4 sont obligés de se rendre à la messe[4] tandis que la direction centrale fait état de ministres du culte catholique qui auraient administré « [...] des sacrements [...] »[5] à des soldats musulmans sans leur consentement. L'attitude du Service de Santé consiste alors à multiplier les rappels à la réglementation car si des facilités ont été données, les principes de base doivent être respectés quant à la neutralité religieuse de l'armée. Le risque est alors d'aller dans le sens inverse de l'objectif fixé et d'interdire tout exercice de la religion dans les formations sanitaires. Lorsqu'on fait état de distribution d'objets de piété aux hospitalisés par les membres de la Croix-Rouge, le ministère de la Guerre demande aux directeurs régionaux du Service de Santé de rappeler à ces personnes le principe de neutralité et d'interdire la distribution de ces objets[6]. Des contradictions s'ensuivent alors, car en interdisant aux hospitalisés d'obtenir ces objets, on va à l'encontre du respect de leur croyance. Le ministère de la Guerre doit alors préciser la conduite à tenir, les distributions générales, s'apparentant

[1] A.D.M&L. 101 J 264. Lettre datée du 25 février 1915 du rabbin Léon Sommer, aumônier militaire du 9e corps d'armée en mission, à la secrétaire de l'hôpital auxiliaire n°102.
[2] A.D.M&L. 101 J 223. Dépêche n°259 9/11 datée du 27 janvier 1915 du ministre de la Guerre. 7 Hs Q 58. Télégramme daté du 26 janvier 1915 du médecin-chef (probablement de la place de Saumur) au médecin-chef de l'hôpital de Beaufort-en-Vallée datée du 26 janvier 1915.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°4 695 9/11 datée du 16 octobre 1914 de l'État-Major de l'Armée, Section d'Afrique. Dépêche n°11 282 2/7 datée du 3 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction. On fournit aussi un modèle de stèle pour les tombes des soldats musulmans.
[4] A.D.V. 1 R 782. Rapport daté du 30 octobre 1914 du sous-préfet de Montmorillon au préfet de la Vienne. Nous ne connaissons pas la suite de cette affaire.
5 A.N. C 7689. Dépêche n°1 423 C/7 datée du 14 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°9 487 C/7 datée du 28 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

à une manifestation collective, sont interdites, celles demandées par les soldats, individuelles, sont autorisées[1]. Concilier respect des croyances et neutralité religieuse de l'État n'est pas chose aisée.

L'hospitalisation des malades et des blessés de ce conflit ne peut se résumer à l'accroissement du système hospitalier et le Service de Santé doit remanier en profondeur son fonctionnement. La guerre médicale se déroule sur de multiples fronts qui n'ont pas toujours trait aux thérapies mais qu'il est indispensable de remporter. Ainsi, la pénétration des dernières avancées médicales a commencé malgré certaines résistances mais les efforts doivent être poursuivis pour offrir des conditions d'hospitalisation en adéquation avec la médecine moderne. Face à la création d'un système tentaculaire, le suivi des hospitalisés et de leurs soins est accru et même si la doctrine chirurgicale originale échoue, tout ne suit pas le même chemin comme le montre la faible virulence des épidémies au début du conflit. En outre, certains aspects de son organisation d'avant-guerre rencontrent des succès à l'exemple de la collaboration mise en place avec les autorités civiles dans la lutte contre les maladies épidémiques dans le sillon de la loi de 1902. Cependant, il faut souligner que ce résultat est principalement le fait des civils qui adaptent leur système de lutte aux conditions du conflit. Le Service de Santé, dans l'intérêt de la protection de la santé des militaires, appuie ce système et parfois sous la pression des autorités civiles, pallie le manque de personnel.

Le système hospitalier de la 9^{e} région militaire doit aussi évoluer pour d'autres raisons moins médicales mais qui ne sont pas sans conséquences sur son fonctionnement. Il se doit de veiller au bien-être des soldats sous peine d'être accusé par la population de négligence dans les soins. Celle-ci est d'ailleurs étroitement associée aux soins des soldats, par les dons principalement mais aussi par le contact entre le soldat et sa famille que le Service de Santé souhaite voir être constant. Ce système doit aussi s'adapter à des blessés spécifiques à la guerre en général et à celle-ci en particulier, comme les prisonniers de guerre et les soldats alliés, mais aussi les soldats coloniaux et indigènes. Enfin, ce système hospitalier doit éviter tout conflit qui serait préjudiciable à son bon fonctionnement comme celui concernant les sociétés de la Croix-Rouge. Mais surtout, il doit veiller à ne pas rallumer en pleine « Union sacrée » les vieux démons de la III^{e} République.

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°485 datée du 14 octobre 1914 du ministre de la Guerre.

Chapitre 3 : Une armée médicale à perfectionner.

Les critiques sur les soins et le fonctionnement du système hospitalier se propagent jusqu'au personnel civil et militaire, masculin et féminin. Les témoignages regorgent d'exemples de comportements nuisibles aux soins des soldats. Le docteur Léon Jouhaud évoque ce médecin militaire qui opère alors qu'il ne possède pas de réelles compétences chirurgicales et ignore les règles d'asepsie[1]. L'infirmière Claudine Bourcier évoque cet infirmier qui tente de contaminer un collègue en enfreignant les mesures d'hygiène[2]. Le personnel administratif n'est pas épargné, celui de l'hôpital auxiliaire n°21 à Melle s'oppose au contrôle du corps préfectoral, dans un contexte certes tendu. Ces exemples, nombreux, ne doivent pas noircir la situation mais le Service de Santé doit mettre un terme à ces dérives. Lui et ses alliés doivent modifier leur gestion du personnel, tant médical qu'administratif, pour permettre l'amélioration du système hospitalier de la 9e région et réaliser toutes les réformes en cours. En effet, comment accroître le système hospitalier sans nouveau personnel pour les formations créées ? Comment améliorer les soins si le savoir médical des médecins, des pharmaciens et du personnel infirmier n'est pas au niveau attendu ? Et plus précisément, comment le Service de Santé peut-il développer les spécialités médicales s'il ne connaît pas les compétences de son personnel ? Enfin, comment obtenir une meilleure récupération des soldats si celle-ci est bridée par un personnel administratif peu au fait de son rôle et des règles du Service de Santé ? Les problématiques et les améliorations à mener sont nombreuses et sans ces dernières, les réformes entreprises par le Service de Santé sont vouées à l'échec.

A) Remettre à plat la gestion des médecins et des pharmaciens.

L'entrée en guerre du Service de Santé bouleverse les conceptions d'avant-guerre, surtout dans l'utilisation des médecins, pièces maîtresses du système hospitalier. Et même si tout n'est pas négatif, leur impréparation à leur rôle lors d'un conflit se répercute sur le système de soins de la 9e région. Peu mentionnés dans les archives, les pharmaciens et leur gestion sont plus difficiles à appréhender. Le Service de Santé peut être tenu pour responsable mais il convient de pondérer ce jugement par le déroulement du conflit qui n'est pas favorable à l'armée française. Accusé de ne pas avoir su préparer ces civils mobilisés à son fonctionnement, les critiques les plus virulentes ciblent son incapacité à utiliser correctement les compétences du personnel médical. D'autres faits viennent aggraver la mauvaise gestion des médecins et des pharmaciens et renforcer les critiques lancées à son

[1] JOUHAUD, Léon, NOURISSON, Pascale (éd.) et BECKER, Annette (préf.), (2005), *Souvenirs…, op. cit.* p. 42.
[2] BOURCIER, Claudine et BOURCIER YAPP Claudia (éd.), (2002), *Nos chers…, op. cit.* p.122-123.

encontre ou contre ce personnel. Ainsi, l'accroissement du système hospitalier entraine celui des besoins en médecins et pharmaciens et le Service de Santé doit y pourvoir en espérant que les réserves constituées avant la guerre soient suffisantes sinon la qualité des soins risque d'en pâtir. Des échecs de l'armée française et des décisions prises par le Service de Santé découlent des situations qui parfois choquent ce personnel à l'exemple des figures de l'embusqué et du profiteur de guerre. Enfin, cette guerre est révélatrice du niveau médical du personnel pour lequel le Service de Santé n'est pas responsable mais il l'est sur sa connaissance de celui-ci et sur son utilisation. Tandis qu'il met en place un nouveau système médical basé sur les spécialités médicales, il ne peut faire l'impasse sur la recherche de spécialistes. Le Service de Santé doit rapidement améliorer tous ces aspects de la gestion des médecins et des pharmaciens pour remplir ses missions.

1) Des médecins et des pharmaciens trop peu nombreux.

La première difficulté à laquelle est confronté le Service de Santé est le nombre de médecins et de pharmaciens devenu rapidement insuffisant suite à l'accroissement du nombre de formations sanitaires sur tout le territoire. Cette situation est aggravée par les pertes du début de la guerre[1]. Prévoyant, il dispose de réserve en personnel, mais celles-ci vont-elles suffire ? Cherchant à récupérer le maximum de médecins et de pharmaciens, ne menace-t-il pas le bon fonctionnement des formations de la Croix-Rouge ? Car les comités des sociétés de la Croix-Rouge, contribuant à l'accroissement du système hospitalier, ont aussi besoin de ce personnel.

a) Le Service de Santé à la recherche de personnel.

Au début du conflit, le Service de Santé dispose de 10 490 médecins, 1 495 provenant du cadre actif et 8 995 du cadre auxiliaire[2]. Les soins des soldats sont alors principalement donnés par des médecins civils mobilisés tandis que les postes de direction sont principalement occupés par des médecins militaires en activité ou bien rappelés de leur retraite. Il en va de même pour les pharmaciens du Service de Santé qui sont majoritairement des civils mobilisés. Le médecin inspecteur Troussaint dénombre au début du conflit, 126 pharmaciens de l'armée active et 2 192 pharmaciens de la réserve de l'armée active, de l'armée territoriale et de sa réserve[3]. Encore qu'il ne précise pas si ces 126 pharmaciens sont des militaires ou bien des étudiants en pharmacie faisant leur service militaire et intégrés de fait dans l'armée active.

---

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 168. Au 25 avril 1915, il dénombre pour les médecins : 162 morts, 1 361 blessés et évacués, 361 prisonniers et 158 disparus. Pour les pharmaciens : neuf morts, quatre-vingt-six blessés et évacués, six prisonniers et quatre disparus.
[2] *Ibidem, op. cit.* p. 70.
[3] *Ibid, op. cit.* p. 94.

Très rapidement le Service de Santé doit faire face à une pénurie de médecins tandis que la réserve de pharmaciens est encore suffisante, une pénurie potentiellement dangereuse pour ses missions. Celle-ci est provoquée par les pertes (blessés, morts, prisonniers ou disparus) et par l'accroissement du système hospitalier qui ne peut se faire sans l'augmentation de ce personnel[1]. La 7e Direction procède à une augmentation des effectifs et le nombre de médecins s'élève à 13 622 au 1er janvier 1915, puis 14 834 au 15 mai 1915. Concernant les pharmaciens, la situation est différente puisque deux mois après le début de la guerre, ils sont 200 à être disponibles pour les besoins du Service de Santé. Leur nombre reste d'ailleurs stable, 2 318 à la mobilisation puis 2 289 au 1er janvier 1915 et 2 272 au 15 mai de cette année[2].

Pour procéder à ces augmentations, le Service de Santé puise dans la réserve constituée par les médecins et les pharmaciens civils qui ne sont pas encore mobilisés[3]. Tout comme l'Armée qui souhaite récupérer ses soldats hospitalisés, le Service de Santé procède de même avec son personnel. Ainsi les officiers du Service de Santé de l'armée active, temporairement en non-activité pour infirmité, et ceux de la réserve de l'armée territoriale qui avant la guerre ont été placés hors cadre, sont visités et contre-visités[4]. Les objectifs sont atteints pour l'intérieur en décembre 1914, la 7e Direction jugeant l'effectif des médecins suffisant pour permettre les remplacements des médecins du front et pour assurer les services médicaux à l'intérieur[5]. Le Service de Santé n'arrête pas pour autant son recrutement et cible ceux ayant servi aux armées ou pouvant y retourner ainsi que les chirurgiens de carrière. Les directeurs régionaux sont alors chargés d'enquêter sur les services qu'ils peuvent rendre. Afin de libérer des médecins mobilisés à l'intérieur pour le front, ils sont fortement incités à utiliser les articles 31 et 91 de l'instruction du 21 mai 1913[6]. Les effectifs augmentent mais cela n'empêche pas une disparité dans la répartition du personnel médical, à l'instar du personnel civil encore présent, comme le fait remarquer la 7e Direction le 26 novembre 1914[7]. Elle demande alors une meilleure répartition des médecins entre grandes villes et petites garnisons.

---

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 94. Deux mois après la guerre, les réserves en médecins sont épuisées tandis qu'il reste 200 pharmaciens. 1 500 médecins et 600 officiers d'administration ont dû être nommés pour combler ces premières pertes.

[2] *Ibidem, op. cit.* p. 94-95. En mai 1915, le Service de Santé mobilise 200 pharmaciens supplémentaires pour subvenir aux besoins créés par les nouveaux services, comme ceux des laboratoires de toxicologie créés au front.

[3] *Ibid, op. cit.* p. 95. Pour les médecins tout au moins, mais cette procédure est très probablement la même pour les pharmaciens.

[4] A.N. C 7689. Dépêche n°4 109 1/7 datée du 16 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.

[5] A.N. C 7689. Dépêche n°5 568 1/7 datée du 12 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

[6] *Ibidem.* Ces deux articles autorisent l'emploi dans les hôpitaux complémentaires de médecins, de pharmaciens et de comptables dégagés de toute obligation militaire ou bien appartenant au service auxiliaire ou à la réserve de l'armée territoriale.

[7] A.N. C 7689. Dépêche n°15 928 C/7 datée du 26 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

b) Les comités de la Croix-Rouge face à la prédation du Service de Santé.

Placées dans une situation analogue, les sociétés de la Croix-Rouge n'ont pas les mêmes moyens que le Service de Santé. Si celui-ci peut piocher dans le vivier des médecins et des pharmaciens civils, il n'en est pas de même pour les sociétés de la Croix-Rouge par ailleurs pénalisées par l'action du Service de Santé. En effet, le rappel des médecins et des pharmaciens se fait parfois à leur détriment. Au début de la guerre, trouver du personnel demeure encore possible[1], mais l'inquiétude des comités grandit au fur et à mesure que le Service de Santé diminue les ressources et retire du personnel des formations auxiliaires.

La 7e Direction doit cependant se rendre à l'évidence : retirer une trop grande partie du personnel des hôpitaux auxiliaires en entraverait le bon fonctionnement. Cela serait d'autant plus dommageable que les comités ont consenti à d'importants efforts en augmentant le nombre de formations et de lits. Au final, le Service de Santé risque de menacer les soins des soldats hospitalisés dans ces formations. Le 12 octobre 1914, la 7e Direction en prend acte et limite l'impact du prélèvement de personnel en accordant des autorisations de maintien pour ceux qui seraient appelés par le Service de Santé suite à une révision de leur statut par les conseils de révision ou de réforme[2]. Pour ce faire, les délégués régionaux doivent adresser la liste du personnel concerné au ministre de la Guerre avec avis du directeur régional et du commandant de la région.

Être inscrit sur cette liste du personnel maintenu dans les formations auxiliaires ne garantit pas d'être appelé par le Service de Santé, ou tout au moins ne protège pas les hôpitaux auxiliaires contre les velléités du Service de Santé. Il faut alors toutes les bonnes relations tissées avant la guerre puis au début du conflit entre les comités, surtout leurs délégués régionaux, et le Service de Santé, pour conserver ce personnel. L'hôpital auxiliaire n°12 doit affronter la prédation du Service de Santé pour l'un de ses médecins, le docteur Tourlet. L'hôpital obtient son maintien à la fin du mois de décembre 1914[3] mais le répit est de courte durée. Le 16 janvier 1915, le président du comité de la S.S.B.M. de Chinon avertit son délégué régional des démarches du directeur régional du Service de Santé pour le récupérer[4]. Le délégué utilise ses relations avec le directeur régional pour que l'hôpital puisse conserver ce médecin, ce qu'il parvient à faire au début du mois de février 1915[5].

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique de l'hôpital auxiliaire n°10 par son administrateur, Ch. de Marsilly. Non daté mais probablement de la fin de l'année 1916. La formation remplace immédiatement un médecin dès son ouverture.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°11 052 C/7 datée du 12 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 23 décembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de la S.S.B.M. de Tours.
[4] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 26 janvier 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la S.S.B.M.
[5] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 1er février 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de la S.S.B.M. de Chinon.

Dans les cas où les hôpitaux auxiliaires ne peuvent conserver leur personnel, une autre solution, étendue ensuite à toutes les formations, leur permet de le compléter : faire appel à un personnel étranger. Très probablement suite aux demandes d'augmentation des capacités hospitalières des formations de la Croix-Rouge, le ministère de la Guerre décide d'alléger les conditions de recrutement de leur personnel en les ouvrant aux ressortissants des puissances alliées. Le 21 août 1914, le décret du 2 mai 1913 est modifié pour permettre ce recrutement limité à la durée de la guerre[1]. Puis le recrutement de médecins et d'infirmiers, pour toutes les formations sanitaires, est étendu aux ressortissants des pays neutres le 23 septembre 1914[2]. Ce recrutement est de nouveau remanié le 25 novembre 1914[3], les ministères de la Guerre et des Affaires Étrangères ont alors mis en place des procédures pour les pays alliés[4] ou neutres[5]. Les procédures sont simplifiées dans le cas des pays alliés. Les autorités civiles ne sont donc pas les seules à s'intéresser au personnel médical étranger et les hôpitaux auxiliaires font des demandes dans le cadre de la circulaire précédemment citée. Le 17 décembre 1914, l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil fait une demande auprès du président de la S.S.B.M. de Tours pour un pharmacien belge qui doit remplacer le pharmacien de la formation appelé à Châteauroux[6]. Le lendemain le délégué régional de la S.S.B.M. lui répond qu'il n'y voit aucun inconvénient. Il semble cependant que cela ne soit qu'une solution temporaire car on espère le retour prochain du pharmacien de l'hôpital[7]. Dans ce cas, on peut se demander si la procédure a été respectée au vu du temps de réponse mais il est aussi très probable que le délégué se soit rendu à la direction régionale pour obtenir cette autorisation plus rapidement.

c) Une mauvaise estimation d'avant-guerre ?

Cette recherche de médecins et de pharmaciens au début du conflit traduit un certain échec de la préparation du Service de Santé à son rôle en temps de guerre. Il convient tout de même de pondérer celui-ci car le Service de Santé ne peut être tenu pour responsable des pertes liées aux faits de guerre. Il l'est plus pour ce qui concerne ses mauvaises prévisions, aggravées il est vrai par l'invasion du territoire qui l'oblige à accroître son système hospitalier nécessitant alors plus de personnel. Les

[1] A.N. C 7689. Décret du 21 août 1914 du ministre de la Guerre. Cependant, il apparaît que des hôpitaux auxiliaires ont engagé des personnes étrangères avant cette modification car dès le lendemain, la 7e Direction rappelle à l'ordre les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. Elle a constaté que des personnes étrangères, n'appartenant pas aux pays alliés à la France, ont été engagées. A.N. C 7689. Dépêche n°5 840 C/7 datée du 22 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°15 895 C/7 datée du 25 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] *Ibidem.*
[4] À cette date, il s'agit de la Russie, de la Grande-Bretagne, de la Belgique, du Japon, de la Serbie et du Monténégro. On inclut aussi les Alsaciens-Lorrains. Les sujets britanniques sont soumis à un régime spécifique depuis octobre 1914, les offres anglaises sont examinées par un Comité de coordination des Secours britanniques présidé par Sir Arthur Stanley.
[5] On contrôle l'identité, la moralité, le loyalisme et les aptitudes professionnelles des candidats. En outre, un français courant est exigé.
[6] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 17 décembre 1914 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au président du comité de la S.S.B.M. de Tours.
[7] Il semble que cela ne soit qu'une mesure temporaire.

critiques pleuvent sur le Service de Santé accusé de ne pas utiliser comme il se doit les médecins et de ne pas avoir su préparer les médecins civils à leur rôle. Ces critiques concernent principalement la préparation des médecins et des pharmaciens, moins le manque de personnel. Il faut cependant revenir sur ce point pour montrer que même si le Service de Santé n'est pas exempt de tout reproche, l'attitude des médecins civils avant la guerre n'a pas facilité la constitution d'un réservoir suffisant l'obligeant à agir dans l'urgence.

Le médecin inspecteur Troussaint dénonce durant le conflit, un certain égoïsme des médecins civils dont celui des médecins fraîchement diplômés qui ne demandèrent pas à intégrer les cadres du Service de Santé. Selon ses calculs, de 1882 à 1912 sur 27 965 étudiants devenus docteurs en médecine, seulement 13 389 ont été nommés médecin aide-major de 2e classe de la réserve ou de l'armée territoriale[1]. Il met ainsi en avant un fait important : le Service de Santé ne dispose d'aucun moyen pour obliger les étudiants ou les médecins civils à obtenir ce poste. Tout dépend du bon vouloir et du sens du devoir de ceux-ci, de leur volonté à mettre leurs compétences au service de l'armée en cas de guerre. Cette absence de moyens légaux s'observe dès le début du processus de recrutement des médecins appelés à servir en cas de conflit. Le premier vivier de celui-ci est constitué des étudiants en médecine or tous ne font pas leur service militaire. Ils doivent d'abord passer par le conseil de révision qui ne prend pas en compte les spécificités du poste de médecin militaire, cherchant avant tout des soldats. Certains étudiants peuvent ainsi être réformés ou bien peuvent avoir été classés dans le service auxiliaire sans grade spécifique à leur fonction dans le civil. C'est le cas du chirurgien Henry Barnsby*, classé dans le service auxiliaire en 1889, ajourné par deux fois en 1890 et 1891, il est proposé au service auxiliaire en 1892 et n'entre pas dans les plans de mobilisation du Service de Santé. Cela ne l'empêche pas de poursuivre une carrière dans le civil[2].

Le conseil de révision n'est pas le seul obstacle à la formation des médecins, car comme l'a dénoncé le médecin inspecteur Troussaint, un grand nombre d'étudiants en médecine sont ignorés par le Service de Santé. On ne sait pas si le Service de Santé opère un suivi des étudiants en médecine et si cette qualité d'étudiant en médecine est inscrite sur les livrets militaires. Leur statut est cependant connu s'ils ont demandé et obtenu un sursis d'appel afin de poursuivre leurs études car cela est mentionné sur leur livret. Ainsi, le cas de Jean Quénu semble montrer qu'il est connu comme tel à son arrivé au régiment, mais probablement plus par le fait qu'il arrive en dehors des périodes d'incorporation, en février 1911, il vient alors de résilier son sursis[3]. Le Service de Santé est donc dépendant de la bonne volonté des civils pour constituer son personnel. Mais il est étonnant qu'il n'ait pas cherché à mettre en place une incorporation obligatoire des médecins civils au sein de son

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 71.
[2] S.H.D. Dossier 5 Ye 127 494 BARNSBY Henry, David, William, Pierre.
[3] QUÉNU, Jean, (1971), *Notre…, op. cit.* p. 29.

personnel. Surtout qu'il dispose avant le conflit, de différents outils pour repérer les médecins civils. Depuis 1909, les facultés de médecine sont tenues de signaler au Service de Santé les étudiants ayant obtenu leur doctorat[1]. Ensuite, les préfectures possèdent la liste des médecins exerçant dans le département, une liste mise à jour chaque année.

Pour les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge, les difficultés de recrutement durant la guerre résultent, outre de la ponction du Service de Santé, des limites du vivier dans lequel elles peuvent choisir leur personnel avant la guerre. En effet, ce recrutement se fait pour tout son personnel sur les bases de l'article 4 de l'instruction du 2 mai 1913 :

> « Nul ne peut être employé par les sociétés d'assistance dans leurs établissements sanitaires s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est dégagé de toutes les obligations imposées par les lois qui régissent le recrutement des armées de terre et de mer. »[2]

Les médecins concernés sont donc principalement ceux qui ont fait leur temps militaire comme le chirurgien civil René Boureau*, rayé des cadres le 22 novembre 1900[3] et affecté comme chirurgien à l'hôpital auxiliaire n°1 créé par la S.S.B.M. de Tours.

Mais le Service de Santé ne ferme pas la porte à l'emploi par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge d'un personnel civil provenant de la réserve de l'armée territoriale ou bien classé dans le service auxiliaire[4]. Il s'agit alors d'hommes qui ont pratiquement fini leur temps militaire ou bien qui ne seraient probablement pas mobilisés en cas de conflit. Pour les médecins et les pharmaciens, les conditions divergent car la classe de recrutement ne rentre pas en compte. Par contre, ils doivent être classés dans le service auxiliaire, ne pas être utilisés dans le plan d'hospitalisation du Service de Santé et être affecté à un hôpital auxiliaire de 1ère ou 2e série[5]. Ils sont demandés avec leur consentement et doivent alors fournir une déclaration d'engagement, ou non. Dans les deux cas les comités transmettent leurs demandes au directeur du Service de Santé du corps d'armée qui transmet au commandant de celui-ci avec ses observations pour statuer[6]. Le chirurgien Henry Barnsby est dans ce cas. Classé dans le service auxiliaire, membre de la S.S.B.M. de Tours, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°2 de ce comité comme chirurgien ; de plus il met sa clinique à disposition de cet hôpital

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Réserve et armée territoriale. Officiers et assimilés. Volume mis à jour à la date du 15 juillet 1913*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1913, 364 p.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137.
[3] S.H.D. Dossier 5 Ye 6 903 BOUREAU René, Marie, Louis.
[4] Il doit alors appartenir à l'armée territoriale ou à sa réserve.
[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 22 (Article 38).
[6] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 23 (article 39).

pour les opérations chirurgicales[1]. Ce sont ces hommes que vise le Service de Santé pour accroître ses effectifs.

2) Les embusqués et les « […] profiteurs médicaux de guerre […] »[2].

Ce personnel est touché par ces deux phénomènes comme les soldats et les industriels. Dans ces polémiques, le Service de Santé n'est pas épargné par les critiques car il est à l'origine des différentes situations. Il convient alors d'en comprendre les origines d'autant que les accusations les plus vives sont lancées, tout comme pour les soldats, par les médecins du front contre leurs collègues de l'intérieur. Une accusation parfois lancée entre médecins de la 9e région.

a) Une situation engendrée par la réglementation…

Les critiques du médecin inspecteur Troussaint contre ce personnel médical embusqué et profiteur de guerre, par le vol de clientèle principalement, sont à nuancer. Même si parfois ces cas de figure résultent de stratégies condamnables aux yeux de « […] l'égalité des charges devant l'ennemi […] »[3], ils sont principalement dus au respect des règlements, à une défaillance dans la préparation du personnel médical par le Service de Santé et à la situation engendrée par la guerre.

Comme il a été montré précédemment, le Service de Santé et son personnel sont éprouvés par le début de la guerre[4] et très rapidement la question de la reconstitution des réserves de personnel aux armées comme de l'intérieur est abordée par la 7e Direction. L'un des moyens pour reconstituer et accroître les effectifs est de libérer un maximum de médecins et de pharmaciens aptes à faire campagne en les remplaçant par un personnel du cadre auxiliaire[5] ou dégagé de toute obligation militaire. Cette disposition légale ouvre la voie à la mobilisation sur leur lieu de résidence de médecins et de pharmaciens ou bien entérine des situations similaires comme celle du chirurgien Paul Guillaume-Louis[6]. La circulaire précise que si la région militaire ne dispose pas de ce type de personnel, il convient de satisfaire les demandes d'envoi aux armées par un prélèvement sur les dotations des hôpitaux du territoire. Cependant, ces envois aux armées ne doivent pas déstabiliser les services, limitant ainsi l'envoi au front de médecins aptes à faire campagne. En effet à la même

[1] SOCIÉTÉ SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES, Comité départemental d'Indre-et-Loire, (1914), *Rapport de…, op. cit. p.* 33.
[2] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 126-127.
[3] *Ibidem, op. cit.* p. 124.
[4] *Ibid, op. cit.* p. 168. Au 25 avril 1915, le Service de Santé estime avoir perdu 2 294 médecins, pharmaciens et officiers d'administration. Soit 2 042 médecins, 105 pharmaciens et 147 officiers d'administration. Ces pertes comprennent les tués à l'ennemi, les morts, les blessés, les évacués, les prisonniers et les disparus.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°5 797 C/7 datée du 22 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] S.H.D. Dossier 6 Ye 7 572 GUILLAUME-LOUIS Paul, Sébastien. Son dossier ne mentionne pas de date précise mais seulement l'année 1914, ce qui laisse penser que cette reconnaissance a été faite lors de la mobilisation.

époque on cherche à accroître les capacités hospitalières des régions, ce qui ne peut se faire qu'avec une augmentation du personnel.

Le Service de Santé multiplie les dispositions favorables au maintien chez eux des médecins mobilisés, surtout lorsqu'ils possèdent des compétences recherchées. Le 14 novembre 1914, dans le cadre de l'utilisation dans les services de l'intérieur du personnel du cadre complémentaire rentré de captivité ou bien ayant terminé sa convalescence à l'intérieur, la 7e Direction met en place un système de roulement[1]. Désormais le personnel aux armées est complété tout d'abord par les officiers de complément qui demandent à partir au front, puis par ceux aptes à faire campagne et qui n'ont pas encore servi au front, à commencer par les classes les plus jeunes. De cette mesure d'égalité du temps passé aux armées sont exclus, temporairement, les officiers de l'active qui doivent retourner au front après leur convalescence ou leur retour de captivité. Cependant, il est permis de les utiliser dans les services de leur région d'origine en attendant leur départ. Enfin, les autres officiers ayant achevé leur convalescence ou étant rentrés de captivité sont mis à la disposition du directeur régional de leur région d'origine qui choisit soit de les utiliser dans la région, soit de les renvoyer aux armées. Ceci explique que le docteur Edmond Jousselin reste à la tête du centre radiologique de la place de Niort suite à son évacuation et à sa convalescence, centre auquel il est affecté le 28 octobre. Les compétences de ce médecin et son installation privée deviennent indispensables pour le Service de Santé qui est autorisé à le mobiliser dans son installation personnelle de Niort.

b) … mais qui est vivement critiquée.

Cette mobilisation des médecins et des pharmaciens sur leur lieu de résidence est donc réglementaire au début de la guerre. Elle possède aussi les soutiens importants des autorités civiles qui demandent à ce qu'on leur fournisse du personnel médical, parfois en conservant leurs médecins et pharmaciens. Comme il a été vu, ce que demandent les autorités civiles n'est pas de soustraire ce personnel à ses obligations militaires, même si l'on ne peut écarter cette idée, mais plutôt d'aménager celles-ci pour qu'elles soient utiles à la population. C'est ce type d'arrangement qui irrite le personnel mobilisé au front, critiquant leurs collègues qui ne risquent pas leur vie et peuvent poursuivre leur carrière. Le Service de Santé doit alors agir pour calmer la grogne des mobilisés au front et le 4 décembre 1914, il vise les médecins mobilisés qui sont mis à la disposition de la population civile[2]. Pour mettre fin aux abus, il est rappelé qu'ils ne doivent pas recevoir d'honoraires dans le cadre de ces services qui sont des missions militaires. En cas de désobéissance, les médecins fautifs doivent être mutés. Cependant rien n'est dit concernant le personnel mobilisé sur place et qui continue, en dehors de ses heures de service militaire, à s'occuper d'une clientèle civile. Rien aussi concernant le

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°14 658 C/7 datée du 14 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°17 029 C/7 datée du 4 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

personnel qui n'est pas mobilisé ou bien affecté à un hôpital auxiliaire ou bénévole de son lieu de résidence et qui poursuit son activité civile.

Le Service de Santé intervient aussi pour mettre fin à l'embusquage qui menace les intérêts de l'armée. Le 4 janvier 1915, on vise le personnel du cadre complémentaire « […] encore jeune […] »[1] affecté à des hôpitaux ou des dépôts de corps de troupe et qui continue d'exercer sa profession dans sa ville de résidence. Le Service de Santé dénonce l'iniquité de cette situation mais pas son illégalité car rien ne l'interdit. On s'inquiète surtout de ceux affectés aux dépôts de corps de troupe car ils auraient plus de difficultés à faire passer les intérêts de l'armée avant ceux des hommes mobilisés qui pourraient être leurs patients[2], pratique qui existe en temps de paix[3]. Pour remédier à ceci, il convient alors, sans désorganiser les services par des mutations hâtives, d'affecter ces médecins de complément en dehors de leur résidence jusqu'à leur envoi aux armées. Seule exception, les médecins de complément normalement dégagés de toute obligation militaire de par leur âge mais qui ont souhaité rester sous les drapeaux. Ils peuvent être affectés à leur ville de résidence si leur présence est reconnue nécessaire pour la population civile. En outre, aucun médecin de la localité ne peut désormais être affecté dans les dépôts des corps de troupe. Cette mesure est ensuite complétée, les médecins de complément mis à la disposition exclusive de la population ou des autorités civiles de leur lieu de résidence peuvent être mis hors cadre à la condition d'être dégagés de toute obligation militaire de par leur âge[4].

Ces embusqués et profiteurs médicaux de guerre sont dénoncés par le personnel du front mais aussi par celui qui travaille à leurs côtés. Le 24 novembre 1914, le conseil municipal de Loudun donne lecture d'une lettre du docteur Magé, maire démissionnaire de la ville, dans laquelle il évoque les raisons de sa démission. Des raisons complexes, mais parmi lesquelles on trouve la présence à Loudun de cinq « embusqués » selon le maire, malgré ses récriminations et selon lui, malgré le droit. Ces « embusqués » continuent d'exercer leur activité civile[5]. Pire à ses yeux, bien que mobilisés, ils ont refusé de se charger du service d'une formation pour contagieux militaires arguant de locaux inutilisables et insalubres. Le maire dénonce une manœuvre visant à éviter de donner des soins. La situation semble être quelque peu plus compliquée car d'autres éléments sont à l'origine de la démission du maire, notamment le transfert de contagieux à l'hôpital de Loudun, qui n'est pas adapté

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°379 C/7 datée du 4 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] *Ibidem.* Dans le même but, on précise que le personnel qui a un mandat électif tel que député, sénateur ou conseiller général, ne peut plus être affecté à son département d'élection.
[3] PERRIN, François et PERRIN, Éric (éd.), (2009), *Un toubib…, op. cit.* p. 162. Lors des périodes d'instruction des réservistes appartenant au 266e régiment d'infanterie, le docteur Perrin voit arriver de nombreux hommes avec des « […] certificats médicaux de complaisance […] ».
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°2 229 C/7 datée du 21 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.D.V. E DEPOT 137 D 12. Registre des délibérations du conseil municipal de Loudun. Séance du 24 novembre 1914.

selon le maire, et ce à l'instigation de ces « embusqués »[1]. Le terme infamant est utilisé dans ce cas pour attaquer le Service de Santé qui accapare un hôpital civil au détriment de la population. De son côté, le docteur Bouchacourt dresse un portrait peu flatteur du radiologue tourangeau Menuet, celui d'un profiteur de guerre sans respect pour les blessés de guerre qu'il fait attendre dans la rue, ce que contredit le directeur régional[2]. Concernant sa critique de l'aspect financier de ces examens, cela est dû à un ordre émanant de la 7e Direction. Face au manque de moyens radiologiques, des tarifs ont été négociés entre les laboratoires privés et la direction régionale pour examiner les soldats[3].

3) La gestion des compétences médicales.

Si la « crise » des effectifs est rapidement surmontée au début de la guerre, malgré quelques frictions avec les comités de la Croix-Rouge, la gestion des compétences médicales demeure un problème plus complexe à résoudre. En effet, le Service de Santé doit mettre fin à son ignorance sur ce sujet qui date d'avant la guerre. Pour cela, il se doit de prendre des mesures énergiques et enfin de collaborer avec les médecins civils. Ce personnel n'est pas forcément irréprochable. La Première Guerre mondiale a révélé la grande disparité des compétences médicales des praticiens civils, parfois peu enthousiastes à l'idée que cela se sache.

a) Des médecins incompétents ?

Les accusations d'embusqué et de profiteur de guerre ne sont pas les pires portées contre ce personnel. En réalité toute une gamme de critiques est lancée à son encontre, allant de certains manquements sans conséquences aux accusations d'incompétence menaçant la santé des hospitalisés. Ces critiques, parfois faites par le Service de Santé, voire par certains médecins contre leurs collègues, montre une impréparation du personnel à sa tâche et une mauvaise utilisation des compétences imputable au Service de Santé. Ainsi, s'il réprimande des abus de langage[4] sans conséquence sur les soins des soldats, il en est autrement lorsqu'il critique la mauvaise gestion des hôpitaux temporaires. Le 7 octobre 1914, la 7e Direction se plaint que la majorité des médecins mobilisés à leur tête ne soit pas au courant de sa mission et qu'ils méconnaissent les règlements. Même les directeurs régionaux sont critiqués. La 7e Direction ordonne à ces derniers de mettre un terme à ces errements et aux directeurs adjoints de contrôler et de conseiller les médecins-chefs. Même si l'on ne peut mesurer

[1] A.D.V. E DEPOT 137 D 12. Registre des délibérations du conseil municipal de Loudun. Séance du 24 novembre 1914. Ces médecins se sont plaints des conditions d'hospitalisation à l'origine de ce transfert. S'ensuit un manque de place pour la population civile.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 7 mars 1915. L'attaque du docteur Bouchacourt se fait avec l'objectif de créer un centre régional de radiologie.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Télégramme non daté du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire à la 7e Direction.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°12 792 C/7 datée du 29 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. Des médecins chargés des fonctions de « […] Chefs du Service de Santé de la Place […] » (probablement médecin-chef de la place) se feraient appeler « […] Directeur du Service de santé […] » ou « […] Médecin Principal […] » de la place quel que soit leur grade.

quantitativement et qualitativement les connaissances des règlements militaires des médecins, cette dépêche démontre un certain échec de leur formation avant le conflit. Certes l'instruction du 21 mai 1913 est récente et il est très probable que peu de médecins s'y soient intéressés, mais elle reprend en partie celle du 5 mai 1899. Les médecins mobilisés vont devoir apprendre directement leur rôle militaire, aidés par le Service de Santé mais au détriment, temporaire il faut l'espérer, de la gestion des hospitalisés.

Pas assez militaires[1] et trop peu au courant des règlements, les médecins sont aussi critiqués pour leur manque de compétence, traduisant une mauvaise utilisation de celles-ci. Ces critiques sont d'autant plus virulentes qu'elles sont parfois émises par un personnel qualifié, comme le radiologue Bouchacourt lors de ses tournées d'inspection. En janvier 1915, il met en cause les compétences chirurgicales du chirurgien de l'hôpital complémentaire n°2[2]. De passage à Château-la-Vallière, le docteur Bouchacourt est sollicité par le médecin-chef de l'hôpital et maire de la ville, le docteur Maguin[3]. Ce dernier lui montre des blessés envoyés par l'hôpital complémentaire n°2 et qui selon lui, doivent être opérés rapidement, ce qu'il ne peut faire n'ayant ni les compétences ni l'installation chirurgicale nécessaires. Par des radiographies, le docteur Bouchacourt confirme ce jugement pour six d'entre eux. Ce faisant, il porte un jugement sur le traitement médical d'un confrère qu'il garde pour lui pour le moment. Quelques jours après, il s'en va trouver les chirurgiens tourangeaux Henry Barnsby et Lieffring pour connaître leur avis sur ces cas dont il tait l'origine. Ces chirurgiens confirmant son jugement, il décide d'agir dans l'intérêt des blessés et fait part de ses conclusions au directeur régional du Service de Santé :

> « […] à savoir que le Lycée Descartes [l'hôpital complémentaire n°2] envoyait dans des depots [*sic*] de convalescents comme l'Hopital [*sic*] de Château-la-Vallière, des blessés qui n'etaient [*sic*] ni gueris [*sic*], ni en voie de guerison [*sic*] et que [ses] radiographies [lui] permettaient de considerer [*sic*] comme negligés [*sic*], au point de vue chirurgical. »[4]

S'appuyant sur ses compétences radiologiques, le docteur Bouchacourt n'hésite pas à critiquer durement ce chirurgien qu'il rencontre par la suite. La confrontation est tendue, ce dernier n'accepte pas les critiques venant d'un médecin qui n'est pas chirurgien. Cette confrontation révèle aussi la méconnaissance de certains chirurgiens des services qu'apporte la radiologie, méconnaissance contre laquelle le docteur Bouchacourt tente de lutter lors de ses inspections dans la 9e région. Il demande au chirurgien d'utiliser plus souvent la radiologie pour lui éviter ce genre de complication, qu'il se

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°14 583 C/7 datée du 14 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction. On préconise d'employer pour l'examen des inaptes ou des hommes du service auxiliaire, des médecins militaires retraités ou bien en convalescence. Les médecins civils mobilisés sont suspects d'impartialité. Si cela ne peut être possible, on demande de ne pas utiliser de médecins provenant de l'arrondissement où se déroulent les examens.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 12 janvier 1915. Nous ne connaissons que le point de vue du docteur Bouchacourt ainsi qu'un avis du directeur régional.
[3] *Ibidem.*
[4] *Ibid.*

doit de signaler lors de ses tournées. Ce conseil lui vaut alors l'accusation d'être un « profiteur médical de guerre »[1], ce qu'il réfute.

Le radiologue Bouchacourt est excédé de la suite donnée à cette affaire par des médecins de l'hôpital complémentaire n°2. Ces derniers se seraient rendus au domicile du docteur Henry Barnsby « […] pour lui dire qu'il avait agi en mauvais confrère, en émettant une opinion sur [ses] clichés, et qu'ils allaient poser la question le surlendemain 29 janvier, devant la Société de medecine [*sic*] d'Indre-et-Loire. »[2] Pour le docteur Bouchacourt c'en est trop et il s'en va trouver le directeur du Service de Santé de la 9e région. Ce n'est pas la Société de Médecine d'Indre-et-Loire qui le dérange. À Angers, les médecins des différentes formations sanitaires sont invités par le président d'une société analogue à participer à la séance du 2 décembre 1914 pour y discuter des traitements des blessés[3]. Ce qu'il refuse, c'est que l'on assimile les soldats blessés à une clientèle privée, « […] conception intolerable [*sic*] […] »[4] qu'il juge incompatible avec sa mission d'inspection. Cependant, le docteur Bouchacourt croit savoir que la question n'a pas été posée sur l'intervention du directeur régional. Ce dernier ordonne ensuite aux médecins-chefs de place de faire multiplier les recherches radiologiques et de faciliter la mission du docteur Bouchacourt. Il ne se prononce pas sur la compétence du chirurgien de l'hôpital complémentaire n°2, ni sur l'envoi de blessés incomplètement soignés dans des formations inadaptées à leurs états, ni sur l'attitude des médecins de l'hôpital complémentaire n°2.

Cette affaire est révélatrice de plusieurs dysfonctionnements du Service de Santé qu'il se doit de régler pour pouvoir améliorer les soins des soldats. Parmi ceux-ci, le docteur Bouchacourt évoque la mobilisation des médecins sur leur lieu de résidence ou dans la même région et l'utilisation des médecins civils. Ces derniers auraient l'impression d'être liés par le secret professionnel avec les blessés de guerre. Pour régler ces problèmes, et seulement pour la radiologie, il préconise la création d'un service militaire de radiologie à l'hôpital mixte de Tours ainsi que celle d'une direction régionale de physiothérapie supervisant toutes les installations de la 9e région. Cette solution est sur le point d'être mise en place. Mais le principal dysfonctionnement est la grande inégalité des compétences des médecins et de leurs savoirs médicaux, ainsi que l'absence de contrôle de ces derniers. Cela se traduit parfois par un refus des médecins d'être jugés, ce qui implique le contrôle de leurs compétences et pour certains, l'aveu de ne pas être au courant des nouvelles innovations thérapeutiques.

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 12 janvier 1915.
[2] *Ibidem.*
[3] A.D.M&L. 101 J 223. Hôpital auxiliaire n°102. Note de service du 21 novembre 1914.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin major de 2e classe Bouchacourt daté du 12 janvier 1915.

b) Les erreurs du Service de Santé avant la guerre.

La formation des médecins complémentaires se fait principalement durant leur service militaire alors qu'ils sont pour la plupart étudiants en médecine[1]. La vie médicale militaire n'est guère passionnante[2] et il n'y a pas de réel apprentissage de la médecine de guerre ou du fonctionnement du Service de Santé et de ses structures en temps de guerre. Jean Quénu, qui vient de réussir le concours de l'internat des Hôpitaux de Paris, ne retient de son service militaire comme médecin auxiliaire que quelques exercices de brancardage et le contact d'une population qu'il côtoie ordinairement peu. Concernant le savoir médical, il évoque un certain sentiment « d'abrutissement » intellectuel qui le pousse à jouer de ses relations pour retourner à Paris et étudier[3]. Les médecins civils peuvent tout de même se préparer à leur rôle en temps de guerre en étudiant des livres qui leur sont destinés[4] mais aussi en faisant leurs périodes d'instruction et en participant à des cours de perfectionnement, au succès aléatoire[5], qui leur permettent d'obtenir des promotions. Cette question de la formation ne se pose plus pour les médecins des futurs hôpitaux auxiliaires qui sont principalement des hommes dégagés de toute obligation militaire[6] même si le Service de Santé peut fournir des médecins qui sont des civils mobilisés.

Quant à la méconnaissance des compétences des médecins, c'est une erreur imputable au Service de Santé comme le reconnaît le médecin inspecteur Troussaint :

> « On ne s'était pas occupé davantage des affectations de mobilisation des médecins de complément suivant leur compétence chirurgicale ou médicale, ni de la spécialisation de jour en jour plus étroite dans le corps médical. »[7]

Cette absence de prise en compte des compétences dans l'affectation des médecins aux différentes formations sanitaires s'explique par la dotation en personnel des formations du Service de Santé. Celle-ci se fait de façon quantitative en attribuant un nombre de postes (médecin-chef, médecins traitants ou aides-médecins) pour les hôpitaux complémentaires en fonction du nombre de lits[8]. Pour

---

[1] La formation des pharmaciens est similaire à celle des médecins à la différence qu'elle a principalement lieu dans les services de pharmacie des hôpitaux militaires. Cependant, nous ne disposons pas d'assez de sources sur cette formation ou sur les critiques de leurs compétences au début du conflit.

[2] PERRIN, François et PERRIN, Éric (éd.), (2009), *Un toubib…, op. cit.* p. 152.

[3] QUÉNU, Jean, (1971), *Notre…, op. cit.* p. 36.

[4] BOULOUMIÉ, Pierre et VIRY, Henri (médecin major de 1ère classe). *Manuel du candidat aux grades et emplois de médecin et pharmacien de réserve et de l'armée territoriale*. Paris : F.-R. de Rudeval, 1907 2e éd. [1890], 491 p.

[5] A.D.V. 1773 W 12. Copie d'une lettre datée du 16 juin 1913 du médecin-chef de la place de Poitiers au directeur du Service de Santé du 9e corps d'armée. Le médecin en charge des cours pour l'obtention du grade de médecin major de 2e classe demande la suppression de ces cours car aucun médecin ne s'y rend.

[6] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 22 (Article 38).

[7] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 35.

[8] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 119 (Annexe n°1).

d'autres formations, cette attribution ne tient compte que des grades à pourvoir[1]. Les compétences ne sont pratiquement pas prises en compte, tout juste souhaite-t-on qu'un chirurgien soit affecté par hôpital complémentaire mais ce n'est pas obligatoire[2].

Pourtant, le Service de Santé n'est pas totalement ignorant des compétences des médecins civils. Au moins à partir de 1909, dès leur candidature au grade de médecin aide-major de 2e classe de la réserve ou de l'armée territoriale, une fiche de renseignement est élaborée où est mentionnée la spécialité médicale du médecin[3]. Puis, un suivi existe sous la forme d'un feuillet technique qui est rempli lors des périodes d'instruction des médecins civils. Les informations consignées sont générales. On demande si le médecin a passé le concours pour les hôpitaux afin de savoir s'il dirige un service. On cherche à savoir s'il est apte à diriger le service dans un corps de troupe, un hôpital ou un corps d'armée. Seules indications de ses compétences, on indique s'il a une aptitude médicale ou chirurgicale, s'il a mené des travaux scientifiques et reçu des prix. En outre, l'appréciation du médecin militaire qui a supervisé la période d'instruction permet de connaître les compétences du médecin et de savoir comment l'utiliser en cas de conflit[4]. Le Service de Santé aurait pu connaître les compétences des médecins civils si ces enquêtes avaient été menées et ces feuilles correctement remplies. Ceci à condition que les médecins civils fassent leurs périodes d'instruction.

Cette évolution du Service de Santé sur l'utilisation des compétences n'est pas immédiate. Au début de la guerre, il est d'abord préoccupé par un autre problème touchant son personnel. En effet, lorsque la guerre éclate, certains médecins n'ont pas le grade correspondant à leur fonction. Le docteur Luquel est affecté le 19 août 1914 aux salles militaires de l'hôpital mixte de Saumur comme soldat territorial de la 9e section d'infirmiers militaires[5]. Durant l'année 1914, le Service de Santé n'en est pas encore à accorder aux médecins un grade en fonction de leurs compétences et de leurs postes dans le civil[6]. Au début de la guerre, il cible les médecins de la réserve de l'armée active et de la territoriale sans aucun grade car classés dans le service auxiliaire. Dès le 5 août 1914, la 7e Direction demande aux commandants des régions de solliciter ceux ayant été reconnus aptes à faire campagne afin qu'ils demandent le grade de médecin aide-major de 2e classe[7]. On conserve le caractère non

[1] DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine), (1914), *Précis de…, op. cit.* p. 267. Par exemple, une ambulance possède un médecin major de 1ère ou 2e classe, cinq médecins aide-major, un pharmacien aide-major et un officier d'administration.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 17-18 (article 31).
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1913), *Réserve et armée…, op. cit.* p. 201-202.
[4] S.H.D. Dossier 6 Ye 23 422 LAPEYRE Louis, Numa, Marie.
[5] A.M. Saumur. 5 H 11. Lettre datée du 19 août 1914 du Conseiller de préfecture (faisant fonction de Secrétaire Général) de Maine-et-Loire au maire de Saumur.
[6] Voir à ce sujet le chapitre 4, p. 215 du volume 2. Une « timide » évolution a eu lieu au début de la guerre à ce sujet.
[7] A.N. C 7689. Dépêche n°2 853 1/7 datée du 5 août 1914 du directeur de la 7e Direction.

contraignant d'avant-guerre, tout dépend de la bonne volonté du médecin. Cette mesure concerne aussi les médecins réformés reconnus aptes au service armé.

Ces premières mesures sont prises avec le souci de fournir un grade à des personnes que l'on ne pensait pas utiliser ou bien dans une situation intermédiaire, leur permettant ainsi de trouver leur place dans le fonctionnement du Service de Santé. Ainsi, la 7e Direction autorise les directeurs régionaux à nommer les docteurs et étudiants en médecine pourvus d'au moins douze inscriptions à la faculté et dont le service militaire a été surpris par l'entrée en guerre, au grade de médecin auxiliaire par anticipation, même s'ils n'ont pas effectué l'année de service requise[1]. Pour ceux appartenant à la réserve de l'armée active ou bien à la territoriale, la nomination au grade de médecin auxiliaire n'est plus soumise à une durée de service. En outre, les examens d'aptitude pour le grade de médecin aide-major de 2e classe du cadre auxiliaire et de médecin auxiliaire sont supprimés pour toute la durée de la guerre. Le Service de Santé étend ces dispositions le 28 août 1914 aux hommes en sursis d'appel récupérés lors de la mobilisation et plus généralement à tous les hommes qui sont dans leur première année de service actif[2]. Cette circulaire permet aux engagés pour la durée de la guerre d'être proposés pour les grades de médecin aide-major de 2e classe du cadre auxiliaire et de médecin auxiliaire dans les mêmes conditions que les hommes de la réserve et de l'armée territoriale. Quant aux étudiants en médecine qui n'ont pas les douze inscriptions requises, ils peuvent être mis à la disposition du Service de Santé dans les corps de troupe, les formations sanitaires et les hôpitaux militaires. Le 31 octobre 1914, toutes ces dispositions sont étendues aux hommes de la classe 1914[3].

c) Le recensement des compétences chirurgicales.

Ces mesures ne règlent en rien le principal problème du Service de Santé au début de la guerre : la bonne utilisation des compétences médicales du personnel. La mauvaise gestion est décriée par le personnel, surtout les civils mobilisés, qui ne comprend pas pourquoi les attributions sont faites en fonction des grades et non des compétences[4]. Au début du conflit, la principale préoccupation concerne l'utilisation des compétences chirurgicales. En effet, il apparaît désormais que les blessures sont les principales ennemies du Service de Santé durant ce conflit.

Pour mettre en place les dispositifs nouveaux souhaités par le médecin inspecteur général Delorme, le Service de Santé doit tout d'abord mettre fin à la mauvaise gestion de son personnel et surtout connaître les compétences du personnel mobilisé. Cependant, au début de la guerre cette recherche ne concerne que le personnel chirurgical dont il entreprend, enfin, le recensement. Pour le

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°3 034 1/7 datée du 17 août 1914 du directeur de la 7e Direction. La mention « pour prendre date à » suit la nomination au grade.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°3 213 1/7 datée du 28 août 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°4 460 1/7 datée du 31 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[4] QUÉNU, Jean, (1971), *Notre…, op. cit.* p. 119.

réaliser, le Service de Santé s'appuie sur les civils. Le 28 octobre, la 7e Direction demande aux directeurs régionaux un état de tous les chirurgiens donnant des soins aux militaires, état indiquant les titres et postes dans le civil[1]. Quelques jours plus tard, on demande aux préfets la liste de tous les chirurgiens exerçant dans les départements en temps de paix[2]. Afin de faciliter son élaboration, le préfet d'Indre-et-Loire s'adresse aux instances médicales encore présentes dans le département, soit le directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Tours, le docteur Wolff. Celui-ci adresse au préfet une liste de dix-neuf médecins spécialistes en chirurgie, ophtalmologie, O.R.L. ou stomatologie[3], qui est envoyée à la 7e Direction. Celle-ci n'est pas restée inactive pendant ce temps puisque le 8 novembre elle fait adresser au Directeur Général du Service de Santé du Groupe d'Armées d'Opérations une liste de chirurgiens de carrière[4]. Cette liste provisoire comprend aussi les internes des Hôpitaux de Paris, ceux de Lyon devant être ajoutés ultérieurement, qui peuvent être employés comme assistant. Le but est alors de redistribuer ce personnel dans les formations de l'avant afin de l'utiliser correctement. Le personnel sans affectation doit alors être renvoyé sur l'arrière et l'intérieur en commençant par les hommes les plus âgés[5].

Le Service de Santé commence à mieux utiliser les compétences de son personnel et organise même des formations pour développer ces dernières, à l'exemple d'un stage pour former les bactériologistes (médecins et pharmaciens) à la technique de repérage du méningocoque[6]. Ce recensement des compétences chirurgicales ouvre la voie à l'intérieur à une réorganisation des services de chirurgie, donnant naissance aux secteurs chirurgicaux à la fin du mois de janvier 1915. Pendant ce temps, les listes des chirurgiens de carrières sont complétées et rectifiées en faisant appel aux plus hautes autorités scientifiques. Le chirurgien Édouard Quénu (1852 – 1933) est ainsi sollicité par le ministre de la Guerre pour réviser la liste des chirurgiens jugés aptes à diriger des secteurs chirurgicaux ou d'importants services à l'avant. C'est là un travail de longue haleine car la liste qui lui est transmise n'est pas exacte et comprend notamment des chirurgiens décédés ou des homonymes[7]. La société médicale civile prend le relais des militaires dans la recherche des chirurgiens mais plus généralement des spécialistes. Ce travail qui aurait dû être fait avant la guerre par le Service de Santé est mené en partie par un personnel qui a parfois délaissé son instruction militaire. Chacun répare ses torts dans une collaboration visant à améliorer les soins des soldats.

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n° 12 666 C/7 datée du 28 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n° 13 259 C/7 datée du 1er novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.D.I&L. 5M20. Lettre datée du 6 novembre 1914 du docteur Wolff au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°13 989 C/7 datée du 8 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°14 470 C/7 datée du 13 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction. Le 13 novembre, on préconise ainsi le remplacement des médecins les plus âgés par des médecins plus jeunes.
[6] A.N. C 7689. Dépêche n°16 933 datée du 4 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[7] QUÉNU, Jean, (1971), *Notre…, op. cit.* p. 119.

B) Un personnel infirmier parfois loin du mythe.

Considéré comme l'aide des médecins et des pharmaciens, soumis hiérarchiquement à ces derniers, du moins dans les structures du Service de Santé où il est aussi sous les ordres de l'officier d'administration, ce personnel est quelque peu épargné par les critiques qui s'abattent sur le Service de Santé. Cependant, il n'est pas exempt de tout reproche et ceux-ci sont similaires à ceux adressés aux médecins en ce qui concerne leurs compétences et attitudes. Mais ils acquièrent une dimension particulière car ils touchent certains symboles comme « l'ange blanc », l'infirmière de la Croix-Rouge, symbole de son engagement auprès des malades et des blessés de guerre. Leur présence fait parfois oublier celle des infirmiers militaires qui sont 108 870 au déclenchement du conflit[1], ainsi que celle d'un autre personnel féminin, militaire ou non.

Les problématiques évoquées pour les médecins et les pharmaciens se retrouvent pour ce personnel. Quelles solutions sont adoptées suite à l'accroissement du système hospitalier requérant des moyens humains plus importants ? Comment faire face à l'afflux de demandes à participer aux soins permis par le statut d'infirmier qui nécessite moins de connaissances médicales que pour les médecins ? Un questionnement qui induit celui des compétences de ce personnel au début du conflit mais aussi celui de l'image d'Épinal de l'infirmière, cette femme dévouée au chevet des pires souffrances.

1) Vers la féminisation du corps infirmier de la région.

Sur le plan de l'image, l'infirmière de la Croix-Rouge supplante nettement son homologue infirmier militaire. Et cette domination n'est pas près de s'arrêter avec l'arrivée massive de nouvelles infirmières dans les formations sanitaires au début du conflit. Cependant, l'élément masculin existe avec le corps infirmier militaire, y compris dans les formations de la Croix-Rouge. Il ne faut pas oublier que le Service de Santé base aussi son système hospitalier sur celui-ci. L'élément masculin est toujours présent, mais face aux besoins de l'armée en soldats, on peut se demander pour combien de temps ?

a) La multiplication des vocations d'infirmières.

Tout comme pour le reste du personnel hospitalier, les besoins du Service de Santé en nouvelles formations sanitaires pour développer son système hospitalier et celui de ses alliés, induit le recrutement de nouvelles infirmières. Un recrutement facilité par l'engouement hospitalier qui fait se multiplier les vocations au début du conflit. Les formations sanitaires trouvent aisément du personnel sur place ou bien avec l'aide des comités centraux. À Saumur, le président du comité de la

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 72.

S.S.B.M. fait savoir le 11 août 1914 au délégué régional qu'il n'a pas besoin des deux religieuses pourtant diplômées que ce dernier lui adresse. Le comité central de l'œuvre lui a déjà fait parvenir du personnel complété localement par de nombreuses offres de concours[1]. Mais très rapidement sous l'effet de l'accroissement des formations sanitaires, les infirmières diplômées viennent à manquer, même si parfois des personnes diplômées et compétentes offrent leurs services. Le 24 janvier 1915, une infirmière diplômée des hôpitaux de Reims, ville qu'elle a dû quitter, demande un emploi d'infirmière pour elle et sa fille, membre de l'A.D.F. mais non diplômée[2]. La démarche ne semble pas aboutir car ces personnes sont à la recherche d'un emploi rémunéré ce qui ne correspond pas au mode de recrutement des sociétés de la Croix-Rouge.

Les formations auxiliaires peuvent compter sur un afflux d'offres provenant de femmes, certes non qualifiées, mais qui mettent toutes en avant l'une des qualités de « l'ange blanc » : le dévouement. Ainsi, un membre du comité central de l'U.F.F. souhaite placer sa nièce, « […] très désireuse de mettre sa bonne volonté au service de notre Société […] »[3] précisant qu'elle est « […] très charmante et dévouée […] » à l'hôpital auxiliaire n°102. Le dévouement est au cœur de l'argumentation pour l'embauche d'une jeune femme comme infirmière auxiliaire pour ce même hôpital. Une qualité mise en avant par une autre prétendante, qui en outre se fait présenter par une connaissance de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers, donnant des gages de respectabilité :

> « Vous n'auriez je crois qu'à vous louer de ses services, c'est une personne sérieuse et surtout excessivement dévouée. Vous auriez, je crois, en elle, une aide précieuse qui ne reculerait pas devant la peine et même devant les besognes les plus pénibles je dirais même, sans crainte d'exagérer, les plus malpropres car elle tient essentiellement à se rendre utile. »[4]

Cette recommandation porte ses fruits puisqu'elle devient infirmière en janvier 1915[5].

Le dévouement est l'une des compétences requises pour être infirmière mais parfois celui-ci a des limites. Certaines pourtant si enthousiastes au début de la guerre doivent quitter leur poste temporairement ou définitivement, et parmi ces départs on ne trouve pas uniquement les « élégantes de la première heure ». La fatigue des services parfois harassants, les maladies ou bien les évènements de la vie viennent à bout des plus dévouées. Une infirmière de l'U.F.F. affectée à la formation de

[1] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Lettre datée du 11 août 1914 du président du comité de la S.S.B.M. de Saumur au délégué régional de la société.
[2] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 24 janvier 1915 de madame Gabilleau au médecin-chef de l'hôpital mixte d'Angers. La demande est faite via le médecin-chef qui transmet ensuite au comité de l'U.F.F. de la ville.
[3] A.D.M&L. 101 J 263. Lettre datée du 15 septembre 1914, d'auteur inconnu, et adressée à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. Pour cette citation et la suivante.
[4] A.D.M&L. 101 J 263. Lettre datée du 15 décembre 1914 d'Henri Béguin à la présidente du comité de l'U.F.F. de Maine-et-Loire (le comité de l'U.F.F. d'Angers en réalité).
[5] A.D.M&L. 101 J 234. Hôpital auxiliaire n°102, livre du personnel, renseignements divers.

l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers doit quitter celle-ci à la fin de l'année 1914 pour reprendre l'affaire familiale suite à la mobilisation de son mari. Elle espère cependant revenir[1].

La gestion du personnel infirmier, à plus forte raison celui du personnel compétent, devient problématique et même quelque peu conflictuel pour les comités. Lorsque la comtesse de Pourtalès, surveillante générale de l'hôpital auxiliaire n°2, demande le retour d'une infirmière envoyée à l'hôpital auxiliaire n°12 de Chinon, le président du comité de Chinon s'y oppose par la voix du délégué régional. En effet, sa présence à Chinon est jugée « […] absolument indispensable, par suite de la défection de plusieurs infirmières. »[2] L'allongement de la durée de la guerre, et surtout la réalité de celle-ci, viennent à bout des prévisions d'avant-guerre concernant le personnel nécessaire et viennent à bout des plus dévouées.

Pour compléter le personnel infirmier mais aussi le personnel non soignant, les formations se tournent vers une ressource particulièrement prisée, le personnel religieux et plus précisément les religieuses. Ces dernières se sont engagées avant la guerre à servir à différents postes de formations sanitaires en cas de conflit, à l'exemple de l'hôpital auxiliaire n°2 situé au couvent de la Grande Bretèche. Elles sont présentes dans tous les types de formation et sont de nouveau sollicitées pour pallier le manque de personnel. Certaines religieuses semblent particulièrement sollicitées, comme à Angers où le comité de l'U.F.F. demande à l'évêché des sœurs en supplément de celles qui devaient lui être fournies. Ce dernier ne peut honorer cette requête car la plupart ont été adressées à la S.S.B.M. La concurrence entre les sociétés concerne aussi le personnel[3]. À Tours, le délégué régional de la S.S.B.M. s'adresse à la supérieure de l'ordre des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul au début du mois de décembre 1914. Il souhaite obtenir des religieuses de cet ordre pour des formations de Tours et de ses environs[4]. Mais ce personnel se fait rare d'autant que les ordres ont besoin de leurs membres et les rappellent. Ce qui ne se fait pas sans difficultés et le délégué régional de la S.S.B.M. demande à la supérieure des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul de ne procéder à celui-ci que lorsqu'elles sont remplacées. Les religieuses sont d'autant plus appréciées par les comités que certaines sont diplômées par les sociétés de la Croix-Rouge. Ainsi, les deux sœurs refusées par le comité de Saumur au début de la guerre ont obtenu un brevet d'infirmière auprès du comité de Tours de la S.S.B.M.[5].

---

[1] A.D.M&L. 101 J 263. Lettre datée du 18 décembre 1914 de madame Goudoulin et probablement adressée à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. Cela démontre aussi que seules les personnes ayant des ressources financières importantes peuvent devenir infirmières pour ces sociétés qui ne rémunèrent pas leur personnel.

[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 27 janvier 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. à la comtesse de Pourtalès. Le délégué régional semble arbitrer les demandes mais il semble être mis devant le fait accompli. Il est possible que dans ce cas il ne puisse réellement intervenir, sauf à trouver une solution de rechange.

[3] A.D.M&L. 101 J 263. Lettre datée du 21 août 1914 et adressée à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. L'auteur est inconnu mais la lettre provient de l'évêché d'Angers.

[4] A.M. Tours. 16 Z 3. Lettre datée du 4 décembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. à la supérieure des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 11 août 1914 du président du comité de la S.S.B.M. de Saumur au délégué régional de la société.

b) Un personnel masculin insuffisant.

Le personnel infirmier masculin s'accompagne des mêmes écueils que les autres types de personnel, tant dans sa gestion que dans son niveau technique au début de la guerre. Le médecin inspecteur Troussaint reconnaît dans son livre l'échec de la préparation de ce personnel à la fois d'un point de vue quantitatif que qualitatif[1]. Cependant, il critique aussi le commandement qui n'a pas fourni le personnel nécessaire au Service de Santé avant la guerre, critique des plus plausibles et qui se confirme par la suite : les infirmiers sont vus comme un vivier de soldats pour le commandement. Au début de la guerre, le Service de Santé parvient tout de même à accroître son personnel infirmier, de 108 870 le 1er août 1914 à 138 720 le 1er janvier 1915. Mais celui-ci demeure insuffisant par rapport au nombre de formations sanitaires qui se multiplient à l'avant comme à l'intérieur, ou bien dont les capacités augmentent. Insuffisant aussi, parce que le Service de Santé doit remplacer le personnel perdu (mort, blessé, prisonnier ou disparu).

Ce personnel masculin est par ailleurs demandé par les formations auxiliaires pour compléter son personnel infirmier et brancardier. L'hôpital auxiliaire n°102 fait, *via* son délégué régional, une demande de huit infirmiers militaires en octobre 1914[2]. Ces demandes sont alors acceptées par le Service de Santé en fonction de ses réserves en personnel[3]. On peut cependant s'interroger sur les fonctions exercées par ce personnel dans des formations où en théorie le travail infirmier est fait par des femmes, membres de la Croix-Rouge. Il ressort alors qu'outre le fait de donner des soins, ce personnel est principalement destiné aux gros travaux comme les travaux d'entretien. C'est dans ce sens que l'hôpital auxiliaire n°102 demande du personnel au Service de Santé en janvier 1915[4]. On souhaite aussi des hommes pour leur force physique, en demandant ou bien en cherchant à conserver les brancardiers, surtout s'ils possèdent un véhicule automobile[5].

Pour augmenter les effectifs, le Service de Santé peut compter sur les appels des futures classes, mais cela ne représente que peu d'infirmiers compte tenu des besoins de plus en plus importants de l'état-major en soldats. L'autre solution est d'incorporer dans les sections d'infirmiers militaires, les docteurs et les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ont été récupérés. On fait aussi appel à des médecins et des pharmaciens du service auxiliaire appartenant aux classes

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 133-138.
[2] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 26 octobre 1914 du délégué régional de l'U.F.F. à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.
[3] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée 30 janvier 1915 du délégué régional de l'U.F.F. à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. Il lui notifie un refus concernant une demande de deux infirmiers car le Service de Santé n'a pas de personnel disponible.
[4] A.D.M&L. 101 J 344. Brouillon d'une lettre adressée au délégué régional de l'U.F.F., non signée et probablement datée de la fin du mois de janvier 1915. Les travaux mentionnés sont notamment le balayage des salles, le nettoyage des parquets et l'entretien des feux. On demande donc des hommes à tout faire.
[5] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 27 novembre 1914 de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers à la présidente du comité central de l'U.F.F. Ce point est mis en avant dans la demande de maintien.

mobilisées. Ceci explique que le chirurgien Henry Barnsby, classé dans le service auxiliaire avant la guerre, soit affecté à la 9e section d'infirmiers militaires lorsqu'il est récupéré le 14 novembre 1914[1]. Les autres voies de recrutement sont les engagements volontaires d'hommes et de femmes, français ou étrangers[2]. La 7e Direction cherche à favoriser leur emploi tout en contrôlant les compétences des personnes proposées. À partir de la mi-septembre 1914, elle fait diffuser une liste commune à toutes les régions, de personnes aptes à l'emploi d'infirmier parce qu'elles en ont le diplôme ou un emploi s'en approchant comme les sages-femmes et les garde-malades[3]. Ce personnel n'est pas bénévole puisqu'il a droit à un salaire en plus du gîte et du couvert. Mais ce mode de recrutement ne rencontre pas immédiatement le succès escompté puisque la 7e Direction adresse un rappel quant à son existence le 7 octobre 1914[4]. On s'étonne qu'elle ne soit pas plus employée alors que dans le même temps on procède à l'augmentation des capacités hospitalières et que le recrutement d'infirmiers via l'appel des classes se trouve très limité par les besoins de l'armée. Ceci initie le recrutement de nouvelles infirmières militaires et pousse à une plus grande féminisation du corps infirmier militaire.

c) Les infirmiers militaires, une source de soldats pour l'armée.

Le Service de Santé a réussi à accroître son personnel infirmier masculin au début de la guerre mais pour combien de temps ? En effet, les besoins en soldats sont de plus en plus importants obligeant l'armée à rechercher tous les hommes disponibles pour le front. Le 14 novembre 1914, le ministère de la Guerre souhaite employer la ressource constituée des hommes appartenant au service auxiliaire ou déclarés inapte à faire campagne présents dans les dépôts et qui présentent « [...] toutes les apparences extérieures d'une parfaite vigueur constitutionnelle [...] »[5]. Une « commission de trois médecins » est alors créée, composée de médecins étrangers à l'arrondissement où la commission exerce. Cette commission est chargée d'inspecter tous les deux mois ces hommes afin de les reverser dans le service armé[6].

Les infirmiers dont la réputation d'embusqués commence à grandir[7], mais aussi tous les hommes affectés aux formations sanitaires[8], sont visés par cette volonté de récupérer des hommes

[1] S.H.D. Dossier 5 Ye 127 494. BARNSBY Henry, David, William, Pierre. Cependant, il reste à l'hôpital auxiliaire n°2 et continue d'y opérer.
[2] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 138. Pour les femmes, il doit très probablement s'agir du corps d'infirmières militaires, le corps temporaire n'est institué que plus tard.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°8 005 C/7 datée du 14 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction. La liste comprend aussi du personnel non soignant tel que des secrétaires et des cuisiniers.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°3 987 1/7 datée du 7 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°14 583 C/7 datée du 14 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.). *Les embusqués*. Paris : Armand Colin, 2008, 350 p.
[7] RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.), (2008), *Les embusqués, op. cit.* p. 45.
[8] Toutefois, nous ne disposons principalement que de sources ayant trait aux formations auxiliaires.

pour le front. L'utilisation du personnel infirmier devient de plus en plus contrôlée[1], prélude à un transfert dans les unités combattantes. Deux impératifs s'opposent alors. Celui de l'armée qui a besoin d'hommes pour poursuivre le conflit et celui du Service de Santé et de ses alliés qui ont besoin de ce personnel infirmier pour assurer leurs missions. Les infirmiers, tout comme le reste du personnel du service auxiliaire ou des inaptes d'avant la guerre, sont alors envoyés devant les conseils de révision et de réforme dont la mission est d'en récupérer le plus possible. Pour récupérer les infirmiers, on emploie le même système de roulement mis en place pour les médecins. Les hommes des classes les plus jeunes, à commencer par celles de l'active, sont remplacés par des infirmiers du service auxiliaire et dirigés sur le dépôt de la 9e section d'infirmiers militaires de Châteauroux[2]. Outre les problèmes engendrés par l'instabilité du personnel dans les formations sanitaires, on peut s'interroger sur les capacités du Service de Santé à remplacer numériquement ce personnel. Mais nous ne savons pas combien d'hommes sont concernés par ces rappels. Or, même si le nombre d'infirmiers militaires augmente entre la mobilisation et la fin de l'année, il devient parfois difficile pour le Service de Santé d'en trouver. D'où l'appel du directeur du Service de Santé à utiliser les listes qu'il fait diffuser.

Ces difficultés sont aussi partagées par les hôpitaux auxiliaires dont le fonctionnement souffre du rappel d'une partie de son personnel constitué avant le conflit :

> « Leur départ va nous mettre dans un très grand embarras et nous avons pensé, Madame la Présidente, que vous pourriez nous aider à sortir de cette situation qui menace de devenir difficile, en faisant une démarche officielle auprès du Ministre de la Guerre, ou en nous donnant la marche à suivre pour obtenir de garder nos collaborateurs. »[3]

Le ministère de la Guerre comprend les problèmes que peut provoquer le rappel de ce type de personnel, surtout que des efforts supplémentaires ont été demandés aux sociétés de la Croix Rouge. Le 12 octobre 1914, il émet une circulaire confirmant les principes admis avant la guerre en accordant des autorisations de maintien à leur poste actuel aux hommes récupérés par les conseils et commissions[4]. Les formations auxiliaires établissent alors la liste du personnel qu'elles souhaitent conserver, liste qu'il convient de donner très rapidement sous peine de perdre ce personnel car cette mesure semble n'être que temporaire[5]. Cependant, des exceptions sont toujours possibles.

---

[1] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 2 septembre 1914 du délégué régional de l'U.F.F. à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.

[2] A.D.M&L. 101 J 223. Circulaire n°2 728 datée du 8 décembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire adressée aux médecins-chefs des formations sanitaires de la 9e région. Circulaire n°1892 datée du 6 novembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région. Les hommes récupérés par les conseils sont aussi concernés par ce roulement.

[3] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre datée du 27 novembre 1914 de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers à la présidente du comité central de l'U.F.F.

[4] A.N. C 7689. Dépêche n°11 052 C/7 du 12 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. Cette mesure ne s'applique qu'aux hommes employés par la Croix-Rouge avant leur passage devant la commission de réforme ou le conseil de révision. En outre, les hommes maintenus dans leur situation actuelle sont exclus des demandes.

[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 26 novembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au trésorier de l'hôpital auxiliaire n°21 de Melle.

2) Un personnel compétent ?

Dans la suite de la recherche des compétences des médecins et de leur meilleure utilisation, on peut légitimement s'interroger sur celles des infirmiers militaires et des infirmières de la Croix-Rouge. D'autant plus que très rapidement celui-ci s'est accru d'un personnel souvent novice en la matière. Ceci pose la question des soins donnés aux soldats par ce personnel débutant et de l'apprentissage de ce métier. L'entrée en guerre est aussi l'occasion de montrer l'état de la préparation de ce personnel à son rôle durant un conflit.

a) L'échec de la formation des infirmiers militaires ?

L'élément masculin n'est donc pas éliminé du personnel infirmier des formations auxiliaires car il demeure recherché pour certaines de ses compétences. Le niveau de celles-ci est tout aussi difficile à définir que pour les infirmières et ce personnel est représentatif du recrutement qui se fait surtout en fonction des postes à pourvoir plutôt que des compétences. Les hôpitaux auxiliaires se plaignent du personnel envoyé par le Service de Santé, comme le président du comité de la S.S.B.M. de Chinon concernant un infirmier de la 9e section d'infirmiers militaires qui malgré ses réprimandes continue à boire et à se présenter ivre à la formation. Craignant un mauvais exemple sur les hospitalisés et aussi qu'il ne provoque des accidents, il demande son départ de la formation[1]. Le niveau des infirmiers est très disparate puisqu'il comprend aussi des éléments très compétents comme ces deux prêtres infirmiers qui sont envoyés à l'hôpital auxiliaire n°102 en janvier 1915. Aptes à soigner les blessés et à faire les pansements, on souhaite cependant les remplacer car les équipes d'infirmières sont complètes et leurs compétences sont sous-utilisées[2].

On pourrait penser que le personnel infirmier n'a pas été suffisamment formé avant la guerre, comme le reconnaît le médecin inspecteur Troussaint :

> « Sur le second point, relatif à l'insuffisance professionnelle de la plupart des infirmiers, il eût été surprenant que cette véritable armée sanitaire ait pu être constituée avec une simple majorité de professionnels, c'est-à-dire d'hommes ayant servi antérieurement dans les sections d'infirmiers. »[3]

Un jugement qu'il convient cependant de nuancer car une instruction existe avant la guerre et elle semble plus développée que pour les médecins. Celle-ci se fait tout au long des classes des infirmiers militaires. Quant aux infirmières laïques, elles sont déjà formées lorsqu'elles sont recrutées[4]. La formation des infirmiers régimentaires et celle des infirmiers des sections d'infirmiers militaires sont

---

[1] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 14 janvier 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la S.S.B.M.
[2] A.D.M&L. 101 J 344. Brouillon d'une lettre adressée au délégué régional de l'U.F.F., non signée et probablement datée de la fin du mois de janvier 1915.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 134-135.
[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 459-464 (Notice n°27).

quasiment identiques. Pour les premiers, elle commence par une instruction militaire qui suit l'incorporation[1]. Débute ensuite une instruction théorique et pratique sous la direction du médecin-chef de service et de ses adjoints. Cette formation, essentiellement pratique, doit se rapprocher autant que possible de celle dispensée aux infirmiers des hôpitaux. Elle accompagne en outre celle des brancardiers régimentaires qui sont instruits au brancardage des blessés, à leur embarquement et débarquement des voitures, véhicules de transport et wagons. Après cette instruction, ces infirmiers suivent un stage de deux mois dans un hôpital militaire ou dans des salles militaires d'un hôpital mixte. Ils apprennent sous la direction des médecins traitants, à donner des soins aux malades, faire des pansements, appliquer divers appareils et à préparer des potions simples et tisanes[2]. Après ce stage, ils rejoignent leur poste.

Les étudiants en médecine qui font leur service militaire participent à la formation des infirmiers et des brancardiers. Lors de son service militaire, Jean Quénu dispense cette formation aux infirmiers et aux brancardiers de son régiment, une formation plus complète que celle donnée aux étudiants en médecine :

> « A l'infirmerie, outre la besogne quotidienne, je fis un cours pratique aux infirmiers et brancardiers du bataillon : premiers soins aux blessés, pansements, garrots et tourniquets, attelles de fortune, respiration artificielle, brancardage, tout ce que l'on appelle maintenant le secourisme. Excellent dressage, et d'abord pour moi-même. N'importe quel maladroit peut faire un pansement de la tête ou du pied avec une bande Velpeau. Mais qu'il essaie donc avec une bande de toile neuve. Quant au brancardage, il faut avoir trimballé sur une centaine de mètres un homme en tenue de campagne pour savoir quel effort physique cela représente, surtout pour le porteur du côté de la tête. »[3]

Le stage de deux mois des infirmiers régimentaires rejoint la formation donnée aux hommes affectés aux sections d'infirmiers militaires. Celle-ci débute par une instruction militaire pour les jeunes soldats incorporés sous la direction de l'officier d'administration commandant le dépôt et du médecin-chef. Cette instruction se poursuit tout au long du service militaire mais n'est plus exclusive. À la fin de cette période d'instruction militaire, certains débutent directement leur instruction professionnelle tandis que d'autres sont intégrés dans un peloton spécial d'instruction. On y forme les cadres administratifs et soignants aux postes de secrétaire de visite, de secrétaire ou commis aux écritures dans les bureaux et les infirmiers chargés des différents services généraux. Durant trois mois, ils reçoivent une instruction technique les formant à la tenue des cahiers de visite et à l'établissement des bons et relevés de prescriptions, à l'hygiène hospitalière, à l'asepsie et l'antisepsie, à la petite chirurgie, à l'hydrothérapie et aux bandages[4].

---

[1] La durée de cette instruction dépend du fait que l'infirmier soit auxiliaire ou titulaire.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 281-287 (Notice n°6).
[3] QUÉNU, Jean, (1971), *Notre…, op. cit.* p. 31.
[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 351-358 (Notice n°11).

Cette instruction technique est complétée en même temps par une instruction professionnelle commune à tous. Dans celle-ci, l'infirmier apprend l'organisation et le fonctionnement général du Service de Santé en temps de paix et en campagne. Il est aussi formé aux soins à donner aux malades et aux blessés, ainsi qu'aux manœuvres spéciales du Service de Santé. Des formations complémentaires sont aussi dispensées, les infirmiers peuvent être formés à l'École des mécaniciens de Paris pour servir ensuite auprès d'appareils à vapeur, principalement les appareils de désinfection et de stérilisation. Ils peuvent aussi suivre des cours de massage et d'hydrothérapie au Val-de-Grâce, à l'hôpital Desgenettes à Lyon, à Alger et à Tunis. Enfin ces infirmiers peuvent être affectés aux cuisines, surtout ceux qui ont été cuisinier avant leur incorporation, poste important dans un hôpital, notamment pour la confection des différents régimes prescrits par les médecins.

Tout comme les autres appelés, ces infirmiers militaires sont soumis aux périodes d'instruction qui servent de remise à niveau et permettent d'apprendre aux infirmiers appelés de nouvelles compétences ou d'obtenir un nouveau grade. Les formations suivies par les infirmiers régimentaires, et probablement par tous les infirmiers, sont notées sur leur livret matricule. En théorie, ce personnel présentait des garanties suffisantes surtout pour le corps d'infirmières militaires créé après la loi de séparation des églises et de l'État de 1905, qui oblige l'État à remplacer progressivement les religieuses présentes dans ses hôpitaux. Contrairement aux infirmiers militaires masculins, elles sont recrutées sur concours parmi les infirmières diplômées de l'Assistance Publique ou d'écoles d'infirmières laïques agréées par le ministère de la Guerre[1]. Il s'agit donc d'un personnel formé mais trop peu nombreux au début de la guerre, elles sont seulement quatre-vingt-seize[2].

b) Apprendre auprès des malades et blessés.

La formation des infirmières des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge est une mission primordiale pour les comités et complète l'organisation d'un hôpital auxiliaire. Ces formations sont dirigées par des médecins civils et militaires locaux, ce qui montre tout l'intérêt d'avoir des médecins comme membres des comités ou au moins d'avoir de bonnes relations avec les sociétés médicales locales. Ces cours[3] sont, dans le meilleur des cas, dispensés au sein du dispensaire-école du comité et sont complétés par des stages obligatoires au sein des hôpitaux. Ces instructions visent à faire des infirmières, des auxiliaires des médecins qui exécutent leurs ordres. Ce rôle est celui de maîtresse de

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 459-464, (Notice n°27).
[2] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 125.
[3] A.D.M&L. 101 J 205. Convocation datée du 24 janvier 1911 à une série de cours pour l'obtention du titre d'infirmière du comité de l'U.F.F. d'Angers. Cette formation comprend des enseignements sur l'anatomie et la physiologie, la « petite chirurgie », l'hygiène, les soins aux malades et la pharmacie.

maison, de mère, de sœur, d'épouse mais non d'amante, transposé à l'hôpital qui devient alors le foyer du blessé[1].

L'écueil du recrutement du début de la guerre est qu'il faut souvent admettre un personnel sans compétences médicales alors que la situation sanitaire est critique. La formation du personnel infirmier avant la guerre est difficile à évaluer mais semble suffisante, à condition qu'elle ait été correctement dispensée. De la même manière, et malgré les nombreuses études sur les infirmières durant ce conflit[2], l'évaluation des compétences des infirmières l'est tout autant, tant pour celles qui ont été formées avant la guerre que celles qui le sont durant le conflit. L'une des difficultés quant à l'évaluation du niveau technique des infirmières est que l'on amalgame au début de la guerre un personnel formé et un personnel débutant. Cependant, tout comme pour les médecins et les pharmaciens, voire pour tout le personnel du Service de Santé, le personnel infirmier n'apprend réellement la médecine de guerre que durant ce conflit.

Ces néo-infirmières sont alors formées au contact des malades et des blessés par les infirmières diplômées et par les médecins, dans une phase du conflit qui est catastrophique pour le Service de Santé. C'est le cas de l'infirmière Baillaud qui s'engage auprès de la S.S.B.M. de Paris au début de la guerre. Sans compétences médicales, elle est affecté au Val-de-Grâce et apprend sa mission directement au contact des blessés[3]. Parfois une formation sommaire est donnée avant l'arrivée des premiers blessés, c'est du moins ce que conseille le délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de Bourgueil pour l'hôpital auxiliaire n°18[4]. Il recommande que les médecins organisent « […] des cours succincts d'infirmières, pour mettre [leur] personnel qui n'a pas l'éducation suffisante, au courant des premiers principes d'hygiène et de soins nécessaires aux soldats que vous allez soigner. »[5] Mais cette formation ne garantit pas l'acquisition des compétences nécessaires, qui, comme il a été montré, sont le fruit de plusieurs années d'apprentissage.

Se pose alors la question de l'emploi de ces infirmières peu formées. Elles semblent être tout d'abord employées comme auxiliaires des infirmières diplômées, auprès desquelles elles apprennent le métier. Ainsi, lorsque la nièce d'un membre du comité central de l'U.F.F. [6] est engagée au sein de l'hôpital auxiliaire n°102 en octobre 1914, elle l'est comme aide infirmière et fait alors son service

[1] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 130-131.
[2] À ce sujet, il convient de consulter les travaux de Françoise Thébaud, Yvonne Knibiehler et Christian Chevandier cités dans la bibliographie.
[3] FOURNIER, Jean-Pierre, (1996), « Évolution du Service de Santé Militaire français pendant la guerre de 1914-1918 », *op. cit.* p. 134.
[4] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 19 août 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de la S.S.B.M. de Bourgueil. Cet hôpital n'est pas prévu avant le conflit, son personnel est organisé tout au début de la guerre.
[5] *Ibidem.*
[6] A.D.M&L. 101 J 263. Lettre datée du 15 septembre 1914, d'auteur inconnu, et adressée à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.

sous la supervision d'une infirmière diplômée[1]. Cette précaution est, du moins en théorie, étendue aux formations nouvellement créées. On ne consent à la création d'une nouvelle formation, du moins pour la S.S.B.M., qu'à la condition qu'au minimum une infirmière diplômée soit affectée à celle-ci, comme pour la création de l'annexe de Richelieu de l'hôpital auxiliaire n°12 :

> « Mais nous ne pouvons consentir à la constitution d'un hopital [*sic*] même de convalescents qu'à condition que le service médical, et une infirmière diplomée [*sic*] soient assurés à cet hopital [*sic*]. »[2]

Pour les comités, il n'est pas question de confier les soins des blessés à un personnel inexpérimenté.

L'apprentissage qui se fait dans des conditions exceptionnelles n'a apparemment pas rencontré de difficultés. C'est du moins ce que considère le délégué régional de la S.S.B.M. dans son rapport envoyé au président de cette société[3]. Même si l'on peut douter de l'objectivité du délégué, ce dernier loue le « […] dévouement […] »[4] des infirmières de la société, dont la valeur est reconnue par le fait que des infirmières de la S.S.B.M. ont été envoyées dans des hôpitaux n'appartenant pas à la société. Il reconnaît aussi l'admission de femmes non diplômées mais ces dernières, guidées et formées par les infirmières de la société, auraient acquis les compétences nécessaires. Le jugement de leurs supérieurs, principalement les médecins dont elles sont les aides, est plus contrasté. Le docteur Lejars, médecin-chef de l'hôpital Villemin est plus critique envers ces infirmières, surtout certaines d'entre elles qui se sont engagées au début de la guerre, les « élégantes de la première heure ». Mais ses critiques touchent aussi les femmes ayant suivi une formation avant la guerre et dont il considère qu'elles ne savaient rien.

Cependant, les jugements émis par les médecins doivent être nuancés. Ces derniers sont parfois ceux qui ont formé les infirmières avant la guerre et parfois ils exercent à leurs côtés. Les questions soulevées lors de leur formation d'avant-guerre se répètent au début du conflit. Comment ces médecins peuvent-ils critiquer la formation qu'ils ont donnée ? Comment critiquer des infirmières qui sont des membres et parfois même des membres influents des comités, et comme il a été montré, des membres influents de la société locale ? Cet aspect concerne aussi les personnes qui organisent des formations bénévoles et parfois y sont infirmières. Comment les critiquer alors qu'elles fournissent une aide très appréciée au début de la guerre ? Enfin une autre raison à ces difficultés à évaluer le niveau de ces infirmières tient en leur rôle au sein des hôpitaux. Comme il a été montré, elles sont des aides des médecins qu'elles côtoient tous les jours. Dans ce fonctionnement, les

---

[1] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102. Elle est aide-infirmière d'octobre 1914 à décembre 1914 et a fait quinze journées de huit heures.

[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 8 septembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. à Alfred Maingon, régisseur du château de Richelieu.

[3] A.M. Tours. 16 Z 3. Brouillon d'un rapport du délégué régional de la S.S.B.M. au comité central de la société et envoyé en novembre 1914.

[4] *Ibidem*. On est bien ici dans la représentation très masculine et médicale du rôle de l'infirmière car il ne mentionne pas leurs compétences médicales.

médecins, véritables maîtres des formations sanitaires, imposent leurs méthodes de fonctionnement et donc leurs exigences aux infirmières [1]. Critiquer ce personnel reviendrait donc pour certains médecins à faire leur autocritique.

Enfin, il est intéressant de constater que dans ses règlements, le Service de Santé n'impose pas aux infirmières des formations sanitaires bénévoles ou auxiliaires d'être titulaires d'un diplôme de l'une des sociétés de la Croix Rouge ou d'une école d'infirmière. La professionnalisation de ce personnel n'en est qu'à ses balbutiements avant la guerre dans la 9e région[2], et comme il a été montré, ce sont les sociétés et leurs comités qui ont mis sur pied les formations destinées aux futures infirmières.

3) Des « anges blancs » ?

On peut s'interroger sur ce qualificatif donné à ces femmes qui soignent les soldats de cette guerre. D'autant plus avec l'arrivée dans les formations d'un personnel novice, parfois plus intéressé par le statut que la tâche. À cette dégradation de l'image par ces personnes intéressées, viennent s'ajouter d'autres attitudes pour le moins étonnantes et qui rappellent que l'infirmière n'est pas forcément la servante dévouée du médecin.

a) Une attitude pas toujours irréprochable.

Les infirmières n'échappent pas aux critiques qui frappent le Service de Santé et son personnel. Cependant, celles-ci sont différentes. Étant des auxiliaires des médecins, elles sont moins visées par les attaques concernant la mauvaise prise en charge des soldats. Mais l'« ange blanc » possède aussi un côté sombre qui s'inscrit dans un climat de méfiance du ministère de la Guerre envers les sociétés de la Croix-Rouge au début de la guerre. Au début du mois d'août 1914, des arrêtés sont pris pour mieux contrôler les porteurs de brassard et d'insignes[3], afin notamment de lutter contre l'espionnage sous couvert de servir auprès des hospitalisés. Une autre raison est de débusquer les personnes utilisant ces moyens à des fins peu avouables : échapper à la mobilisation, bénéficier de l'aura des sociétés de la Croix Rouge, etc. Le ministère de la Guerre intervient pour mettre fin à un autre abus préjudiciable non pas à la sécurité de la nation mais à l'image de l'infirmière, en en réglementant le port de l'uniforme. Afin de mettre fin à cette prolifération de costumes dans les rues des villes de France, le ministre de la Guerre proscrit le port de celui-ci en-dehors de la formation à laquelle l'infirmière est attachée[4].

---

[1] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 130.
[2] Sur ce point, voir les travaux de Christian Chevandier et d'Yvonne Knibiehler cités dans la bibliographie. Elle est beaucoup plus développée à Paris, en Grande-Bretagne et aux États-Unis.
[3] A.D.M&L. 10 R 5/83. Arrêté du 11 août 1914 de la préfecture de Maine-et-Loire.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°8 108 C/7 du 14 septembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

Cette mesure n'a rien d'anodine car si l'image du soldat défendant la France ne doit pas souffrir de celle des embusqués, celle de l'infirmière humble et dévouée ne doit pas être entachée de l'attitude de personnes plus attirées par l'aura et la reconnaissance sociale que par la pénible tâche de soigner les soldats[1]. Sont visées les « élégantes de la première heure » critiquées par le docteur Lejars. Et bien que certaines enfilent entièrement le costume d'infirmière avec toutes les tâches qu'il implique, d'autres délèguent ces basses besognes à des domestiques[2]. Car ce qui importe, c'est l'étiquette :

> « Une mondaine qui après la guerre ne pourrait citer ses services dans aucun hôpital semblerait une méprisable embusquée ; les tangos les plus suggestifs, et les aigrettes les plus agressives ne pourraient racheter cette tare et la réhabiliter dans les salons sélects. Une femme qui n'aurait pas satisfait son besoin de soigner et de consoler en éprouverait un regret et une sorte d'humiliation dont elle se consolerait difficilement elle-même. »[3]

Cette mesure semble rencontrer des difficultés dans sa mise en place, puisque le 10 octobre 1914, une nouvelle circulaire est émise par le ministre de la Guerre rappelant cette interdiction[4]. En outre, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette mesure qui, comme pour le cas des embusqués, ne vise qu'une infime partie des infirmières. D'autre part, bien qu'initialement appliquée aux infirmières de la Croix-Rouge il semble qu'elle soit appliquée à l'ensemble des infirmières[5]. Les « anges blancs » doivent faire preuve d'humilité, tout comme elles se doivent de soigner tous les soldats, et pas seulement les plus « glorieux ».

Cette image se dégrade de nouveau par l'attitude, plus générale, du personnel de certaines formations au début de la guerre. Dans l'engouement de celui-ci, plusieurs formations ont été ouvertes. S'ensuit alors une période qui est insupportable pour le personnel de ces formations et qui apparaît comme déplacée au regard de la situation : l'attente des premiers soldats évacués. Celle-ci peut être très longue, surtout pour les formations qui ouvrent au début du conflit car les premières évacuations à destination de la 9e région ne débutent que le 21 août[6]. Cette situation s'explique par le plan d'hospitalisation des soldats blessés au front qui évacue en premier lieu vers les régions du sud de la France. Les trains sanitaires traversent la 9e région et seuls les soldats dont l'état ne permet pas de poursuivre le trajet sont hospitalisés dans la région. Cette attente est parfois incomprise par le personnel de ces formations qui ignore les plans militaires.

---

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 149.
[2] FOURNIER, Jean-Pierre, (1996), « Évolution du Service de Santé Militaire français pendant la guerre de 1914-1918 », *op. cit.* p. 135.
[3] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 120-121.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°10 772 C/7 du 10 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 121.
[6] C.D.M.S.S.A. A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916. Ce dernier explique que les premiers trains de blessés sont arrivés le 23 août.

À Amboise, la direction de l'hôpital auxiliaire n°12 avertit le 9 août le délégué régional que l'hôpital est prêt, espérant ainsi recevoir des soldats rapidement[1]. Mais comme aucun soldat n'est envoyé sur la formation, la direction de celle-ci rappelle les 13 et 18 août au délégué régional ainsi qu'au Service de Santé que tout est prêt pour recevoir ces derniers, espérant ainsi provoquer leur arrivée[2]. Cette attitude peut paraître étonnante et déplacée par rapport à la gravité des évènements, mettant ainsi à mal l'image de ces comités de la Croix-Rouge. Le personnel apparaît comme profondément égoïste car il ne semble pas comprendre le terrible corollaire qu'entraîne l'évacuation des soldats sur leur formation durant ce conflit : les terribles combats de ce mois d'août et la mort en masse. Cependant, il ne faut pas voir principalement dans cette attente une passion morbide insatisfaite, malgré les motivations parfois « légères » de certains[3]. Cette impatience trouve aussi ses racines dans la pression mise par le Service de Santé sur les comités et ce dès avant la guerre, lorsqu'il encourageait les comités à organiser des hôpitaux auxiliaires. Elle s'accentue lors de la mobilisation générale lorsqu'il demande aux comités d'organiser le plus rapidement possible ces formations, plaçant *de facto* les comités dans une situation d'urgence. Or, une fois que les formations sont organisées, il ne se passe rien, d'où parfois un sentiment d'inutilité[4].

Cette frustration peut se doubler d'un sentiment de jalousie, le Service de Santé étant parfois accusé de favoriser ses formations au détriment de celles de la Croix-Rouge, surtout si elles ne sont pas prêtes à l'arrivée des premiers blessés. Prévenu de l'arrivée des premiers blessés le 21 août, le comité de l'U.F.F. d'Angers dépêche à la gare du personnel et des véhicules. Pensant conduire les soldats à son hôpital, la déception est grande lorsque le Service de Santé ordonne de les hospitaliser dans les hôpitaux complémentaires n°19 et n°20 d'autant plus que ces formations ne sont pas prêtes, leur organisation étant achevée par le comité dont des infirmières constituent le personnel infirmier[5]. À l'hôpital auxiliaire n°12, l'administrateur s'estime lésé vis-à-vis d'autres formations ayant déjà reçu des soldats et des signes d'énervement apparaissent au sein du personnel[6]. L'absence d'activité rend difficile la vie de la formation. Il devient compliqué d'entretenir l'engouement des premiers jours et l'on craint un désintéressement d'une partie du personnel et un risque de démission. Pire selon lui, l'absence d'hospitalisés pourrait faire courir dans la ville la rumeur d'une méfiance envers la

[1] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Télégramme daté du 9 août 1914 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.
[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Télégramme daté du 13 août 1914 d'auteur inconnu et adressé probablement au délégué régional de la S.S.B.M. Lettre datée du 18 août 1914 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.
[3] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 120-121.
[4] Il ne faut d'ailleurs pas oublier que ces formations sont la consécration de l'œuvre de ces comités, d'où une certaine exaspération à ne pas agir.
[5] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917. L'hôpital auxiliaire n°102 reçoit ses premiers hospitalisés quelques jours plus tard, le 23 août 1914.
[6] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 25 août 1914 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.

société. Le Service de Santé étant seul maître de l'hospitalisation des soldats, le délégué ne peut que l'inviter à prendre son mal en patience[1].

Une fois les premiers soldats arrivés dans les hôpitaux auxiliaires, la déception liée au type de blessure ou de maladie soignée peut conduire à des attitudes en contradiction avec l'esprit de la Croix-Rouge. Léon Jouhaud, mobilisé à Limoges au début de la guerre, évoque dans son témoignage ces hôpitaux auxiliaires qui s'organisent et les demandes répétées de leur fournir des soldats. Mais au lieu de blessés aux plaies encore saignantes, on leur envoie des vénériens, provoquant la colère des infirmières venant se plaindre auprès de son supérieur[2]. Pour le docteur Jouhaud, il ne s'agit que de la confrontation entre les soins imaginés et les soins réels, et il ne leur tient pas rigueur de ce comportement, le personnel de ces formations apprend son rôle :

> « Ces dames allèrent alors se plaindre à la direction. Elles n'avaient pas tout à fait tort, mais cependant elles se montraient bien sévères, bien prudes, bien intransigeantes. Elles n'avaient pas encore acquis leur métier ; elles étaient imbues de préjugés, bourrées d'illusions et elles voyaient, dès le premier jour, que leur dévouement n'aurait peut-être pas toujours à s'employer comme elles l'avaient rêvé. »[3]

b) Une fonction jalousée.

Déjà entrevu avant la guerre, le caractère élitiste dû à la composition sociale des infirmières de la Croix-Rouge et des bienfaiteurs des formations bénévoles, devient de moins en moins supportable aux yeux d'une partie de la population qui s'estime exclue des soins. En effet, pour devenir infirmière il faut posséder des moyens financiers ainsi que du temps et donc ne pas avoir à travailler ou bien ne pas avoir une vie de famille trop prenante. Cela écarte une grande partie des femmes souhaitant soigner des soldats, d'autant plus que les infirmières des formations de la Croix-Rouge ne sont pas payées. Pour les autres formations, aucune règle n'existe mais le Service de Santé possède un corps d'infirmières et au début de la guerre, il rétribue celles qui souhaitent s'engager dans ses formations. Une rancœur se forme alors chez ces femmes exclues des soins des soldats comme le montre le cas de cette femme qui souhaite devenir infirmière à l'hôpital auxiliaire n°102[4]. Ayant auparavant tenté de le devenir à Paris, elle n'a pas été acceptée pour des raisons financières :

> « […] j'ai bien essayé a [*sic*] Paris de rentrer comme infirmière a [*sic*] la Croix-rouge [*sic*] mais on me demandait 100 fr par mois pour ma nourriture et mon couché alors voyer parceque [*sic*] je n'ai pas d'argent je ne peux pas me rendre utile […] »[5]

---

[1] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 26 août 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. au président du comité de la S.S.B.M. de Chinon.
[2] JOUHAUD, Léon, NOURISSON, Pascale (éd.) et BECKER, Annette (préf.), (2005), *Souvenirs…, op. cit.* p. 55-56.
[3] *Ibidem, op. cit.* p. 56.
[4] A.D.M&L. 101 J 343. Lettre d'Isabelle Simon à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. La lettre est datée du 1er septembre mais il n'y a pas l'année (la lettre est classée avec celles de l'année 1914).
[5] *Ibidem.*

De riches personnes souhaitant jouer aux infirmières et écartant des hôpitaux les pauvres familles des malheureux blessés ? La caricature est facile et semble alimentée par certaines situations mal interprétées par les familles qui ne comprennent pas toujours qu'on les empêche d'accéder aux hôpitaux, surtout en cas d'épidémie. C'est le cas à l'hôpital auxiliaire n°102. La directrice doit s'expliquer auprès du médecin-chef de place au sujet d'une femme qui aurait été empêchée de voir son mari[1]. Pour la directrice, il n'y a pas d'affaire, cette femme a d'ailleurs pu visiter son mari de nombreuses fois sans interdiction. Et lorsqu'une interdiction lui a été faite, suite à la mise en quarantaine de la salle où se trouvait son mari par crainte d'une épidémie de scarlatine, elle a tout de même pu le voir. Ainsi, on s'étonne de cette plainte et par ailleurs on dénonce l'attitude de cette femme qui contrairement à d'autres familles, n'a pas compris l'intérêt que présentait une mise en quarantaine.

C'est aussi la moralité des infirmières que l'on attaque pour des raisons qui sont parfois obscures mais qui semblent toucher au risque pour des jeunes femmes ou des femmes célibataires de fréquenter les soldats[2]. À l'hôpital auxiliaire n°12 de Chinon, c'est une infirmière qui, bien qu'étant compétente, pose problème à la direction qui demande son renvoi « […] pour des raisons d'ordre moral […] »[3], sans plus d'explications. Dans ce cas la critique est feutrée et reste interne au comité, ce qui n'est pas toujours le cas et parfois les rumeurs sur l'attitude du personnel féminin courent les villes. C'est le cas d'une femme, qui n'est apparemment pas infirmière, et qui travaille au dépôt de convalescents situé au Lion d'Angers. Dans une lettre anonyme, elle est accusée d'entretenir des relations charnelles avec les soldats, de les faire boire et de les droguer, de pratiquer des avortements, de voler et d'être une incendiaire ; son mari est par ailleurs accusé d'être un proxénète[4]. Ces accusations sont par la suite démenties par une enquête de police qui évoque une vengeance et montre par ailleurs que son travail est apprécié du personnel de la formation et des soldats. Participer aux soins des soldats est un privilège jalousé.

c) Un personnel parfois frondeur.

L'infirmière, auxiliaire fidèle et obéissante du médecin, est aussi une image qui ne correspond pas toujours à la réalité. Des conflits peuvent éclater au sein des différentes formations entre médecins et infirmières. Surtout dans les formations de la Croix-Rouge où les infirmières, parfois membres importants du comité local, ont une grande influence. Mais ces conflits ne franchissent pas les portes

[1] A.D.M&L. 101 J 263. Brouillon d'une lettre datée du 27 décembre 1914 de la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers au médecin-chef de la place d'Angers.
[2] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 138.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 21 août 1914 de la présidente du comité des dames de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la société.
[4] A.D.M&L. 1 R 5/13. Rapport daté du 30 décembre 1914 du brigadier Pinault commandant la brigade à cheval du Lion d'Angers sur « […] des faits énoncés par une lettre anonyme concernant l'ambulance du Lion d'Angers. »

des formations et des comités. Ainsi, le docteur Chaumier*, médecin-chef de l'infirmerie de la gare de Saint-Pierre-des-Corps lors de la mobilisation, en a été « évincé » à la fin du mois d'août 1914. Pudiquement, l'administrateur-adjoint de l'infirmerie explique dans un historique du 15 octobre 1916 qu'il a démissionné pour des raisons personnelles[1]. En réalité cette démission a été sollicitée par le délégué régional[2] et le docteur Chaumier a été immédiatement remplacé par son adjoint le docteur Moissonnier*. La raison de cette éviction semble être une discorde avec une infirmière surveillante de la formation, madame Guérard[3], le délégué régional ayant choisi de statuer en faveur de l'infirmière.

Les infirmières des sociétés de la Croix-Rouge ne sont pas toujours en position de force et parfois ce sont les médecins qui obtiennent le départ des infirmières. C'est le cas à l'hôpital auxiliaire n°102 où le médecin-chef obtient le départ de l'une des infirmières-majors, mademoiselle Hordliczska, pourtant venue spécialement de Paris pour ce poste. Nous ne savons pas pourquoi le docteur Legludic souhaite son départ, d'autant que cette infirmière est appréciée du reste du personnel, mais comme le dit un membre du personnel : « […] nous sommes obligées de nous incliner devant sa [celle du docteur Legludic] mise en demeure d'obéissance a [*sic*] ses ordres. »[4] Le fait que le docteur Legludic collabore depuis de nombreuses années avec ce comité joue en sa faveur. Sa mise en demeure dévoile en outre sa conception du rôle de l'infirmière qui se doit d'obéir à ses ordres, conception intéressante pour une société dirigée par les femmes. À la fin de l'année 1914, mademoiselle Hordliczska quitte la formation[5], remplacée en octobre 1914 par madame Lévesque, envoyée par le comité central, preuve d'une raréfaction des candidates au niveau de la région[6]. D'un excès il ne faut pas tomber dans un autre et considérer que les comités et les formations sanitaires ne soient que des lieux d'intrigues. Les infirmières et les formations sanitaires sont encore en phase d'adaptation au conflit.

C) Un personnel gestionnaire croulant sous les règlements.

Que le personnel administratif des formations sanitaires eut été le seul à la hauteur de sa mission au début de la guerre aurait été étonnant. D'autant plus qu'il n'est avant la guerre, pas aussi bien formé à son rôle que les médecins. Même si contrairement à ces derniers, la réalité des blessures

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.
[2] A.M. Tours. 16Z3. Brouillon d'un rapport du délégué régional de la S.S.B.M. au comité central de la société et envoyé en novembre 1914.
[3] http://lapeyre.ferriere.org/lettres/. Lettre du docteur Lapeyre, datée du 22 septembre 1914 et destinée à sa famille.
[4] A.D.M&L. 101 J 343. Brouillon d'une lettre non datée et non signée.
[5] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102.
[6] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'Assemblée générale du 23 février 1917.

de ce conflit n'influe pas sur la conception de leur travail administratif, elle influe cependant sur leur charge de travail. De même que pour les personnels précédemment évoqués, l'accroissement du système hospitalier dans la 9e région induit des difficultés concernant le manque de personnel et ses compétences. Ce personnel secondaire dans les soins des soldats mais qui possède son importance, est aussi peu présent dans les archives. Il est alors difficile d'esquisser toutes les difficultés auxquelles il a été confronté au début de la guerre. Même s'il n'intervient pas directement dans les soins des soldats, les difficultés qu'il rencontre sont prises au sérieux par le Service de Santé car elles influent sur le bon fonctionnement du système hospitalier. Une mauvaise administration des formations sanitaires peut pénaliser son action. Dès lors, il doit mettre en place des solutions analogues soit augmenter le personnel et le former. Mais au vu des difficultés rencontrées avant-guerre dans la préparation de ce personnel on peut s'interroger sur la réalité de cette formation. Ne conviendrait-il pas mieux d'adapter le fonctionnement du système hospitalier à un personnel novice ?

1) L'urgence de constituer un personnel administratif.

Le Service de Santé et les comités de la Croix-Rouge doivent constituer avant la guerre un personnel administratif compétent pour donner au personnel médical tous les moyens d'agir. Là encore, la préparation d'avant-guerre est prise en défaut par le conflit et le personnel et les compétences viennent à manquer. Il convient alors d'évoquer les mesures prises dans l'urgence par le Service de Santé et ses alliés pour éviter que le travail administratif n'entrave la récupération des malades et blessés.

a) L'échec de la préparation des cadres administratifs à la guerre.

Ce personnel qui agit dans l'ombre du personnel soignant est d'une importance vitale pour le bon fonctionnement des formations sanitaires et du système hospitalier. Au début du conflit, le Service de Santé dispose de 319 officiers d'administration du cadre actif et de 2 010 officiers d'administration du cadre auxiliaire[1], ce qui n'est pas surprenant comme il a été montré auparavant. Le cadre militaire se recrute parmi les sous-officiers. Ils passent un concours pour être admis à l'École d'administration de Vincennes dont relève la formation des officiers d'administration du Service de Santé des troupes métropolitaines et coloniales[2]. Pour les civils, les sources ne sont pas aussi riches quant à leur formation à ce poste durant leur service militaire ou bien lors des périodes d'instruction. On peut admettre qu'elle suit celles des médecins et des pharmaciens dans les grandes lignes : une formation durant le service militaire et les périodes d'instruction donnée par les officiers d'administration militaires. L'officier d'administration gestionnaire d'un hôpital militaire est

[1] Soit une proportion d'un pour six environ.
[2] DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine), (1914), *Précis de…, op. cit.* p. 91.

d'ailleurs chargé de l'instruction administrative du personnel sous ses ordres, instruction qui comprend l'étude des lois, décrets et règlements ayant trait au Service de Santé[1].

Contrairement aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmiers, l'officier d'administration n'a aucune équivalence dans le civil, même si son poste comprend plusieurs missions partagées par différentes fonctions dans un hôpital civil[2]. Ce poste s'offre à tous, à condition évidemment de savoir lire, écrire et compter. Cependant, certains métiers civils offrent des compétences en adéquation avec cette fonction comme avocat, notaire, commerçant ou un poste administratif d'un hôpital civil, etc., métiers dont on pourrait penser qu'ils sont recherchés pour ces postes.

Leurs homologues des hôpitaux auxiliaires, les administrateurs, doivent principalement leurs formations à leurs comités. On peut aussi admettre que certains d'entre eux soient d'anciens militaires à la retraite, des officiers d'administration du cadre complémentaire mis à disposition des hôpitaux auxiliaires ou bien des civils formés à ce poste et ayant fini leur temps militaire. Des cours d'administration sont proposés par certains comités comme ceux de la S.S.B.M. d'Angers et de Saumur juste avant le conflit, mais ils ne sont dispensés qu'aux femmes souhaitant avoir un poste administratif dans les hôpitaux auxiliaires. Les femmes ne sont pas cantonnées au rôle d'infirmière, elles sont aussi à la direction des hôpitaux auxiliaires, dont les services administratifs semblent plus développés que leurs homologues militaires. À Angers, ces cours sont dispensés par un colonel de l'armée[3], tandis qu'à Saumur ces cours sont proposés en janvier 1914 puis sont rapidement abandonnés faute de personnel pour les dispenser[4]. Les personnes destinées à ces postes d'officier d'administration et d'administrateur peuvent trouver des conseils dans les quelques ouvrages qui sont écrits avant le conflit. La S.S.B.M. fait éditer en 1914, un manuel pour aider à l'administration des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries de gare[5]. Tout comme pour les postes de médecin et de pharmacien, cela montre le caractère incomplet de cette formation qui relève là encore d'une volonté personnelle. Le risque est alors d'avoir un personnel au niveau très disparate au début du conflit.

Or, ces postes sont importants pour le bon fonctionnement des hôpitaux et du Service de Santé. L'officier d'administration est présent dans les différentes directions du Service de Santé et dans les magasins d'approvisionnement de celui-ci pour en assurer la gestion[6]. À la tête des sections d'infirmiers, sous la direction d'un médecin, il participe à toutes les étapes de l'instruction des

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 62-64 (Article 155).
[2] Comme l'économe d'un hôpital civil.
[3] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 25 juin 1913.
[4] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Lors de la réunion du conseil du comité du 14 janvier 1914, il a été décidé de mettre en place ces cours. Il est ensuite indiqué sur le registre que les recherches pour trouver des professeurs ont été infructueuses et donc que l'idée a été abandonnée.
[5] SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES (éd.). *Manuel pour l'administration des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries de gare*. Paris : Croix-Rouge française Société de Secours aux Blessés Militaires, 1914, 115 p.
[6] DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine), (1914), *Précis de…, op. cit.* p. 91.

infirmiers. En outre, dans les hôpitaux et salles militaires, il est à la tête du détachement d'infirmiers, toujours sous la direction du médecin-chef, et en assure la répartition entre les services en accord avec ce dernier. Dans les hôpitaux et les salles militaires, il assure aussi la gestion de ces formations ou bien la direction de certains services. Cela dépend s'il est le seul affecté à la formation ou non, et si la convention liant le Service de Santé à la commission administrative le prévoit. Il est ainsi chargé « […] du bureau des entrées, du mobilier et des écritures qui s'y rattache, de la dépense, de la surveillance générale de l'établissement, de l'administration des infirmiers et enfin de la comptabilité. »[1]

Il faut insister sur certains points particuliers démontrant son importance. En charge de l'approvisionnement de l'hôpital, notamment en nourriture, il est directement impliqué dans la qualité de celle-ci qui se répercute sur les régimes et le bien-être des hospitalisés. Poste de dépense important, il se doit aussi de ménager les deniers de l'État ou du comité. Responsable de la partie administrative de l'hospitalisation, la bonne tenue des écritures et un archivage correct permettent d'assurer aux hospitalisés le respect de leurs droits, principalement leurs droits à la pension et à la réforme. La bonne tenue des écritures permet d'assurer le bon fonctionnement des formations et du système d'évacuation des hospitalisés, et ainsi de ne pas constituer un frein à celui-ci en conservant pour des raisons administratives des soldats guéris. Enfin, concernant plus particulièrement les hôpitaux complémentaires et auxiliaires, l'administrateur ou l'officier d'administration est chargé à l'ouverture de ceux-ci de dresser le procès-verbal de mise à disposition de la propriété et celui de restitution à la fermeture. Ils engagent ainsi les deniers de l'État ou du comité. Par ailleurs, ce sont eux qui gèrent la fermeture d'une formation.

b) Une pénurie de personnel qualifié.

À l'image des officiers d'administration, le nombre de gestionnaires pour les formations sanitaires devient rapidement insuffisant, pour des raisons déjà évoquées comme la création de nouvelles formations et le remplacement du personnel perdu. Au début de la guerre, les 2 329 officiers d'administration sont principalement envoyés dans les formations de l'avant. Seulement 650 sont destinés aux besoins de l'intérieur et 129 sont conservés en réserve[2]. Pour pallier les premières pertes, quatre-vingt-deux officiers d'administration sont envoyés aux armées pour prendre la place de leurs collègues morts, faits prisonniers ou bien évacués[3]. Soumis à des facteurs identiques, l'organisation de formations nouvelles, le personnel administratif des formations auxiliaires devient lui aussi rapidement insuffisant.

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 62-64 (Article 155).
[2] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 94.
[3] *Ibidem.*

Le ministère de la Guerre fixe alors des objectifs à atteindre pour les effectifs des officiers d'administration, les besoins pour ce type de personnel sont estimés pour le Service de Santé à 3 600 hommes[1]. L'augmentation est alors progressive et principalement réalisée en piochant dans la réserve de l'armée active mais surtout dans l'armée territoriale, sa réserve ainsi que dans le service auxiliaire[2]. Au 1er janvier 1915, on compte 3 277 officiers d'administration, 344 du cadre actif et 2 933 du cadre auxiliaire, puis 3 435 au 15 mai 1915, 342 du cadre actif et 2 993 du cadre auxiliaire. Les objectifs sont quasiment atteints au 1er août 1915, le Service de Santé dispose alors de 3 579 officiers d'administration, 343 du cadre actif et 3 236 du cadre auxiliaire[3]. Le recrutement de ce personnel se fait dans des conditions similaires à celui des médecins et des pharmaciens, en axant la recherche sur le cadre auxiliaire comme le rappelle la dépêche du 6 décembre 1914 du ministre de la Guerre[4]. Cette dépêche accorde une « […] application dans la plus large mesure possible […] »[5] de l'article 31 de l'instruction du 21 mai 1913[6], pour permettre à un unique officier d'administration du cadre auxiliaire, qu'il soit en sous-ordre ou non, d'être gestionnaire d'un hôpital complémentaire. Ainsi, on espère libérer des officiers d'administration qui seraient affectés à de nouvelles formations et de nouveaux services. Il est à noter que cette dépêche s'intéresse aussi aux officiers d'autres armes et services occupant la fonction d'officier d'administration.

Le Service de Santé parvient à accroître ces effectifs et à fournir des officiers d'administration, mais rencontre une importante difficulté : trouver un personnel compétent. Cette condition est imposée dès avant la guerre par l'instruction du 21 mai 1913 précédemment citée, et rappelée par le ministère de la Guerre et le Service de Santé lors de la recherche d'officiers d'administration. Dès le 22 août 1914, et face au manque d'effectif, on demande aux commandants des régions de faire « […] rechercher dans [leur] région de Corps d'armée les sous-officiers des réserves aptes à ces emplois et m'adresser [au directeur de la 7e Direction] le plus tôt possible des propositions en vue de leur nomination, sans examen, au grade d'officier d'administration de 3ème classe pour la durée de la

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 94.
[2] Ce que le médecin inspecteur Troussaint appelle le cadre auxiliaire dans son livre.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 95.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°5 398 1/7 du 6 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] *Ibidem.*
[6] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique,* 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 18 (Article 31). « A [*sic*] défaut d'officiers d'administration de l'armée territoriale, les emplois qui leur sont dévolus dans les hôpitaux complémentaires du territoire peuvent être attribués à des hommes du service auxiliaire ou de la réserve de l'armée territoriale possédant une instruction générale suffisante pour occuper un emploi de comptable dans les établissements dont il s'agit. Ils sont, autant que possible, placés en sous-ordre et affectés à des hôpitaux s'ouvrant après le 15e jour de la mobilisation. »

guerre. »[1] Cette condition est ensuite rappelée plusieurs fois par la 7e Direction[2] et par le médecin inspecteur Landriau au début du mois de janvier 1915[3]. Le Service de Santé recherche des personnes compétentes, mais ces compétences ne comprennent pas forcément une connaissance de l'administration des formations sanitaires.

Pour les autres types de formations sanitaires, le problème du recrutement des administrateurs, et du personnel administratif se pose différemment, surtout qu'elles ne disposent pas du réservoir d'hommes que possède le Service de Santé. Pour les sociétés de la Croix-Rouge, ce personnel est recruté et formé à sa mission avant le conflit. Mais là aussi l'effort demandé à ces sociétés nécessite un nouveau personnel. Celui-ci se trouve soit dans les comités qui organisent les nouvelles formations, soit chez les généreux donateurs qui peuvent prendre la tête des formations qu'ils créent. Ainsi pour l'hôpital auxiliaire n°21 de Melle organisé grâce à la marquise de La Coste, l'administrateur de la formation est le comte de Vasselot de Régné, ancien conservateur des forêts[4]. De même, pour l'hôpital auxiliaire n°25, installé au château de Montrésor grâce à la générosité de ses propriétaires, l'administrateur n'est autre que le régisseur du château aidé dans sa tâche par le curé doyen de Montrésor[5]. On peut alors s'interroger sur les compétences de ce personnel qui découvre la gestion d'une formation sanitaire.

Cette question se pose d'autant plus pour les hôpitaux bénévoles et pour les formations de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires qui naissent avec ce conflit et dont le personnel gestionnaire n'est donc, en théorie, pas formé à ce rôle. Cependant dans ce cas, le recrutement des administrateurs s'apparente à celui des nouvelles formations des sociétés de la Croix-Rouge et parfois, l'administrateur possède les compétences requises pour le Service de Santé à l'exemple de l'économe du Grand Séminaire qui devient l'administrateur de l'hôpital bénévole n°115bis[6]. Il est à noter que les hôpitaux bénévoles étant des annexes d'hôpitaux complémentaires, une partie du travail administratif peut être réalisé par ces derniers et donc par des officiers d'administration. En outre, le Service de Santé peut fournir ce personnel à ces formations. Le seul personnel du temps de paix qui serait quelque peu au fait des règlements militaires est le personnel administratif des hôpitaux civils

[1] A.N. C 7689 Circulaire n°5 797 C/7 du 22 août 1914 du directeur de la 7e Direction. On note au passage que dans ce cas aussi, on allège les conditions de promotion.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°8 800 2/7 du 3 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. « Il est indispensable de ne confier, à défaut d'officiers d'administration, les fonctions de gestionnaires qu'à des candidats étant à même, en raison de leur aptitude professionnelle, de remplir convenablement ces fonctions. »
[3] A.D.M&L. 101 J 223. Dépêche n°172 P du 7 janvier 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le destinataire est inconnu, mais il demande des états des hommes des services auxiliaires ou appartenant à la réserve de l'armée territoriale, que l'on jugerait aptes à cette fonction.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique de l'hôpital auxiliaire n°21 par la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle, la marquise de La Coste. Non daté, mais il a été probablement rédigé à la fin de l'année 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique de l'hôpital auxiliaire n°25 par l'administrateur de la formation, Mr Bodin, et daté du 8 octobre 1916.
[6] A.D.I&L. 0076PERU0009. *La Semaine religieuse du diocèse de Tours*, numéro n°32 daté du 19 novembre 1915.

devenus des hôpitaux mixtes au début de la guerre, encore eût-il fallu qu'ils aient hospitalisé des militaires avant la guerre et que le personnel gestionnaire n'ait pas été mobilisé au début du conflit.

2) Une menace pour le fonctionnement du système hospitalier.

Des documents mal remplis ou rendus en retard peuvent freiner le retour des soldats au front. Des dossiers mal complétés peuvent handicaper les droits des soldats réformés. Ce sont là des menaces prises au sérieux par le Service de Santé qui se doit d'agir pour que l'administratif ne vienne pas pénaliser ses réformes.

a) La simplification des tâches administratives.

Le personnel gestionnaire des différentes formations sanitaires n'est majoritairement pas au courant de sa mission. Plus précisément, il est peu familier de l'administration des formations sanitaires et de la réglementation militaire. Il en résulte notamment des plaintes de la part du médecin inspecteur Landriau sur les retards dans la transmission des états journaliers[1]. Dans le même temps, le directeur du Service de Santé de la 9e région multiplie les instructions afin de faciliter l'exécution du service administratif sur différents sujets comme les formalités nécessaires à la sortie d'un malade ou d'un blessé[2] ou la liste des pièces indispensables à envoyer[3]. Au niveau local, les officiers d'administration, au fait de la réglementation du Service de Santé, aident les administrateurs en leur indiquant comment remplir les différents documents administratifs[4].

Ces difficultés ne sont pas propres à la 9e région militaire et la 7e Direction est contrainte d'admettre en octobre, à demi-mot, l'échec de la formation du personnel administratif avant le conflit, et les problèmes provoqués par l'emploi d'un personnel non formé :

> « D'autre part, les titulaires de fonctions, la plupart nouveaux dans leur emploi, notamment dans les hôpitaux temporaires des diverses categories [*sic*], ne possèdent pas encore toute l'experience [*sic*] indispensable, à l'exécution regulière [*sic*] du Service [*sic*]. Il est cependant d'une impérieuse necessite [*sic*] qu'il soit donné sans delai [*sic*] satisfaction aux besoins multiples et urgents du Service de santé, tout en observant les instructions et prescriptions reglementaires [*sic*]. »[5]

Pour obvier à cette situation, la 7e Direction annonce la création d'une « […] Notice-mémento […] »[6] résumant différentes instructions ainsi que « […] les principales dispositions réglmentaires [*sic*] à

[1] A.D.M&L. 101 J 223. Dépêche datée du 15 octobre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au Directeur du Service de Santé de la Place d'Angers, probablement le médecin-chef de la place d'Angers.
[2] A.D.M&L. 7 Hs Q 59. Instruction n°3 338 H du 8 septembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] A.D.M&L. 7 Hs Q 59. Instruction n°5 616 H du 10 décembre 1914 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.D.M&L. 101 J 225. L'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°6 fournit ainsi des modèles de documents à l'hôpital auxiliaire n°102.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°9 103 2/7 du 11 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[6] *Ibidem.*

appliquer dans la généralité des cas. »[1] Cette notice peut être complétée par les directeurs régionaux d'explications et de documents qu'ils jugeraient utiles. Par ailleurs, on rappelle aux directeurs régionaux que le directeur adjoint doit s'assurer, lors de ses tournées, du bon fonctionnement des formations sanitaires.

Malgré l'urgence de la situation évoquée par la 7e Direction, il faut attendre le début du mois de décembre pour que cette notice soit distribuée à toutes les formations sanitaires de toutes les régions militaires[2]. Cependant, étant arrêtée à la date du 18 novembre 1914, elle risque de ne plus être d'actualité. La 7e Direction prévoit alors d'envoyer des fascicules complémentaires et ordonne aux formations sanitaires de tenir à jour cette notice. La *Notice concernant l'exécution du service dans les centres hospitaliers et les hôpitaux du territoire. Memento des principales instructions ministérielles et dispositions réglementaires*[3] ne s'adresse pas uniquement aux gestionnaires des formations sanitaires. Elle s'adresse aussi aux médecins-chefs et aux pharmaciens de ces formations, montrant l'étendue de l'ignorance règlementaire du personnel hospitalier. En effet, elle aborde les attributions des directeurs adjoints et des médecins-chefs de place, reprend l'instruction sur les hôpitaux ou services de contagieux ou bien l'approvisionnement en médicaments. Concernant l'administration des formations, la notice aborde des thèmes tels que l'exécution du service (entrées, sorties, décès, etc.), l'approvisionnement des formations et la comptabilité des dépenses.

C'est donc un guide résumant les réglementations d'avant-guerre du Service de Santé, ajouté des principales dispositions adoptées depuis le début du conflit, qui est massivement diffusé. Bien que conçu pour faciliter le fonctionnement des formations sanitaire, il ne peut se substituer à l'ensemble de la réglementation du Service de Santé. Les nombreux renvois dont il est fait mention nécessitent de posséder cette réglementation ainsi que les documents émis depuis le début de la guerre par le Service de Santé. Il ne vaccine pas non plus les formations sanitaires contre cette terrible maladie qu'est la « paperassite », provoquant un début de réponse de la 7e Direction au mois de janvier 1915. On ordonne alors aux directeurs régionaux du Service de Santé de ne plus surcharger de travail les services administratifs des hôpitaux de l'armée en demandant des copies de documents à destination de la 7e Direction[4].

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°9 103 2/7 du 11 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°11 239 2/7 du 2 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 535. MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Notice concernant l'exécution du service dans les centres hospitaliers et les hôpitaux du territoire. Memento des principales instructions ministérielles et dispositions réglementaires.* Bordeaux : Imprimerie Gounouilhou, 1914, 45 p.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°2 226 C/7 du 21 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.

b) L'explication de texte du délégué régional.

Malgré les explications du Service de Santé et les simplifications des règles administratives, l'administration militaire demeure parfois incompréhensible. C'est d'autant plus le cas pour les administrateurs des nouvelles formations organisées durant la guerre, dont celles des sociétés de la Croix-Rouge. Ces administrateurs ont alors un avantage qui leur permet de mieux appréhender les règlements du Service de Santé : leur délégué régional. En théorie, c'est vers lui que se tournent les administrateurs pour leurs demandes de matériel, dont les imprimés règlementaires, et pour des explications quant aux demandes du Service de Santé. Mais parfois, ils doivent faire appel aux différentes autorités militaires locales, souvent pour des urgences. L'hôpital auxiliaire n°102 se tourne vers le médecin-chef de la place d'Angers pour obtenir des carnets d'ordres de transport, ses réserves étant pratiquement épuisées. Celui-ci aide la formation tout en rappelant que c'est au délégué régional de fournir ce matériel[1].

Assaillis par les nombreux textes émanant du Service de Santé et des autres services de l'armée ou de l'État, les administrateurs les moins expérimentés y perdent un peu la tête. Essayant de comprendre à quels textes font référence les circulaires reçues à l'hôpital auxiliaire n°18, le secrétaire demande au délégué un exemplaire du *Règlement sur le Service de santé en Campagne*[2]. Dans sa réponse, le délégué régional précise tout d'abord que ce règlement ne concerne pas les hôpitaux auxiliaires de la région. Surtout, il rappelle son rôle de conseil, adressant une petite pique aux nombreux règlements et états militaires :

> « Si vous éprouvez quelques difficultés dans l'application des prescriptions contenues dans les circulaires transmises par mon intermédiaire, je suis à votre disposition pour vous fournir tous les renseignements de nature a [*sic*] vous guider.
>
> Au surplus, nombreux sont les états qui ne sont point demandés aux hopitaux [*sic*] auxiliaires, il suffit de se reporter au manuel de la Société de Secours aux Blessés pour s'en rendre compte; [*sic*] c'est pourquoi le bordereau N°13 que vous me réclamez n'est pas jugé nécessaire. »[3]

Pour s'assurer que les divers documents émis par les services de l'armée soient correctement compris des formations sanitaires, ils doivent passer par le délégué régional. Ainsi, lorsque l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 reçoit une circulaire prescrivant d'envoyer les blessés sur les dépôts de convalescents, il demande au délégué régional où se trouvent ces dépôts[4]. Celui-ci fait savoir que toute circulaire ne provenant pas de lui, comme la circulaire mentionnée, ne doit pas être

[1] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 11 décembre 1914 de la secrétaire de l'hôpital auxiliaire n°102 au médecin-chef de la place d'Angers.
[2] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 19 janvier 1915 de la secrétaire de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[3] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 20 janvier 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18.
[4] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Télégramme daté du 9 novembre 1914 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M. La circulaire mentionnée est la circulaire n°11 718 1/11 du 15 octobre 1914 de l'État-Major de l'Armée, Bureau de l'organisation et de la mobilisation de l'Armée.

prise en compte par l'administrateur[1]. Cette façon d'opérer permet de procéder à un tri des documents à envoyer aux formations auxiliaires qui, comme il a été montré, ne sont pas concernées par tous les documents. Cela permet aussi une meilleure compréhension de ceux-ci par les administrateurs, puisqu'ils leurs sont transmis, au besoin, avec un commentaire du délégué régional[2].

Les explications demandées ne concernent pas forcément les dépêches, circulaires ou règlements, ainsi que la manière de remplir les différents documents. Parfois, c'est sur le mode de transmission de ces informations que des explications sont demandées, surtout que le fonctionnement des sociétés de la Croix-Rouge n'est pas forcément compatible avec les règlements. Lors de sa visite à l'hôpital auxiliaire n°18, un capitaine fait savoir que différents documents, dont les états de cinq jours[3], doivent être envoyés directement à la 7e Direction[4]. Ne sachant quoi faire, continuer à passer par le délégué régional ou envoyer les documents directement à la 7e Direction, quitte à les envoyer en double, on se renseigne auprès du délégué. Celui-ci répond que toutes les pièces dont il a demandé à ce qu'elles passent par lui, doivent continuer de lui être envoyées[5]. Mais la position du délégué régional évolue et l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 reçoit de nouvelles instructions en décembre 1914 et en janvier 1915. Il doit désormais envoyer l'état de cinq jours au Bureau des Renseignements aux Familles et au Service de Santé sans passer par le délégué[6]. Le 12 janvier, le délégué demande de nouveau à ce que ces états passent par lui, l'administrateur, quelque peu perdu, demande des précisions :

> « Nous avons suivi scrupuleusement ces instructions. Nous vous serions très obligé de vouloir bien nous faire savoir si, tout en vous adressant désormais un état des mutations des cinq jours, nous devions continuer ~~en~~ [*sic*] a en adresser un au Service de Santé et un autre au Bureau des Renseignements aux Familles. »[7]

Les demandes d'explications touchent donc tous les domaines de l'exécution du service des formations sanitaires : les états à envoyer ; l'entrée, la sortie et le transport des militaires ; la constitution des dossiers pour les réformes ou les convalescences ainsi que les lieux et horaires des commissions de réforme ; etc. La constitution des documents nécessaires au paiement des indemnités journalières est aussi une source d'interrogations, d'autant qu'elles sont vitales pour le

[1] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 9 novembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18.
[2] *Ibidem.*
[3] Les états de cinq jours ont trait aux entrées et aux sorties des hospitalisés. Ils permettent un suivi de ceux-ci et rendent compte de l'activité d'une formation et du nombre de soldats hospitalisés. Comme leur nom l'indique, ils sont envoyés tous les cinq jours.
[4] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 12 décembre 1914 du comptable de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[5] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 14 décembre 1914 du délégué régional de la S.S.B.M. à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18.
[6] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 14 janvier 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 au délégué régional de la S.S.B.M.
[7] *Ibidem*. Nous ne connaissons pas entièrement la réponse donnée par le délégué régional mais il prévient l'administrateur de ne pas confondre les états demandés.

fonctionnement des formations. On entrevoit ainsi tout l'intérêt du rôle des délégués régionaux. On peut aussi comprendre les plaintes du médecin inspecteur Landriau quant aux retards de transmission des informations. On comprend aussi une partie de l'origine des plaintes de l'armée quant aux retards concernant le retour au front des hospitalisés et l'importance de la mission des directeurs adjoints du Service de Santé.

Le Service de Santé et les sociétés de la Croix-Rouge ont entamé des réformes concernant la gestion du personnel des formations sanitaires mais elles demeurent encore insuffisantes. En effet, le Service de Santé doit aller plus loin dans la recherche des compétences des médecins s'il veut pouvoir baser son système hospitalier sur les spécialistes en ne se focalisant pas uniquement sur la chirurgie. En outre, il doit donner tous les moyens à ces spécialistes afin d'en obtenir les meilleurs résultats. Affecter un spécialiste à une formation ne servirait à rien si toute une organisation n'est pas dédiée à sa spécialité. Mais surtout, le résultat ne serait pas probant s'il ne pouvait s'imposer face à des médecins moins compétents mais plus gradés. Le Service de Santé doit trouver la bonne formule, soit accorder un grade en fonction des compétences, assurant la primauté de celles-ci, soit soutenir et imposer ces spécialistes à tous les acteurs du système hospitalier en les mettant à la tête de celui-ci. Se dirigeant à grand pas vers la féminisation du corps infirmier, au fur et à mesure de l'envoi du personnel masculin dans les unités combattantes, il doit trouver des solutions afin de conserver des effectifs suffisants et suffisamment compétents. Si la féminisation du corps infirmier est nécessaire, il l'est tout autant de conserver des hommes pour certaines tâches. Sur ce point aussi, il convient de trouver une solution. Quant aux sociétés de la Croix-Rouge, elles doivent remédier aux critiques portées contre les compétences et certaines dérives. Les néo-infirmières doivent entrer dans le rang et accepter les dures réalités du travail d'infirmière. Pour parachever ces transformations de la gestion des ressources humaines, le corps administratif doit lui aussi subir des changements. Il doit être à la hauteur de sa tâche pour ne pas constituer un obstacle au retour rapide des soldats au front. Ses compétences en gestion du personnel risquent d'être mises à rude épreuve. Le Service de Santé a quelque peu facilité leur tâche, en simplifiant le travail administratif et en s'éloignant de la réglementation prévue avant-guerre. Ces améliorations ne sont que les premières mesures qui doivent être poursuivies alors que la guerre s'allonge et que le nombre de soldats à soigner augmente.

Conclusion de la première partie

L'entrée en guerre et la confrontation à ses réalités se sont traduites par un douloureux apprentissage du Service de Santé de la région, des comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge et de la société civile à leurs missions et surtout aux moyens qu'elles nécessitent. Le plan d'hospitalisation des soldats, patiemment mis au point avant la guerre, a été rapidement modifié pour répondre aux besoins de l'hospitalisation de milliers de malades et blessés. Cet effort est aussi accompli par les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge et est soutenu par la population qui participe plus ou moins directement aux soins des soldats. Une nouvelle organisation hospitalière a émergé. Cette période du mois d'août 1914 à janvier 1915 a permis de dévoiler toutes les carences et les difficultés qui résultent de la mise en place d'un système hospitalier de plusieurs centaines de formations émanant de la société française. L'essor des spécialités médicales, indispensables pour soigner les malades et blessés de ce conflit, débute et s'accompagne d'une meilleure utilisation des compétences médicales. Ces deux évolutions doivent être poursuivies pour parvenir à une approche pluridisciplinaire des soins des soldats, indispensable pour l'accomplissement des missions du Service de Santé. Dans le même but, il adapte ses procédures administratives et médico-légales à un personnel peu au courant de son rôle mais aussi à des malades et blessés qu'il n'a pas ou très peu eu l'occasion de soigner en temps de paix. Pour faciliter la compréhension des réformes initiées durant cette période et leurs évolutions, il est nécessaire de scinder la suite de ce travail en deux parties portant sur la même période de février 1915 à la démobilisation. Il convient tout d'abord d'étudier l'évolution de l'organisation médicale pour montrer comment se poursuit le développement des spécialités médicales et comprendre la place qu'occupe le système hospitalier de la 9^{e} région dans le plan d'hospitalisation général de ce conflit. Puis, il convient d'étudier l'organisation structurelle de ce système hospitalier profondément remaniée depuis l'entrée en guerre, en analysant plus particulièrement les réponses apportées aux problématiques rencontrées au début du conflit.

Deuxième partie : La révolution médicale du système hospitalier de la 9e région.

Introduction de la deuxième partie

L'entrée en guerre révèle l'inadaptation de l'organisation médicale élaborée en temps de paix aux réalités de ce conflit. Le constat est par ailleurs sévère à l'image des critiques du radiologue Bouchacourt sur la radiologie dans la 9e région et sur les compétences de certains chirurgiens. Le Service de Santé fait alors son apprentissage et procède à des réformes qui concernent également sa direction. Ainsi, le 1er juillet 1915, Justin Godart, député radical-socialiste du Rhône, est nommé à la tête du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire (S.S.E.S.S.M.), rattaché au ministère de la Guerre[1]. Justin Godart parvient à obtenir l'autonomie du Service de Santé aux Armées le 11 mai 1917[2]. Il démissionne en février 1918 et n'est plus sous-secrétaire lorsque, le 11 février 1918[3], est créé le poste d'aide-major général du Service de Santé au Grand Quartier Général, un poste confié au médecin inspecteur général Toubert. Dès lors, le Service de Santé est associé à la conduite des opérations militaires et peut anticiper les besoins et mieux organiser ses plans d'hospitalisation. Le poste de sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire est ensuite occupé par Louis Mourier (1873 – 1960), médecin et député radical-socialiste, jusqu'en janvier 1920. Ces transformations de la direction du Service de Santé ont des conséquences sur le système hospitalier de la 9e région qui, en ce début de l'année 1915, poursuit la transformation de son organisation médicale. Il convient alors de définir cette organisation médicale qui rompt avec les conceptions d'avant-guerre. Pour cela, il est nécessaire d'étudier plus particulièrement les spécialistes à la tête de cette organisation et leur rôle dans celle-ci, mais aussi dans celle du Service de Santé. Puis, nous nous interrogerons sur la place de la 9e région militaire dans l'organisation médicale générale du Service de Santé, sur ses missions et leurs évolutions ainsi que sur la place et le rôle des civils dans cette organisation.

[1] VIET, Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 87 et 93. Le 15 août 1915, le médecin inspecteur Troussaint démissionne du poste de directeur de la 7e Direction qui disparaît alors.
[2] *Ibidem, op. cit*. p. 169.
[3] *Ibid, op. cit.* p. 174.

Chapitre 4 : Les spécialistes à la tête du système hospitalier.

Les réalités de la Première Guerre mondiale obligent le Service de Santé à sortir de la trinité « blessés, fiévreux et vénériens » sur laquelle reposaient les hôpitaux mixtes de la 9e région avant la guerre. L'amorce de la fin de l'année 1914 place le Service de Santé de la région sur la voie de l'approche pluridisciplinaire de la maladie et de la blessure, tant pour le diagnostic que pour la thérapie. En ce début du mois de février 1915, le nombre des services spécialisés et des centres de spécialités s'est étoffé. Les spécialités présentes dans la 9e région sont l'ophtalmologie, l'O.R.L., la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie orthopédique, la neurologie et la physiothérapie[1]. Le Service de Santé entend capitaliser sur cette organisation primaire qu'il doit développer en l'ouvrant à d'autres spécialités. La mise en place de cette organisation médicale place le Service de Santé devant l'inconnu. En effet, et à de rares exceptions, les spécialités médicales sont peu présentes dans les hôpitaux militaires. Il en résulte l'absence de doctrines ou plutôt l'absence de procédures standard qui permettraient au Service de Santé de contrôler ces centres et services.

Les buts de cette amélioration de la prise en charge des malades et des blessés sont toujours les mêmes : protéger les soldats en cantonnement et en instruction, rendre à l'armée ceux en traitement et à la vie civile et, si possible professionnelle, ceux qui ne sont plus utiles à l'armée. Dans ces buts, le Service de Santé entend bénéficier de l'expérience des médecins mobilisés et des recherches qu'ils mènent. Cette organisation médicale performante basée sur les spécialités est la condition indispensable à la réussite des missions du Service de Santé de la 9e région. Il convient alors de montrer comment ce système de spécialistes est mis en place et de définir ce système de spécialistes qui est le cœur de l'organisation médicale de la 9e région.

A) Les centres de spécialités, base de la nouvelle organisation médicale.

Tandis que le conflit se poursuit malgré la confiance du commandement en sa fin toujours prochaine, les besoins toujours croissants en soldats font qu'il compte exploiter toutes les ressources pour combler les pertes. Un soldat évacué du front a vocation à y retourner et pour cela, le Service de Santé de la 9e région doit tout faire pour y parvenir et ainsi mettre fin à la situation dénoncée par le radiologue Bouchacourt. Mais surtout, la nature et la diversité des blessures et des maladies et leur plus grande fréquence obligent le Service de Santé à intégrer de nouvelles spécialités dans son arsenal médical. Les blessés atteints par des projectiles, ceux ayant des lésions nerveuses, les malades touchés

[1] A.D.M&L. 101 J 225. Dépêche n° 890H du 9 février 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

par la syphilis et les pithiatiques ne peuvent plus être traités par l'organisation primaire de la 9e région. Les formations purement médicales, chirurgicales ou mixtes qui ont été la base de ce système primaire doivent être intégrées dans ce nouveau système hospitalier dont les structures spécialisées deviennent le maillon essentiel. C'est uniquement à cette condition que le Service de Santé de la région pourra répondre à ses missions.

La question est alors de trouver l'organisation médicale adéquate. Un début de réponse a été apporté à la fin de l'année 1914 avec la création de centres de spécialités, modèle que le Service de Santé compte développer. Cependant, cette organisation en centres ne peut convenir à toutes les spécialités. En effet, le nombre de malades et blessés varie selon celles-ci, appelant des organisations différentes qui se justifient aussi par le nombre de spécialistes disponibles. Tandis que les soldats, la population et l'armée attendent du Service de Santé de meilleurs soins, ce dernier doit trouver l'organisation idéale, au risque de tâtonner et sans l'assurance d'y parvenir. Or pendant ce temps, les combats se poursuivent.

1) La sectorisation chirurgicale et médicale de la 9e région.

La première organisation rationnelle des soins adoptée par le Service de Santé consiste à découper la 9e région en différents secteurs, dans un premier temps sur la base des subdivisions militaires de la région. On place à leur tête un médecin ou un chirurgien. Cette organisation n'est adoptée que pour la chirurgie[1] et la médecine générale, permettant au Service de Santé de déléguer à ces chefs le contrôle des soins médicaux et chirurgicaux. Cependant, au vu du nombre de formations et de soldats relevant de ces deux spécialités, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette mesure. En effet, si tous les moyens matériels et humains ne sont pas mis à la disposition de ces chefs et si aucune adaptation aux spécificités de la 9e région n'est faite, ces secteurs risquent de ne pas obtenir l'efficacité attendue.

a) Le découpage chirurgical de la 9e région.

Le découpage de la 9e région en secteurs chirurgicaux relève d'une volonté du Service de Santé de rationaliser l'utilisation des compétences chirurgicales et des moyens matériels des régions. Mettant fin à l'incurie chirurgicale, on garantit ainsi aux blessés les soins qui leurs sont dus et on donne à l'armée l'assurance que tout est fait pour récupérer ses soldats. Le 26 janvier 1915, le Service de Santé adresse aux directeurs régionaux le cadre de cette réforme[2], à charge pour ces derniers de définir l'organisation chirurgicale de leur région. Elle comprend trois niveaux basés uniquement sur

[1] Il faut entendre ici la chirurgie comme une chirurgie générale, sans les spécialités que sont la stomatologie, la chirurgie maxillo-faciale et la chirurgie orthopédique.
[2] A.N. C 7689. Dépêche du 26 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction. Celle-ci fait suite à une enquête sur le nombre de chirurgiens et de lits dans chaque région afin de mieux les répartir.

le nombre de lits dans chaque place de la région. Le premier comprend les places possédant moins de 1 000 lits. On ne doit pas y pratiquer de grandes opérations[1] et le chirurgien affecté ne doit pas nécessairement avoir des « […] qualités exceptionnelles. » [2] Ensuite, les places comprenant entre 1 000 et 2 000 lits, considérées comme des « […] centres chirurgicaux secondaires […] » où sont affectés des chirurgiens compétents par tranche de 500 lits, aidés d'un chirurgien moins qualifié[3]. Enfin, les places de plus de 2 000 lits. Elles doivent posséder une installation chirurgicale de premier ordre et les meilleurs chirurgiens, toujours par tranche de 500 lits. Elles accueillent en théorie le service central du secteur dirigé par un chirurgien-chef choisi parmi les plus qualifiés de la région ou au besoin affecté à celle-ci[4]. Ils ont pour mission d'inspecter les formations de leur secteur et de visiter les blessés à la demande des médecins ou sur leur propre initiative. Ils les conseillent sur le traitement à donner ou bien ordonnent l'évacuation du blessé sur un service chirurgical compétent, le leur ou un autre.

Le 17 mars, le directeur régional avertit les médecins-chefs de place de l'organisation chirurgicale décidée pour la 9e région[5]. Trois secteurs ont été créés. Le premier comprenant les subdivisions de Tours, Angers et Cholet, est dirigé par le médecin major de 1ère classe Ombrédanne*. Le second, sous la direction du médecin aide-major de 2e classe Robineau*, comprend les subdivisions de Poitiers, Parthenay et Châtellerault. Le dernier secteur, dirigé par le médecin aide-major de 1ère classe Labey*, comprend les subdivisions de Châteauroux et du Blanc. La définition de ces secteurs a suivi deux logiques. La première est la présence de chirurgiens compétents nommés chirurgiens consultants tout en restant dans leur formation, à l'image des chirurgiens Robineau et Labey. La deuxième consiste à affecter dans la région un chirurgien destiné à occuper ce poste, tel le chirurgien Ombrédanne.

Cependant, on peut s'interroger sur le bien-fondé de ces secteurs et sur la position des services centraux qui n'ont pas tous été définis avec le souci d'en tirer les meilleurs services. Si le service central du premier secteur chirurgical est à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours[6], l'étendue du secteur laisse entrevoir des difficultés pour la mission de consultant s'il ne possède pas de moyens de transport rapide. Concernant le deuxième secteur, son service central est situé à l'hôpital complémentaire n°11 de Saint-Maixent-l'École. Un choix surprenant, d'autant que le chirurgien

[1] Il faut entendre par là, les opérations sous anesthésie générale.
[2] A.N. C 7689. Dépêche du 26 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction. Pour cette citation et la suivante.
[3] On note ici la subjectivité de la définition des compétences requises. Elles sont ensuite définies dans la dépêche et se basent sur les titres universitaires et hospitaliers ou sur la notoriété du chirurgien.
[4] On note ici la reconnaissance des compétences qui priment sur le grade, ce dernier n'étant pas mentionné.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1 914 H du 17 mars 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le but est de faire la publicité de cette organisation, les médecins savent alors à qui s'adresser.
[6] Le chirurgien Ombrédanne dirige trois autres services dans l'agglomération tourangelle : à l'hôpital bénévole n°97bis, à l'hôpital auxiliaire n°10 et à l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 située à la clinique des Dames Blanches.

Robineau décrit la ville comme « […] vétuste, peu salubre, et, au point de vue hygiène et confort, tout ce qu'il y a de moins moderne. »[1] Plus étonnant, il ne possède pas d'installation radiologique, ce qui est impensable pour un service central. Le choix de ce service central est uniquement dû à la présence du chirurgien Robineau dans cette formation[2]. Seul le troisième secteur chirurgical semble avoir été conçu dans l'optique d'obtenir du chirurgien Labey, les meilleurs services possibles. Affecté à l'hôpital complémentaire n°1 à Châteauroux depuis le début de la guerre[3], il présente les qualités requises et avait mis en place une organisation similaire dès le début du conflit, reprise par la création de ce secteur[4].

b) Une première organisation corrigée.

L'objectif visé par cette première organisation n'est pas totalement atteint, la faute au trop grand nombre de formations présentes dans chaque secteur, avec à leur tête un personnel dont les compétences chirurgicales sont parfois peu satisfaisantes. La configuration du système hospitalier de la 9e région, provoquant l'éparpillement des blessés, complique le fonctionnement des secteurs chirurgicaux. Pour résoudre ces difficultés, le S.S.E.S.S.M. instaure un nouvel échelon le 5 août 1915[5] : les chirurgiens de place. Ils sont désignés par le directeur régional sur avis du chirurgien-chef de secteur qui les a estimés aptes à pratiquer la chirurgie courante[6]. Lui, doit, en principe, conserver la grande chirurgie[7], mais il n'est pas exclu qu'ils la pratiquent. La petite chirurgie courante[8] peut toujours l'être dans les formations sous le contrôle des chirurgiens de place. Chaque mois, ces derniers établissent un rapport sur l'activité de leur service et sur leurs tournées. C'est donc un nouvel échelon de contrôle qui est instauré au mois d'août 1915 afin de resserrer la surveillance sur les soins des blessés.

Cependant, cette organisation comporte une difficulté majeure : le transport. C'est une plainte récurrente des chirurgiens-chefs de secteurs et de leurs collègues qui concerne aussi les plus hauts

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'octobre 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de février 1916.
[3] Il dispose aussi d'un service chirurgical à l'hôpital mixte de Châteauroux.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Labey sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de septembre 1915. Il pratique toutes les opérations à Châteauroux et les plus importantes d'Issoudun et Le Blanc.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°28 089 C/7 du 5 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de janvier 1916. La désignation de ces chirurgiens de place lui vaut quelques inimités mais pour lui, il est indispensable de contrôler strictement les personnes qui opèrent et de délimiter leur champ de compétence.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°28 089 C/7 du 5 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Elle est définie dans cette circulaire et concerne les interventions splanchniques (relatives aux viscères), les amputations, les résections et les recherches de projectiles profondément situés.
[8] La présente circulaire la définit par les ouvertures d'abcès et l'extraction de projectiles superficiels et facilement accessibles situés dans les membres.

échelons de la direction régionale[1]. L'absence de transport rapide empêche la visite de toutes les formations et l'utilisation du train est rejetée car chronophage, il en résulte une rationalisation des inspections[2]. Pour le soldat, les conséquences peuvent être tragiques si un chirurgien compétent ne l'opère pas à temps et pour l'armée, la conséquence est de perdre un soldat. Le problème du transport n'est jamais réellement réglé malgré les plaintes régulières des chefs de centre[3] ou de service spécialisé, ce qui conduit certains d'entre eux à louer en urgence des véhicules[4] ou à utiliser leur automobile personnelle.

Même dotés d'une automobile, il apparaît très peu probable que les chefs de secteur puissent suivre les ordres de la circulaire du 5 août 1915 et visiter tous les quinze jours toutes les formations hospitalisant des blessés. Pour le chirurgien Ombrédanne, cela est impossible même en s'appuyant sur les chirurgiens de place et en se limitant aux formations pratiquant l'anesthésie générale[5]. Les secteurs chirurgicaux, surtout le premier, sont trop étendus pour que l'action du chirurgien-chef soit réellement efficace. En mars 1916, le directeur adjoint Job[6] demande la création d'un nouveau secteur regroupant les places de Cholet et d'Angers, cette dernière accueillant le service central. Ce mauvais découpage chirurgical est commun à toutes les régions militaires[7] et un an après la création des secteurs chirurgicaux, le S.S.E.S.S.M. ordonne les redécoupages nécessaires[8]. Deux nouveaux secteurs sont alors créés dans la 9e région et commencent à fonctionner en mai 1916. C'est tout d'abord celui de Saumur qui devient le quatrième secteur chirurgical dirigé par le médecin major de 2e classe Duroux*[9], puis celui d'Angers, le cinquième secteur chirurgical, dirigé par le médecin major de 2e classe Lapeyre*[10].

---

[1] Les différents directeurs adjoints qui se sont succédés dans la région se sont parfois plaints de l'absence d'une automobile et de l'impossibilité d'utiliser le réseau ferré, trop lent et donc trop chronophage pour leur mission.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de décembre 1915.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1916. Il réclame l'augmentation du nombre d'automobiles, actuellement insuffisant, pour permettre les tournées d'inspection.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Duroux sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Saumur durant le mois de juin 1916. Il a été obligé de louer un véhicule sur ses fonds propres pour répondre à des urgences ce qu'il ne peut plus faire car il n'en a pas les moyens.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de janvier 1916. Il dénombre alors vingt formations à visiter mensuellement.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 7 mars 1916 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton 563. Retranscription des questions et des réponses de la séance du 21 octobre 1915 de la Commission supérieure consultative du Service de Santé. Lors de cette réunion, cette question du redécoupage est discutée.

[8] A.N. C 7521. Circulaire n°58 Ci/7 du 10 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[9] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Duroux sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Saumur durant le mois de mai 1916.

[10] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers durant le mois de mai 1916.

L'organisation chirurgicale est de nouveau modifiée en août 1916 afin de tirer le meilleur parti de la répartition du personnel chirurgical et des installations. La circulaire n°189 Ci/7 du 15 août 1916 classe les formations en trois catégories : A (grands blessés), B (moyens blessés) et C (petits blessés)[1]. La première catégorie doit posséder une installation radiographique, un chirurgien de carrière et des aides. La seconde nécessite une bonne installation chirurgicale et un personnel à aptitudes chirurgicales. La présence d'une installation radiologique n'est pas obligatoire. La dernière catégorie ne concerne que les petits blessés et les convalescents et son personnel n'est pas spécialisé. Les blessés doivent passer par une formation de catégorie A, avant d'être évacués sur les formations de catégories B et C qui lui sont rattachées, ceci afin de permettre un meilleur contrôle des blessés. Près d'un an et demi après l'organisation des premiers secteurs chirurgicaux, la 9e région se dote enfin d'une organisation chirurgicale basée sur l'utilisation rationnelle des chirurgiens qui y sont affectés et sur les équipements chirurgicaux dont elle dispose.

c) Les secteurs médicaux, *bis repetita* ?

Dans son rapport pour le mois d'octobre 1915, le médecin aide-major de 2e classe Robineau s'étonne de l'absence d'un service central de médecine dans son secteur, voire dans la région. Pour lui, ce service permettrait d'éviter que des cas purement médicaux ne lui soient envoyés et de statuer sur des « […] cas litigieux […] »[2], palliant l'insuffisance médicale de certains médecins. Il demande de transposer à la médecine générale, ce qui a été fait pour la chirurgie. Ce constat semble avoir été fait par le S.S.E.S.S.M. au même moment. En se basant sur l'organisation adoptée pour les secteurs chirurgicaux, il ordonne le 30 novembre 1915 la création de ces secteurs médicaux. Le but visé est le même que pour ces derniers, soit permettre « […] une utilisation plus rationnelle des compétences médicales. »[3]

On profite alors de l'expérience acquise avec la création des secteurs chirurgicaux pour tenter d'éviter de reproduire les mêmes erreurs concernant la taille de ces secteurs et les difficultés de transport. Les limites sont là aussi celles des subdivisions mais elles doivent prendre en compte « […] le nombre et l'importance des Services [*sic*] médicaux […] » afin d'éviter de créer des secteurs trop vastes. La mission du médecin-chef de secteur est particulièrement lourde puisqu'en dehors des soins des malades dans son service central, il est aussi un conseiller technique et médico-légal. Il doit alors visiter périodiquement les formations de son secteur, mais aucune fréquence de visite ne lui est

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°189 Ci/7 du 15 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'octobre 1915.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°2 131 3/7 du 30 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Pour cette citation et la suivante.

imposée. Il doit répondre aux sollicitations des médecins et intervient sur des cas médico-légaux[1]. À ces missions, s'ajoute l'inspection des infirmeries des dépôts et des centres d'instruction disséminés dans son secteur, accroissant sa charge de travail et ses trajets[2]. Afin de faciliter ceux-ci, on ordonne qu'une voiture automobile soit mise à sa disposition.

Trois secteurs médicaux sont créés dans la 9e région au début de l'année 1916, confiés semble-t-il à des médecins déjà présents dans la région[3]. Le premier secteur est organisé en janvier 1916 à Tours et comprend les places de Tours, Châteauroux et le Blanc ; il est dirigé par le médecin aide-major de 2e classe Denéchau*[4]. Le second secteur organisé le même mois est celui de Poitiers, comprenant les places de Châtellerault, Niort et Saint-Maixent-l'École, et dirigé par le médecin aide-major de 1ère classe Herscher*. Enfin, le troisième secteur est celui d'Angers dirigé par le médecin major de 1ère classe Rocaz. Organisé en mars 1916, il comprend les places d'Angers, Saumur, Cholet et Parthenay. Ces secteurs sont remaniés par la suite, certaines places sont échangées entre les secteurs[5].

Malgré l'expérience des secteurs chirurgicaux, le Service de Santé tombe dans les mêmes travers et cette organisation n'obtient pas l'efficacité souhaitée. Le directeur adjoint Job demande en février 1917 l'organisation d'un secteur à Châteauroux, suite à l'accroissement de l'activité médicale de cette place[6]. C'est chose faite en juin 1917. Dirigé par le médecin aide-major de 2e classe Turlais*, il correspond au département de l'Indre et aux places de Châteauroux, Le Blanc et Issoudun[7]. Les secteurs médicaux sont alors pour la plupart calqués sur les départements de la région, sauf celui de Poitiers qui comprend les Deux-Sèvres et la Vienne. Cette réorganisation satisfait les médecins-chefs, le docteur Denéchau considérant qu'elle permet un meilleur contrôle sur les formations de son secteur tout en mettant fin aux déplacements chronophages[8].

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°2 131 3/7 du 30 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. « […] les cas médico-légaux litigieux soulevés à l'occasion de l'incorporation, ou de l'élimination par réforme ou retraite des hommes appartenant aux classes mobilisables. »

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de février 1916.

[3] Nous n'avons pas pu retrouver tous les dossiers militaires de ces médecins, ce qui nous empêche d'affirmer ce point.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de février 1916. Nous n'avons retrouvé que la couverture du rapport pour le mois de janvier 1916. S.H.D. Dossier 6 Ye 55 625. DENÉCHAU Désiré, Marie, Joseph. Son dossier indique qu'il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 lors de la création du secteur.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de mai 1916. C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de mai 1916.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 9 février 1917 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois de juillet 1917. Les secteurs d'Angers et de Tours sont alors remaniés, les formations de Bourgueil et Chinon sont affectées au secteur de Tours.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de juin 1917.

Cette organisation médicale est complétée par un outil particulièrement précieux : les laboratoires de bactériologie. Un laboratoire de ce type existe à Tours avant le conflit. Mais l'arrivée de spécialistes dans la région par le hasard des affectations provoque la création de nouvelles structures de ce type. Le docteur Nattan-Larrier*, spécialiste en bactériologie, est affecté au début du conflit à Châtellerault où il commence à employer ses compétences avant d'être à l'origine d'un laboratoire de bactériologie à Poitiers[1]. Poitiers accueille le laboratoire régional de bactériologie jusqu'à ce que le docteur Nattan-Larrier soit affecté à Tours à la fin du mois de mai 1915. Les docteurs Rist* et Courcoux* qui lui succèdent, eux aussi spécialistes de ce domaine, sont par ailleurs des adjoints techniques du directeur régional[2]. En outre, lors de son passage à Poitiers, le docteur Nattan-Larrier met au point un laboratoire de bactériologie automobile grâce au don d'un lieutenant d'infanterie. Ce véhicule équipé à l'Institut Pasteur de Paris permet d'effectuer des analyses dans toute la région[3].

2) Un arsenal médical complété par les centres de spécialités.

La création des secteurs chirurgicaux et médicaux dynamise le développement des services et centres spécialisés. Le but visé est alors le même que précédemment à savoir rationaliser l'utilisation des compétences et des moyens matériels et ainsi disposer d'un arsenal thérapeutique efficace. Cette mise en place des centres de spécialités débutée en 1914 ne s'achève dans la région qu'en 1917. On peut s'interroger sur la lenteur de ce mouvement alors que l'état des soldats nécessite le plus souvent une approche thérapeutique pluridisciplinaire. En outre, lors de la création du dernier de ces centres, on peut se demander si le système est complet.

a) L'achèvement du processus débuté en 1914.

En ce début d'année 1915, l'organisation de certains centres de spécialités médicales est déjà quasiment achevée dans la 9^{e} région qui, au début du mois de février 1915, dispose d'un centre en ophtalmologie, O.R.L. et en chirurgie orthopédique[4]. Le centre d'ophtalmologie a été organisé à la fin de l'année 1914 par le docteur Castelain à l'hôpital complémentaire n°30. Il ne connaît que quelques évolutions matérielles suite à l'arrivée du médecin aide-major de 1ère classe Terrien* en

[1] S.H.D. Dossier 6 Ye 35 655. NATTAN-LARRIER Louis, Albert, Adrien. Celui-ci semble être à l'hôpital complémentaire n°14 où il est affecté le 31 janvier 1915.
[2] Voir chapitre 6, p. 317, de ce volume. D'autres médecins-chefs de centre sont nommés adjoints techniques mais ce rôle se confond avec celui de chef régional de leur spécialité.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 161. Notice sur la voiture « Laboratoire Bactériologique » par le docteur Nattan-Larrier et datée du 20 juillet 1916.
[4] A.N. C7689. Dépêche n°4 403 C/7 du 6 février 1915 du directeur de la 7^{e} Direction. Le centre de chirurgie orthopédique est ensuite confondu avec le secteur chirurgical de Tours dirigé par le chirurgien Ombrédanne. C.D.M.S.S.A. Carton A 88. C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'août 1915.

février 1915. Concernant le centre d'O.R.L., il est définitivement achevé à l'hôpital complémentaire n°26 par le médecin aide-major de 1ère classe Hautant*, affecté à la 9e région en mars 1915. Ces spécialités sont organisées sur le même modèle. Des centres secondaires sont créés dans la région pour ces deux spécialités, certains existent dès la fin de l'année 1914. Ces centres secondaires, destinés à désengorger le service central de la région et à améliorer l'offre de soins, sont contrôlés par le service central dont le chef a un rôle de consultant régional en plus de celui de thérapeute.

Le centre régional de physiothérapie est lui aussi définitivement organisé au début de l'année 1915. Cependant sous cette dénomination, c'est en réalité trois centres qui existent : la radiologie, l'électrologie et la mécanothérapie. La physiothérapie est sous le contrôle du radiologue Ledoux-Lebard* qui dirige aussi le centre de radiologie. Ce centre régional de radiologie, dont le radiologue Bouchacourt demandait la création, est installé à l'hôpital complémentaire n°2, tout comme le centre d'électrologie et de mécanothérapie. L'installation de ce centre de radiologie se fait grâce au concours de Marie Curie[1] et provoque l'inquiétude des radiologues civils qui craignent d'être écartés des soins des soldats pour des raisons plus ou moins avouables[2]. À la tête de la radiologie de la région, le docteur Ledoux-Lebard a pour mission de contrôler le matériel et le personnel radiologique mais surtout de mettre fin à la situation dénoncée par le docteur Bouchacourt. Développant les installations radiologiques, notamment grâce à la création d'un magasin régional de radiologie en août 1915, et avec l'aide de la voiture radiologique de la région, il va diffuser et imposer la radiologie dans les soins des soldats.

En parallèle, le service d'électrologie est dirigé par le médecin aide-major de 1ère classe Devaux sous le contrôle du docteur Ledoux-Lebard. La mission de ce service est aussi de contrôler les compétences et les équipements d'électrologie de la région et d'en promouvoir l'utilisation. Le service de mécanothérapie est dirigé par le médecin aide-major de 1ère classe P. de Champtassin. Ce service est celui de l'hospice général de Tours créé avec l'aide du pharmacien Métadier qui participe aussi à la création du service d'électrologie. Le matériel est complété par le docteur P. de Champtassin qui utilise ses équipements personnels. Sa mission est aussi de contrôler et diffuser la pratique de la mécanothérapie dont on attend beaucoup dans le traitement des soldats. La tâche du docteur P. de Champtassin, puis de son successeur le docteur Wetterwald*, n'est pas aisée, compte tenu de la multiplication des structures relevant de cette spécialité qui brouille quelque peu son organisation dans la région. En dehors du centre régional de Tours, des sous-centres existent dans différentes villes de la région. Ces derniers sont supprimés au début de l'année 1917 pour permettre une meilleure

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du service central de physiothérapie et de radiologie de la 9e région militaire du 25 mars au 25 avril 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Minute d'une lettre datée du 8 mars 1915 adressée au député d'Indre-et-Loire René Besnard. L'auteur est anonyme mais il s'agit très probablement du ministre de la Guerre.

surveillance des hospitalisés et une uniformisation des traitements[1]. Ces structures ont cohabité avec les centres de mécanothérapie élémentaire dont le but était de les désengorger des soldats ne nécessitant que des traitements peu importants[2]. Ils sont supprimés le 30 juin 1916 suite à la création des dépôts de physiothérapie le 23 janvier de la même année[3]. Ces nouvelles formations rendent les mêmes services mais sont sous le contrôle du commandement ; le Service de Santé n'y possède qu'une autorité technique. Ces changements montrent le problème posé par ces soldats, insuffisamment guéris pour réintégrer le front, mais suffisamment pour quitter les hôpitaux, ainsi que la volonté de l'armée de récupérer les blessés.

b) L'émergence de nouvelles spécialités.

Le Service de Santé de la 9e région poursuit la diversification de son arsenal médical en créant des centres pour de nouvelles spécialités. Le but poursuivi est alors le même que précédemment et le Service de Santé étend à tout le territoire ce qui n'a été fait que dans quelques régions. C'est le cas pour la neurologie. En octobre 1914, la 9e région n'était pas concernée par la création des centres de neurologie[4], ce qui n'est plus le cas en mars 1915. L'hôpital complémentaire n°2 accueille un centre régional de neurologie sous la direction du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine*, un spécialiste affecté dans ce but à cette formation[5]. Rapidement, ce centre est trop petit pour remplir sa mission qui ne comprend pas uniquement le traitement des lésions nerveuses mais aussi celui des psychonévrosés. Il s'étend en mai, on lui adjoint une annexe confiée au médecin aide-major de 2e classe Clovis Vincent*, et en juillet il obtient une seconde annexe où le médecin aide-major de 1re classe Gougerot* s'occupe des syphilis nerveuses. Par la suite, le docteur Clovis Vincent est nommé chef du centre en novembre 1915, remplacé par le docteur Cestan* en avril 1917, puis par le docteur Oberthür* en juillet 1918. L'organisation régionale de la neurologie est ensuite remaniée sur les modèles observés précédemment, un sous-centre est créé à l'hôpital complémentaire n°21 de Poitiers en janvier 1918.

C'est avec le même esprit que le Service de Santé modifie son approche concernant les « gueules cassées » et les édentés. Suite à la dépêche du 10 novembre 1914[6], la 9e région relevait du centre de Bordeaux pour ce type de blessés. Face à leur nombre et à la nécessité de soigner le plus

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 10 avril 1917 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.
[2] A.N. C7521. Circulaire n°19 296 C/7 du 1er juin 1915 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.N. C7521. Circulaire n°154 Ci/7 du 30 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°10 685 C/7 du 9 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[5] C.D.M.S.S.A. A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.
[6] A.N. C 7689. Dépêche n°14 198 C/7 du 10 novembre 1914 du directeur de la 7e Direction.

rapidement ces soldats, un centre de prothèse maxillo-faciale est créé à Angers en juin 1915[1]. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une création mais plutôt de la promotion du service créé par le chirurgien Martin et le chirurgien-dentiste Bouvet et qui fonctionnait déjà comme tel. Cependant, l'approche du Service de Santé de la 9e région concernant les « gueules cassées » et les édentés n'est pas définitivement définie. La stomatologie est adjointe à ce centre dès sa création et reçoit en août la mission d'appareiller les soldats édentés pour les récupérer[2]. En mars 1916, un centre est créé à Poitiers pour améliorer la prise en charge des édentés, dans le même temps un petit centre de prothèse maxillo-faciale est créé à Tours au sein de l'hôpital complémentaire n°26, afin de bénéficier de l'expertise du centre d'O.R.L.[3]. Cette collaboration rend de tels résultats que le service de Tours devient le centre régional sous la direction du chirurgien Ombrédanne, qui procède aux restaurations faciales dans son service central, et du stomatologiste Monod*[4]. Il connaît ensuite quelques remaniements, de locaux et de personnel, mais est définitivement installé en février 1917. Le service de Poitiers est transféré à Tours, permettant de renforcer la surveillance des édentés et d'améliorer leurs soins par la collaboration entre les spécialités[5].

La 9e région continue de compléter son arsenal thérapeutique, mais toutes les spécialités médicales ne sont pas organisées en centres régionaux, certaines conservent un statut « officieux ». Ainsi, un service d'urologie existe à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours uniquement grâce à la présence du médecin major de 1ère classe Vincent qui le dirige[6]. La présence de ce service à cet hôpital est heureuse pour le docteur Gougerot qui est nommé en mars 1916, chef du centre régional de dermatologie-vénéréologie organisé dans cette formation. Devant la menace du « péril vénérien »[7], décision a été prise de créer un centre régional devant mener la lutte contre ce fléau, tout en soignant les malades relevant de dermatologie. Ce centre régional, comme d'autres spécialités, s'appuie sur des sous-centres organisés à Angers, Poitiers, Châtellerault et Châteauroux, notamment dans le but de renforcer la lutte contre les maladies vénériennes.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°5 005H du 18 juin 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Cependant, le chirurgien Ombrédanne pratique des autoplasties à Tours au même moment.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°6 512H du 10 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3]C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant la période du 20 mars au 30 avril 1916.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 020 H du 4 mai 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le directeur fait état de résultats catastrophiques concernant les maladies vénériennes pour les mois de janvier et février 1916.

c) Combler le retard.

Toutes les spécialités ne sont donc pas présentes dans ce dispositif régional et certains malades ou blessés ne sont pris en charge que tardivement, à l'exemple des mutilés[1]. Dans la 9e région, la première approche les concernant est la création d'un service d'appareillage destiné à fournir des prothèses. Celui-ci, sous la direction du chirurgien Ombrédanne, est installé à l'hôpital complémentaire n°26 puis au n°31[2]. Dans le domaine de la rééducation professionnelle des mutilés, le Service de Santé accuse un retard alors que différentes initiatives voient le jour dès 1914, dont celle du maire de Lyon Édouard Herriot (1872 – 1957) qui crée pour eux, en novembre 1914, le premier centre de rééducation professionnelle[3]. Des structures issues d'initiatives privées et publiques[4] sont créées dans la région. Ainsi, l'O.A.C.M. ouvre en mai 1915 une formation pour la rééducation professionnelle des invalides, des mutilés et des aveugles à la Villa Sainte-Marie à Saint-Cyr-sur-Loire[5]. Dans le même temps, l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers propose à partir du mois de juillet 1915, différents cours pour ces anciens soldats[6].

Tout d'abord en retrait, le Service de Santé reprend la main en créant le 23 janvier 1916[7] des centres de rééducation professionnelle mais la 9e région n'est pas concernée. Le 2 juin 1916, elle est rattachée au centre d'appareillage et de rééducation professionnelle de Bourges, sauf pour le département des Deux-Sèvres qui est rattaché à celui de Bordeaux[8]. La situation n'est que passagère et la 9e région va étoffer ses centres sur ce plan à la fin de l'année 1916. Un centre d'appareillage et de rééducation professionnelle pour les mutilés est créé à Joué-lès-Tours, issu de la fusion de celui de Bourges avec l'hôpital complémentaire n°5 de Niort. Cependant, il n'est pas immédiatement

---

[1] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212. L'auteur dénombre 280 000 à 390 000 mutilés et environ 1,5 million d'hommes conservant une invalidité supérieure ou égale à 10 %.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de mai 1916. Nous n'avons trouvé que peu d'informations concernant la création, l'organisation et le fonctionnement de ce service.

[3] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.

[4] *Ibidem*. L'auteur montre la difficulté de la mise en place d'une politique cohérente de la part de l'État dans ce domaine, caractérisée par un conflit entre les différents ministères.

[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. D'autres établissements de cette œuvre sont créés dans la 9e région militaire dans le même but, comme à Amboise en janvier 1916 et à Saint-Symphorien en mai 1916.

[6] A.D.M&L. 1 ETP 197. Lettre datée du 22 octobre 1932 du directeur de l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers au président de la Société des Anciens Élèves des Écoles Nationales d'Arts et Métiers.

[7] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton 3 046. Circulaire n°7 788 3/7 du 2 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Par ailleurs, le Service de Santé supprime les centres de chirurgie orthopédique, l'appareillage des mutilés étant dorénavant fait par les centres d'appareillage et de rééducation des mutilés.

opérationnel car les services doivent se réorganiser suite au transfert[1] et tous ne sont pas pourvus en personnel. Le poste de chef du service de rééducation professionnelle ne l'est qu'à l'arrivée du chirurgien Boureau en août 1917, mais cela n'empêche pas le service de rééducation professionnelle de fonctionner. Le Service de Santé de la 9e région a donc dû attendre l'année 1917 pour offrir une prise en charge des mutilés et des invalides.

La dernière spécialité médicale à être érigée sur ce modèle de centre de spécialité dans la 9e région est la psychiatrie dont le centre n'est créé qu'en octobre 1917. On pourrait y voir le résultat de la mainmise de la neurologie sur le traitement des psychonévrosés surtout grâce aux « succès » obtenus dans la récupération de ces malades[2]. Mais il convient d'être plus nuancé sur ce point. Des services psychiatriques existent dans la région bien avant cette création, mais aucun n'a été érigé en centre. Un service a existé à l'hôpital complémentaire n°30, fermant ses portes lors de la création du centre régional d'ophtalmologie. Les malades qui n'ont pas été admis au centre de neurologie de Tours[3] ont été envoyés sur les asiles d'aliénés civils, dont celui de Sainte-Gemmes-sur-Loire à côté d'Angers où exerce le docteur Baruk, mobilisé sur place, et qui hospitalise des soldats depuis le début de la guerre[4]. Le directeur adjoint Job souligne l'organisation mise en place par le docteur Baruk qui permet aux soldats d'éviter l'internement[5] et réclame la création de services identiques dans la 9e région[6]. Cette demande est portée par d'autres médecins, dont le neurologue Laignel-Lavastine. À la demande du directeur régional il procède à l'examen de malades relevant de la psychiatrie pour éviter les erreurs « d'aiguillage ». Mais il appelle à la création d'un centre régional, principalement pour prendre en charge les psychopathes et désengorger les services d'Angers et de Poitiers[7].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1916.

[2] VIET, Vincent. « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 2/2012, n° 59-2, p. 85-107.

[3] C.D.M.S.S.A. A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915. D'autres centres traitent des malades qui pourraient relever de la psychiatrie, comme celui d'O.R.L. Le docteur Hautant souhaite mettre en place une rééducation auditive pour « […] combattre l'élément psychique si fréquent dans les surdités de guerre. » La psychiatrie doit alors émerger dans un contexte qui lui est peu favorable.

[4] GUÉRIN, Vincent. « *Ne plus être un monde à part » La transformation d'un hôpital psychiatrique : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977)*. Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mme Christine BARD, Université d'Angers, 2011, 2 vol. 590 p.

[5] GUÉRIN, Vincent. « Un Service ouvert pour les militaires : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1914-1919) ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 117-127. Les psychiatres reprochent l'aspect arbitraire de la loi du 30 juin 1838 avec l'internement. Ce service permet de ne pas soumettre les malades à cette loi. « Selon le docteur Baruk, cette pratique permet à l'armée de sauvegarder l'effectif de la troupe : un militaire interné étant réformé de suite, et permet au malade de bénéficier d'un traitement approprié tout en évitant la tare de l'internement. »

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 13 mai 1916 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.

[7] C.D.M.S.S.A. A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 26 juillet au 25 août 1915.

Tours, par sa proximité avec la gare de répartition de Saint-Pierre-des-Corps, est appelée à accueillir ce centre de psychiatrie, permettant un triage en amont des malades pour la région. La création de ce centre ne va pas être une tâche aisée, principalement par l'absence de formations pour ce dernier[1]. Un service existe à l'asile départemental de Tours situé à l'hospice général mais celui-ci ne possède que peu de lits pour les militaires, deux au maximum pour ceux en observation en juin 1915[2]. Et lorsque le Service de Santé demande à la commission administrative un local pour créer un service similaire à celui du docteur Baruk, celle-ci refuse arguant du manque de place[3]. La nomination du médecin aide-major de 1ère classe Kahn* en novembre 1916 à la tête de cet asile permet la création d'un service militaire, mais qui demeure encore trop petit pour devenir un centre régional[4]. Le docteur Kahn va alors progressivement créer un centre dans le même but que le docteur Baruk : éviter l'internement des militaires qui ne nécessitent qu'une hospitalisation. Il parvient à mettre en place à l'asile de Tours un service d'observation et de psychiatrie pour les militaires. Ce dernier devient en octobre 1917 le centre régional de psychiatrie. L'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire devient un centre secondaire, tandis que les asiles de Poitiers et de Niort sont destinés à l'internement. Le centre régional est ensuite complété par un laboratoire, puis en janvier 1918, par une formation agricole au château de Meslay, et en mai 1918 par l'hôpital complémentaire n°59 à Tours pour l'hospitalisation des psychiques militaires[5]. En mai 1918, le centre régional de psychiatrie est achevé tandis que le conflit est sur le point de basculer.

3) L'approche pluridisciplinaire des soins des soldats.

Cette organisation mise en place progressivement, et bien qu'elle comporte des lacunes et qu'elle ne soit définitive qu'à partir du deuxième semestre de l'année 1918, permet au Service de Santé de la 9e région de disposer des outils nécessaires à ses missions. Cependant, si le Service de Santé veut tirer le maximum de résultats de cette organisation, il ne suffit pas de multiplier ces structures. Il faut qu'elles soient connues des formations de la région et qu'elles collaborent. Agissant ainsi, le Service de Santé adopte une approche thérapeutique pluridisciplinaire qui garantit au soldat les meilleurs soins et à l'armée, l'assurance que tout est fait pour leur retour au front. Si celui-ci est

[1] Ceci est expliqué dans le chapitre 5, p. 302. La création de ce centre intervient dans un contexte de réduction du nombre de formations sanitaires.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 31 mai 1915.
[3] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 14 juin 1915. D'autres éléments sont aussi mentionnés comme la surcharge de travail pour les services généraux suite à l'augmentation du nombre d'hospitalisés militaires et civils. Par ailleurs, la commission administrative négocie une nouvelle indemnité journalière avec le Service de Santé.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.
[5] *Ibidem.*

impossible, elle offre aux invalides et aux mutilés les garanties que tout est fait pour assurer leur réinsertion professionnelle.

a) Intégrer ces centres dans les pratiques médicales de la région.

Ces centres de spécialités doivent alors trouver leur place dans le système hospitalier de la région et pour cela il convient de les promouvoir auprès des formations sanitaires de celle-ci. L'objectif est alors qu'aucun malade ou blessé n'échappe à la spécialité dont il relève par l'appel automatique au centre adéquat. Reprenant ce qui a été fait à la fin de l'année 1914, dès qu'un centre est créé, le directeur régional fait connaître son existence et ses conditions d'admission à tous les médecins de la région. C'est le cas pour le centre de dermatologie-vénéréologie créé en mars 1916[1]. Pour s'assurer que les médecins-chefs envoient leurs malades et blessés sur ces centres spécialisés, le Service de Santé n'hésite pas à les « menacer » de les sanctionner en cas d'oubli[2]. Le temps de l'ignorance des spécialités médicales est bien achevé avec cette instruction qui précise, pour les centres existant dans la région à cette date, les types de blessures et de maladies relevant de chaque centre[3].

Le 10 mai 1915, une instruction précise les modes d'admission de ces centres. Ceux-ci avaient déjà fait l'objet d'une harmonisation par le directeur Landriau le 9 février 1915[4]. Les buts étaient de faciliter les évacuations sur ces centres en uniformisant les règles d'admission mais aussi de contrôler le mouvement des hospitalisés. Ces buts sont poursuivis par l'instruction du 10 mai et une certaine uniformisation touche l'organisation des centres régionaux et de leurs sous-centres lorsqu'ils existent. Ils possèdent notamment une consultation externe qui a lieu tous les jours de huit à dix heures pour le centre régional d'ophtalmologie[5]. Cette consultation permet d'obtenir l'avis d'un spécialiste qui statue sur la conduite thérapeutique à tenir. Cet avis est directement donné aux médecins traitants qui peuvent accompagner les soldats. C'est aussi l'occasion d'obtenir un avis médico-légal permettant de statuer sur la sortie du malade ou du blessé, ou sur son envoi devant un conseil de réforme ou de révision. Si la formation qui l'a envoyé ne possède pas les ressources thérapeutiques pour le soigner, le soldat est hospitalisé dans le service. Dans ce schéma de fonctionnement, les formations appartenant à la même place que ces centres sont favorisées, notamment pour des questions de transport. La durée des évacuations sur ces centres explique la création de centres secondaires. Cette

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°2 428H du 13 mars 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Dépêche n°2 747H du 23 mars 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Instruction du 10 mai 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire sur le fonctionnement des secteurs chirurgicaux et des centres de spécialités.
[3] *Ibidem.* Les centres mentionnés sont alors la chirurgie orthopédique, la neurologie, la physiothérapie, l'ophtalmologie, l'O.R.L. et la radiologie, qui possède un fonctionnement différent.
[4] A.D.M&L. 101 J 225. Dépêche n° 890H du 9 février 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

difficulté concerne moins les organisations en secteur. Les centres ont un recrutement régional qui s'ajoute aux évacuations du front et, dans une moindre mesure, à celles d'autres régions.

Le recrutement des malades et des blessés pour ces centres se fait aussi suite aux visites du directeur adjoint, des médecins en mission dans la région et à celles des chefs des centres. Comme il a été montré, il s'agit de s'assurer que les hospitalisés reçoivent les meilleurs soins. Ces inspections peuvent être provoquées par les médecins en inspection ou le directeur adjoint[1], ou faire suite à des demandes d'évacuation sur une consultation externe qui n'auraient pu avoir lieu. Ces tournées d'inspection sont parfois l'occasion de collaborations entre les chefs des centres de spécialités. Ainsi, le neurologue Laignel-Lavastine mène parfois ses inspections avec le chirurgien Ombrédanne et le radiologue Ledoux-Lebard, ce qui pour lui permet un gain de temps et une diminution des coûts[2]. Mais le principal intérêt de ces collaborations lors des visites est de faire un diagnostic des plus précis. Cela permet de conseiller le médecin traitant sur le traitement à suivre, d'évacuer le soldat sur un service spécialisé ou d'ordonner sa sortie si celui-ci est guéri ou bien si aucun traitement n'est susceptible d'améliorer son état.

b) La collaboration des spécialités, clé de l'efficacité du système hospitalier.

Cette collaboration entres les spécialités n'est pas une invention de ce conflit. L'éclosion et l'important développement pris par les spécialités médicales au cours du XIX^{e} siècle ont favorisé les rencontres et ainsi une approche pluridisciplinaire de la maladie et de la blessure. Des associations entre spécialités sont devenues « naturelles », même si certaines doivent encore pénétrer le corps médical français, comme la chirurgie et la radiologie. La révolution serait plus du côté du Service de Santé qui désormais base le fonctionnement de son système hospitalier sur l'étroite collaboration entre les spécialités. Cette collaboration, initiée par le Service de Santé mais aussi par ces spécialistes civils nommés chefs de centre, va s'exprimer dans le diagnostic et le traitement des hospitalisés.

L'amélioration des soins, et donc la réduction des temps de traitement et l'augmentation de la récupération du nombre d'évacués, passe par une collaboration des spécialités dans le diagnostic. Une collaboration qu'appelait de ses vœux le médecin aide-major de 1ère classe Devaux pour la physiothérapie, la neurologie et la chirurgie en février 1915, afin de donner de meilleures chances de guérison par un diagnostic plus précis[3]. Ainsi, les médecins-chefs des secteurs médicaux utilisent les

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 14 octobre 1916 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9^{e} région militaire. Suite à une visite à Montbazon, il provoque une inspection du chirurgien Ombrédanne.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9^{e} région militaire durant le mois d'avril 1915.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Devaux sur le fonctionnement du service central de physiothérapie et de neurologie de la 9^{e} région militaire durant le mois de février 1915. Initialement installées à l'hôpital mixte de Tours, ces deux spécialités sont ensuite transférées à l'hôpital complémentaire n°2 et deviennent indépendantes.

laboratoires de bactériologie militaires ou civils pour affiner leurs diagnostics. Le docteur Herscher fait appel au laboratoire de Poitiers pour l'analyse des crachats et utilise la radioscopie pour examiner ses malades[1]. Les examens bactériologiques pour les différents services de vénéréologie sont réalisés par les laboratoires militaires de Tours et Poitiers et le laboratoire de l'hôpital mixte d'Angers[2]. Cette collaboration permet aussi de corriger les traitements comme pour ce malade soigné pour une syphilis qu'il n'avait pas, le diagnostic du docteur Herscher ayant été confirmé par le docteur Gougerot[3]. Les exemples sont nombreux et montrent que l'approche pluridisciplinaire est désormais la norme.

Cette collaboration concerne évidemment les soins[4] lorsque des spécialistes traitent en même temps ou bien successivement, des hospitalisés ou lorsque les centres de spécialités sont regroupés dans une même formation, à l'exemple de l'hôpital complémentaire n°2. La collaboration entre les spécialités permet aussi un meilleur triage et aiguillage des hospitalisés de la région. Les chefs des centres délimitent leurs champs d'action et envoient sur ceux de leurs collègues les soldats qu'ils estiment ne pouvoir traiter. Lorsqu'il prend la direction du centre régional d'O.R.L., le docteur Hautant désigne les malades relevant de celui-ci :

> « Tous ceux qui sont atteints d'affections portant sur les fosses nasales, la gorge et les oreilles, et notamment les plaies du larynx, ainsi que les blessures intéressant les cavités annexes de la face, sinus et cellules ethmoidales [*sic*] ; les fractures du maxillaire inférieur seront dirigés sur le centre de prothèse maxillo-faciale de Bordeaux ; les délabrements du nez, entrainant des autoplasties, seront adressés à mon collègue Ombredanne [*sic*] ; les surdités psychiques seront confiées à mon collègue Laiguel-Lavastine [*sic*]. »[5]

Souvent à l'initiative des spécialistes civils mobilisés, ces collaborations sont encouragées par le Service de Santé notamment lorsqu'il regroupe les spécialités dans une même formation.

c) L'hôpital complémentaire n°2, un centre hospitalier pluridisciplinaire.

Dans son rapport du 7 mars 1916, le directeur adjoint Job dresse un bilan du fonctionnement du système hospitalier de la ville de Tours, particulièrement favorisé par la présence de nombreux centres de spécialités :

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mai 1918. L'analyse des crachats est probablement faite pour la recherche de bacilles de Koch.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mars 1916.

[4] Ces derniers sont étudiés dans les chapitres 5 et 6 de ce volume.

[5] C.D.M.S.S.A. A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

> « Le fonctionnement des formations de TOURS [*sic*] est d'ailleurs excellent; [*sic*] la proximité des centres spécialisés permettant l'utilisation rapide, les [*sic*] moyens de traitement convenant à chaque cas. La haute valeur technique des Médecins [*sic*] et chirurgiens qui opèrent à TOURS [*sic*] a pour effet de libérer avec le maximum de rapidité tous les hommes atteints d'une affection ressortissant à l'action thérapeutique de l'électricité, de la mécanothérapie etc… »[1]

Et dans la cité tourangelle, une formation se démarque nettement de ce système hospitalier : l'hôpital complémentaire n°2. Comme d'autres formations, il accueille plusieurs centres de spécialités, mais ce qui fait son originalité c'est qu'il a été choisi dès le début pour les concentrer dans le but d'en assurer l'étroite collaboration afin d'obtenir les meilleurs résultats pour la récupération des hospitalisés. Cette décision a été prise par le Service de Santé[2] et trouve dans celle-ci l'expression la plus aboutie du changement de son approche sur le traitement des malades et des blessés qui se base désormais sur la collaboration des spécialités médicales.

Accueillant le service central de chirurgie[3] du premier secteur chirurgical, le centre régional de physiothérapie et ses services de radiologie, mécanothérapie et électrothérapie, et le centre régional de neurologie[4], l'hôpital est donc un outil des plus performants pour les soins des soldats. Les spécialistes placés à la tête de ces services entrevoient tout de suite l'intérêt de ce regroupement comme le neurologue Laignel-Lavastine qui dans son premier rapport écrit :

> « Cette réunion de nos services dans le même local facilitera grandement l'examen et le traitement des blessés, beaucoup d'entre eux étant à la fois et successivement justiciables de la neurologie et de la physiothérapie. »[5]

Cette prise en charge immédiate du blessé par une autre spécialité est aussi l'une des forces de cette formation en permettant la continuité des soins et ainsi une récupération plus rapide des blessés. En effet, l'évacuation sur l'hôpital d'un soldat nécessite l'accord du directeur régional, tandis qu'il ne faut que celui du médecin-chef de l'hôpital pour un passage entre les services[6], on échappe ainsi aux contraintes administratives. Le chirurgien Ombrédanne évoque tout l'intérêt de la collaboration entre les spécialités lors de l'hospitalisation de blessés dans son service. Tous les examens sont rapidement

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 7 mars 1916 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Il a été rédigé par les différents chefs des services à l'époque, le radiologue Ledoux-Lebard, le chirurgien Ombrédanne, le neurologue Clovis Vincent et le kinésithérapeute Wetterwald. L'introduction de ce rapport n'est pas signée. Dans celle-ci, l'auteur explique que la direction technique du Service de Santé a conseillé, en avril 1915, aux spécialistes nommés à la tête de ces centres, de s'installer dans cette formation. Cependant, il est peu probable que ces spécialistes aient choisi d'être ensemble, comme le montrent leurs différents rapports.

[3] Ce service, dirigé par le chirurgien Ombrédanne, traite aussi les blessés relevant de la chirurgie orthopédique et de la restauration faciale. Cette pluridisciplinarité est due aux compétences du chirurgien Ombrédanne.

[4] Celui-ci déménage à l'hôpital bénévole n°116bis en septembre 1917.

[5] C.D.M.S.S.A. A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Partie rédigée par le chirurgien Ombrédanne.

faits par les autres services ce qui permet d'affiner les diagnostics et les blessés récemment opérés sont immédiatement pris en charge par le service de mécanothérapie.

Dans le diagnostic, cette collaboration des spécialistes présents à l'hôpital complémentaire n°2 se traduit par la consultation externe du mardi matin qui les regroupe tous. Outre un diagnostic des plus précis permettant la meilleure orientation possible pour le malade ou le blessé, le chirurgien Ombrédanne voit dans cette consultation un gain de temps mais aussi un enrichissement scientifique pour les spécialistes permettant d'améliorer leurs pratiques thérapeutiques[1]. Les conclusions de la consultation sont adressées au médecin ayant envoyé le soldat, les spécialistes se prononcent alors sur le traitement à suivre, au besoin sur son envoi sur un centre de spécialité, voire sur son passage devant une commission de réforme[2]. Centre de traitement performant et outil de diagnostic précieux, il ne peut cependant pas être reproduit dans toute la région, principalement par manque de personnel compétent. Cette organisation unique dans la 9^{e} région est en outre limitée par les capacités hospitalières de l'hôpital et ne peut évidemment traiter l'ensemble des malades et des blessés de la région. Elle est l'exception plutôt que la règle, ce qui est compensé notamment par les collaborations entre spécialités à des échelles moindres.

B) L'Ère des spécialistes.

Dès lors que le Service de Santé confie à des spécialistes les clés du système hospitalier de la région et surtout l'organisation médicale de celle-ci, il convient de les étudier. Le corpus étudié comprend les médecins-chefs de centre ou de secteur ainsi que certains médecins ayant été à la tête d'un service mais situé au centre régional à l'exemple des chefs des services de prothèse pour les édentés. Pour intégrer ce corpus, ces médecins-chefs doivent l'avoir été avant l'armistice qui marque un tournant dans l'organisation médicale avec la démobilisation. Cependant, en se focalisant sur ces médecins au statut particulier nous écartons les nombreux autres médecins traitants ou médecins-chefs de place ou d'hôpital qu'ils soient civils ou militaires. Cela s'explique notamment par les limites archivistiques de nos recherches. En effet, le nom de ces médecins est parfois mentionné dans les différents rapports mais sans plus de précision, sauf parfois le grade. Il est alors difficile de retrouver leur dossier militaire à partir d'un unique nom et de connaître leur parcours. Ainsi, afin de conserver une cohérence dans le corpus, nous avons décidé de nous focaliser sur ces médecins-chefs de centre.

Ces médecins qui désormais ont la main sur l'organisation médicale de la région sont la réponse du Service de Santé à la mauvaise utilisation des compétences et au besoin d'amélioration

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Partie rédigée par le chirurgien Ombrédanne. Les recherches thérapeutiques sont traitées dans le C) de ce chapitre, p. 220.

[2] Cependant, les spécialistes de l'hôpital ont arrêté de donner un avis médico-légal devant le refus des commissions de le prendre en compte. À ce sujet, voir à la page 236 de ce chapitre.

des soins. Comprendre quelles sont les compétences de ces médecins, leur origine, leur formation et leur parcours durant la guerre permet de montrer la véracité ou non de cette réponse. En outre, cela permet de définir un profil type du chef de centre en montrant sur quelles bases le Service de Santé a défini celui-ci. Enfin, cela permet aussi de répondre à d'autres critiques formulées à l'encontre du corps médical, notamment sur l'embusquage de certains médecins.

1) La société médicale parisienne à la tête de l'organisation médicale.

La prépondérance de médecins parisiens parmi ces spécialistes ne surprend guère. Paris demeure en ce début du XX^{e} siècle la capitale médicale de la France. Son poids dans la formation médicale, sa faculté de médecine et l'internat des Hôpitaux de Paris écrasent leurs concurrents hexagonaux. Dans le domaine de la recherche médicale, bien que des centres existent en dehors de Paris, la recherche parisienne domine le paysage français. Cependant, cette prépondérance découle d'autres facteurs parfois propres à la 9^{e} région et qui pénalisent les spécialistes régionaux dont certains s'illustrent durant le conflit.

a) Des médecins mobilisés provenant des anciennes classes.

Le premier élément frappant qui ressort de l'étude des chefs des centres de spécialités est l'absence de médecins militaires de carrière parmi eux, ces postes étant exclusivement occupés par des spécialistes civils mobilisés[1]. Comme il a été montré, l'élément militaire n'est pas éliminé du Service de Santé dans la région, il en est même à la tête. D'autre part, certains médecins militaires ont été rappelés de leur retraite pour servir au sein de formations sanitaires de la région, comme le médecin principal de 1ère classe Barois, rappelé comme directeur adjoint, et qui a dirigé l'hôpital mixte de Tours[2]. L'esprit militaire n'est pas non plus absent chez certains de ces civils, qui sont parfois d'anciens médecins militaires, comme le docteur Émile Monod qui a démissionné en 1911. Les militaires de carrière ne sont pas absents de ces postes par manque de compétence ou par une insuffisance numérique, même si sur ce point, ils sont minoritaires par rapport aux civils. La raison tient à l'essence même du corps de santé militaire destiné à servir aux armées en cas de conflit[3]. Le Service de Santé, surtout après la « civilianisation » de sa direction, n'a pas affecté de médecins militaires de carrière à la tête des centres de la région, bien que cela eût été possible, notamment en

[1] Cependant nous n'avons pu consulter tous les dossiers des médecins qui ont été nommés chef de centre ou de service, mais il apparaît que les médecins manquants n'aient pas été des militaires.
[2] S.H.D. Dossier 5 Ye 144 565. BAROIS Léon, Appoline, Augustin.
[3] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 280. Le médecin inspecteur général Mignon reprend un chiffre, non daté, du médecin inspecteur général Chavasse et évoque la proportion de 86,57 % des médecins militaires de carrière qui ont servi à l'avant. En outre, il signale que tous les élèves de l'école du Service de Santé aux Armées de Lyon étaient exclusivement affectés à l'avant.

affectant des médecins âgés ou bien rappelés. En réalité, le S.S.E.S.S.M. a principalement cherché à renforcer leur présence à l'avant, estimant que là était leur place, au plus près des troupes[1].

Tableau 4. Âge et classe des chefs de centre ou de service spécialisé lors de leur nomination à ce poste.

	Classe d'armée lors de leur nomination comme chef de centre ou de service				
Âge lors de la nomination au poste de chef de centre ou de service	**Réserve de l'armée active**	**Armée territoriale**	**Réserve de l'armée territoriale**	**Indéterminée**	**Total**
32	1				1
34				1	1
35		1			1
36		3			3
37		1			1
39		3			3
40		2			2
41				5	5
42			3		3
43			1		1
44			2		2
45			2		2
46			4		4
63			1		1
Total	1	10	13	6	30
Pourcentage	3,3%	33,3%	43,3%	20,0%	100,0%
Âge moyen	41,4				
Âge médian	41				

L'autre élément qui définit ces spécialistes civils, tient à leur âge et à un élément qui lui est en partie lié, la classe d'armée à laquelle le médecin appartient[2]. Comme le montre le tableau ci-dessus, les chefs de centres de spécialités sont à leur nomination majoritairement âgés, plus de la moitié ont quarante-et-un ans ou plus, et appartiennent principalement à la réserve de l'armée territoriale[3]. Ceci s'explique par les conditions d'affectation à ces formations définies par le règlement de 1913[4] et par les conditions de roulement des médecins entre l'intérieur et le front qui favorisent les classes les plus âgées[5]. L'exception concerne le docteur Caïn*. Il est très probable qu'il relève du

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 280-283. L'auteur revient sur les tensions à ce sujet entre le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire et la Direction générale du Service de Santé des Armées du Nord.

[2] Les éléments constitutifs de l'appartenance à une classe d'armée sont ensuite modifiés durant le conflit.

[3] L'indétermination concernant les six médecins résulte du fait que nous ne savons pas s'ils sont passés dans la classe supérieure lors de leur nomination. Si cela est le cas, l'analyse en est renforcée.

[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 17-19 et p. 22-23 (Articles 31 et 32, articles 37 à 39). Il est principalement fait appel à la réserve de l'armée territoriale ou au besoin à l'armée territoriale. Il peut aussi être fait appel aux médecins ayant accompli leur temps militaire et ayant souhaité rester dans les cadres.

[5] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 283-286. Agissant ainsi, le Service de Santé prive les soldats du front, et donc les premiers secours, de médecins compétents.

roulement du personnel, ayant fait toute la guerre au front jusqu'à son arrivée dans la 9e région en mars 1917[1].

b) Les médecins parisiens à la tête des services.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les médecins à la tête des centres de spécialités proviennent majoritairement de Paris. Cette domination se renforce si l'on intègre les médecins vivant à Bourg-la-Reine (docteur Monod) et Neuilly-sur-Seine (docteur Kahn), ainsi que le docteur Wetterwald dont on ne sait si la résidence avant à la mobilisation était Paris ou La Baule.

Tableau 5. Ville de résidence d'avant-guerre des chefs de centre ou de service spécialisé.

Ville	Nombre de chefs résidant dans la ville lors de la mobilisation	Pourcentage
Angers	3	10,0%
Bourg-la-Reine	1	3,3%
Lille	1	3,3%
Lyon	1	3,3%
Neuilly-sur-Seine	1	3,3%
Paris	19	63,3%
Toulouse	1	3,3%
Tours	2	6,7%
Indéterminée	1	3,3%
Total	30	100,0%

L'arrivée de ces spécialistes parisiens voit ainsi la création d'une petite société médicale parisienne dans la 9e région et plus particulièrement à Tours, cette dernière accueillant au fur et à mesure du conflit tous les centres régionaux. N'ayant pu retrouver les archives concernant les affectations du personnel du Service de Santé[2] nous ne pouvons affirmer avec certitude les raisons de ces nominations. Certains de ces médecins parisiens ont été affectés à la 9e région dès le début du conflit[3] ou quelques temps après[4], puis ont été nommés chef de centre ou d'un secteur. La « colonie » parisienne s'est ensuite étoffée par les affectations spécifiques à ces postes de chef de centre.

La 9e région militaire souffre-t-elle d'un manque de médecins compétents ? La question peut légitimement être posée car dans le corpus étudié, seulement cinq médecins provenant de celle-ci ont été à la tête de ces centres[5]. Cet état de fait semble résulter de plusieurs facteurs. Tout d'abord, et comme il a été vu, des spécialistes de différentes disciplines sont présents dans la 9e région avant la guerre ; certains sont même à l'origine de services spécialisés devenant ensuite des centres de

[1] S.H.D. Dossier 8 Ye 21 363. CAÏN André, Joseph. Il devient le chef du secteur médical d'Angers le 15 novembre 1917.
[2] Ces archives sont celles du bureau du personnel, elles ne sont pas présentes au S.H.D. Il est probable qu'elles se trouvent au C.D.M.S.S.A., dans les fonds encore non triés.
[3] Comme le chirurgien Labey et les docteurs Nattan-Larrier et Herscher.
[4] Comme le chirurgien Robineau ou le docteur Castelain.
[5] Il convient tout de même de signaler que le centre de prothèse maxillo-faciale fut dirigé pendant un temps par le docteur Martin et le chirurgien-dentiste Bouvet lorsqu'il se trouvait à Angers. Nous n'avons pas pu retrouver leur dossier militaire et mais ils résident à Angers avant la guerre. Leur centre est par la suite supprimé et confié à des spécialistes ne provenant pas de la région. Il y a donc eu sept médecins ou chirurgiens-dentistes locaux nommés à la tête d'un centre ou d'un service central.

spécialités. Cependant, la volonté de placer à la tête de ces services des praticiens qualifiés par leurs titres universitaires et hospitaliers exclut ceux de la 9e région qui ne possède aucune faculté de médecine. Ils ne peuvent lutter avec les villes de Paris, Lyon, Lille et Toulouse. Une autre raison serait l'incompétence de certains de ces médecins de la région, incompétence parfois dénoncée par le radiologue Bouchacourt.

L'une des principales raisons renvoie aux classes de ces médecins et à l'interdiction faite d'être mobilisé sur son lieu de résidence pour les médecins pouvant être affectés aux armées. Cette interdiction faite le 4 janvier 1915[1] a pour conséquence le remplacement progressif des médecins du front par un personnel plus jeune. Elle est rappelée le 6 mars[2]. Empêchant les médecins locaux d'être mobilisés sur place, ces derniers, notamment les médecins tourangeaux où se situent la plupart des centres, ne sont pas favorisés. Certains obtiennent pourtant ces postes, comme le docteur Boureau qui n'est pas visé par cette interdiction car il a fait son temps militaire. D'autres sont nommés chefs de secteurs, comme le chirurgien Lapeyre à Angers, mais dans un autre département que celui dont ils proviennent. Il apparaît tout de même étonnant que des médecins, professeurs aux écoles de médecine et de pharmacie d'Angers et de Poitiers, n'aient pas été nommés chefs de centre à Tours. Ainsi le docteur Baruk aurait pu être nommé chef du centre de psychiatrie à Tours. Mais il semble que le Service de Santé ait préféré qu'il reste à la tête du service qu'il a organisé à Sainte-Gemmes-sur-Loire, probablement pour ne pas le désorganiser. Enfin, on ne peut écarter des stratégies personnelles visant à obtenir un poste moins exposé et surtout plus proche de Paris[3].

c) Des médecins ayant une formation médicale parisienne.

Cette société médicale parisienne qui se forme dans la 9e région et surtout à Tours, se trouve renforcée par le nombre d'anciens internes des Hôpitaux de Paris parmi les chefs de centre.

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°379 C/7 du 4 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°7 913 C/7 du 6 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.
[3] La question peut être posée pour certains médecins parisiens, comme le chirurgien Ombrédanne qui participe régulièrement aux séances de la Société de Chirurgie de Paris ou passe ses permissions à Paris. A.C.G.B. 4 F 2-1 Guerre 1914-1918. Dossier B Tours. Lycée Descartes. Dans une lettre, non datée, adressée à une sœur du couvent de la Grande Bretèche et probablement infirmière à l'hôpital complémentaire n°2, il fait savoir que son fils a obtenu le baccalauréat et qu'il rentrera bientôt à l'hôpital.

Tableau 6. Ville d'internat des chefs de centre ou de service spécialisé.

Ville d'internat	Interne			Total	Pourcentage
	Oui	Non	Indéterminé		
Charenton	1			1	4,2%
Lille	1			1	4,2%
Lyon	1			1	4,2%
Paris	20			20	83,3%
Tours	1			1	4,2%
Inconnue		3	3	6	0,0%
Total	24	3	3	30	100,0%
Pourcentage	80%	10%	10%	100%	

Parmi les médecins qui composent ce corpus, et dont on a pu retrouver la ville d'internat, plus de 80 % ont été internes des Hôpitaux de Paris. Ils se sont ensuite installés dans toute la France. Ils sont présents à Angers avec les docteurs Brin* et Denéchau, à Tours avec le docteur Lapeyre et à Toulouse avec le docteur Cestan.

Bien que les autres facultés de médecine forment de très bons praticiens, aux compétences reconnues par le Service de Santé, à l'exemple des docteurs Castelain et Duroux, les anciens internes des Hôpitaux de Paris ont été privilégiés dans les nominations de chefs de centre[1]. Ceci s'explique principalement par l'importance de l'internat des Hôpitaux de Paris dans la formation du corps médical français avant la Première Guerre mondiale. Ce concours sanctionne l'excellence médicale, son rayonnement attire jusqu'à l'étranger et provoque la fierté chez ceux qui l'ont obtenu[2]. Être interne des Hôpitaux de Paris, c'est s'assurer la constitution d'une clientèle dans la capitale et à plus forte raison en Province. C'est aussi disposer du concours des autres anciens internes et donc d'un réseau qui facilite l'arrivée du confrère et permet son insertion dans le monde médical local[3]. Couplée à d'autres facteurs, comme la participation aux sociétés scientifiques[4], cette particularité peut être à l'origine des collaborations poussées entre les services dirigés par des médecins partageant la même formation et exerçant au même endroit. *A contrario*, on peut penser que cela peut mener à des oppositions issues de vieilles rancunes[5].

[1] Cette question a été traité auparavant p. 211 et l'est juste après, p. 215, en ce qui concerne les grades.
[2] VERGEZ-CHAIGNON, Bénédicte. *Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952*. Paris : Hachette littératures, coll. « La vie quotidienne », 2002, 318 p.
[3] VERGEZ-CHAIGNON, Bénédicte, (2002) *Les internes…, op. cit.* p. 290-294.
[4] Ceci est étudié à la p. 221 de ce volume.
[5] Il conviendrait d'étudier plus en profondeur le corps médical français qui participe à la Première Guerre mondiale afin de mieux comprendre sa formation médicale et l'utilisation de ses compétences durant le conflit.

2) Une médecine de spécialistes.

Cette médecine de spécialistes pose la question des compétences de ces derniers ainsi que celle de leur reconnaissance. En effet, leur méconnaissance a été l'une des raisons de la faillite du Service de Santé au début de la guerre. Il convient alors de comprendre comment le Service de Santé a pris en compte ces compétences dans la nomination des chefs de centres. Se pose en outre la question de leur traduction dans la hiérarchie militaire et de leurs finalités.

a) Des praticiens confirmés à la tête des services.

À une question posée sur l'affectation des chefs des secteurs chirurgicaux sur titre et non en fonction des grades lors de la séance du 21 octobre 1915 de la commission supérieure consultative du Service de Santé, ce dernier répond :

> « Les Chirurgiens Chefs de Secteurs ont toujours été choisis parmi les Professeurs des Facultés ou des Ecoles [*sic*] de Médecine, les Agrégés ou les chirurgiens des Hôpitaux,nommés [*sic*] au concours, stationnés dans le territoire, ou parmi les chirurgiens jouissant d'une notoriété et d'une autorité scientifique indiscutable à défaut de titres universitaires.
>
> Dans les cas très rares où il a été impossible, faute de ressources suffisantes en personnel, de faire appel à des notabilités scientifiques les choix se sont toujours portés sur des praticiens, anciens internes des Hôpitaux ou Chefs de cliniques, d'une valeur indiscutable, ayant fait leurs preuves. »[1]

Ainsi, se trouvent résumées les conditions requises pour la nomination des chirurgiens à la tête des secteurs chirurgicaux, conditions qui laissent parfois sceptique comme la notoriété des chirurgiens. Une première liste de chirurgiens avait été constituée au mois de novembre 1914, sa révision, demandée notamment par la commission, ne s'est pas faite sans difficultés tant pour la recherche des chirurgiens que pour les critères à retenir pour leur classement[2]. Au final, il faut attendre le 10 octobre 1915 pour que le Service de Santé demande directement à tout son personnel ses compétences via des fiches à remplir[3].

Bien que postérieurs aux premières nominations à la tête des centres de la 9^{e} région, ces critères ont été adoptés pour la nomination des chefs des secteurs chirurgicaux et ont même été étendus à l'ensemble des centres de spécialités[4]. Ainsi, les chirurgiens parisiens nommés chefs de secteur dans la région sont tous des chirurgiens des Hôpitaux de Paris. En outre, le chirurgien

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 565. Copie des questions-réponses adressées au Service de Santé aux Armées lors de la séance du 21 octobre 1915 de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 565. Brouillon d'une lettre datée du 20 juin 1915 du ministre de la Guerre au président de la Commission Supérieure Consultative du Service Santé.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 565. Dépêche n°38 143 C/7 du 10 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] Nous ne disposons pas de l'ensemble des informations pour tous les chefs de centre, leur dossier militaire mentionne parfois leur poste hospitalier ou universitaire mais sans indiquer la date d'entrée en fonction. En outre, les fiches précédemment citées ne sont pas datées et certaines informations mentionnées datent d'après la Première Guerre mondiale.

Ombrédanne est Professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. De leurs côtés, les chirurgiens locaux, les docteurs Lapeyre et Brin, sont tous les deux chirurgiens respectivement à l'hospice général de Tours et à l'Hôtel-Dieu d'Angers et sont également professeurs dans les écoles de médecine et de pharmacie de ces deux villes. Le chirurgien Duroux, lui, est Professeur agrégé à la faculté de médecine de Lyon mais nous ne savons s'il a un poste hospitalier avant la guerre. Ces situations se retrouvent pour les autres spécialités. Ainsi, les docteurs Terrien et Laignel-Lavastine sont médecins des Hôpitaux de Paris et professeurs agrégés à la faculté de médecine de Paris, le premier en ophtalmologie, le second en neurologie et maladies mentales. Leur confrère le docteur Hautant est O.R.L. des Hôpitaux de Paris. Concernant les différents chefs du laboratoire de bactériologie de Tours, les docteurs Rist et Courcoux sont médecins des Hôpitaux de Paris, tandis que le docteur Nattan-Larrier est assistant à l'Institut Pasteur et chargé de cours au Collège de France. Ainsi, les titres hospitaliers et universitaires mais aussi scientifiques, malgré les biais qu'ils peuvent comporter, ont servi de critère à l'obtention des postes.

b) De l'utilité d'accorder le grade en fonction des compétences.

Des praticiens confirmés ont donc été placés à la tête des centres afin de s'assurer des meilleurs résultats pour les soins des soldats hospitalisés. Mais pour ces garanties scientifiques et hospitalières se pose la question de leur traduction hiérarchique dans le Service de Santé. Comment compléter l'autorité scientifique par une autorité militaire ? Cette question a été tranchée par le S.S.E.S.S.M. qui par un décret du 31 décembre 1915, promeut aux grades de médecin major de 2^{e} ou 1ère classe des médecins du cadre complémentaire « […] pourvus de titres universitaires ou hospitalier, professeurs, professeurs agrégés, médecins et chirurgiens des Hôpitaux des villes de Faculté nommés après concours, suivant qu'ils avaient, ou non, accompli 9 années d'agrégation ou 10 ans de services hospitaliers […] »[1]. Pour Paul Abram, médecin civil, c'est une mesure considérable reconnaissant la primauté des compétences professionnelles sur le grade, permettant aux médecins compétents d'être correctement utilisés[2]. Le médecin inspecteur Troussaint est beaucoup plus critique quant au bien-fondé de cette mesure, qui selon lui avalise le mauvais comportement de ces praticiens avant la guerre, défavorise ceux qui avaient accompli leur devoir et obtenu légitimement leurs galons. En outre, cela accroît le contrôle du personnel civil sur la médecine militaire, un contrôle qu'exerce déjà selon lui la Société de Chirurgie de Paris sur la chirurgie de guerre[3]. Cette vision trop respectueuse des

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 858. Document d'auteur et de date inconnus résumant les mesures prises durant la guerre pour le personnel du Service de Santé.
[2] ABRAM, Paul. *Médecins et militaires*. Paris : La Renaissance du Livre, coll. « Les cahiers de la victoire », 1920, 213 p.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 119-120. En outre, il estime que cette mesure a aussi été décidée pour des raisons moins honorables. En effet, cet avancement offre une meilleure solde, but visé selon lui par certains civils.

règlements militaires est à rejeter pour le médecin inspecteur général Mignon. Pour lui, cette mesure est intervenue trop tardivement et aurait dû être prise à la fin de l'année 1914 et même étendue aux grades de médecin principal et de médecin inspecteur[1].

Si cette mesure permet de donner aux médecins les plus compétents une autorité militaire en plus de leur autorité scientifique, on peut s'interroger sur son utilité dans le cadre des centres de spécialités. En effet, par leur nomination à leur poste, les chefs de centre exercent une autorité sur l'ensemble des formations sanitaires de la 9e région. Cette autorité est par ailleurs renforcée par le soutien dont ils jouissent de la part de la direction régionale du Service de Santé et par leur collaboration avec le directeur adjoint, notamment lorsque celui-ci fait appel à eux pour statuer sur certains cas. Le grade n'est donc pas une entrave au bon déroulement de la mission de ces médecins. Le docteur Hautant est médecin-aide major de 1ère classe, soit lieutenant, lorsqu'il est nommé à la direction du centre d'O.R.L. Le docteur Terrien, n'est lui que médecin aide-major de 2e classe, soit sous-lieutenant, ce qui ne l'empêche pas de prendre la tête du centre d'ophtalmologie et d'avoir sous ses ordres le médecin aide-major de 1ère classe Castelain. Dans les rapports établis sous ces grades, ces médecins ne se plaignent pas d'un manque d'autorité lié à la faiblesse de ceux-ci, ce qui tend à montrer qu'ils ne sont pas essentiels pour la bonne marche de ces centres.

Si cette mesure n'est pas essentielle pour asseoir leur autorité sur les formations sanitaires, elle permet tout de même à ces médecins d'obtenir un grade en rapport avec leurs titres hospitaliers et universitaires et connaît une application variée. Si l'on prend comme minimum pour la reconnaissance des compétences le grade de médecin major de 2e classe, on constate que rares sont les médecins qui deviendront chef de centre à le posséder au début de la guerre. Ce n'est le cas que pour trois d'entre eux[2]. À la fin de l'année 1914, quatre de ces médecins sont médecin major de 2e classe, tandis que deux sont médecin major de 1ère classe. Ainsi les docteurs Laignel-Lavastine, Rist et Courcoux obtiennent le grade de médecin major de 2e classe assez rapidement au début de la guerre, les deux premiers le 10 août et le 9 septembre pour le dernier. Dans le même temps, le 9 août, le chirurgien Ombrédanne est promu médecin major de 1ère classe, tout comme le docteur Monod à la fin de l'année. Ces premières promotions rapides, hormis pour le docteur Monod, s'expliquent par la volonté du ministre de la Guerre Messimy (1869 – 1935) de nommer, dès le début de la guerre, à un grade supérieur les professeurs, professeurs agrégés, chirurgiens et médecins d'hôpitaux de villes de facultés ou d'écoles[3]. Au 31 décembre 1915, ce sont toujours les mêmes médecins qui ont au

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 286-287.
[2] Il s'agit des docteurs Lapeyre, Ombrédanne et Monod. Il convient aussi de prendre en compte les facteurs d'avant-guerre qui expliquent ces grades, comme le classement dans le service auxiliaire qui ne favorise pas, avant le conflit, la reconnaissance par le grade des compétences et explique certaines situations, comme celle du chirurgien Robineau.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 119. Les médecins mentionnés ne sont donc pas les seuls à profiter de cette promotion mais ils n'atteignent pas encore le minimum de médecin major de 2e classe.

minimum ce grade. L'application du décret aux chefs de la 9e région dans les conditions mentionnées ci-dessus révèle différentes situations[1]. Ainsi, six médecins ont obtenu le grade minimum de médecin major de 2e classe moins de vingt jours après son adoption. Parmi eux, le docteur Boidin* est nommé médecin major de 2e classe dès le 1er janvier 1916. On peut alors penser qu'il n'était pas concerné par ce décret. Le docteur Rist, lui, obtient le grade de médecin major de 1ère classe dix-huit jours après. Ensuite, quatre médecins obtiennent le grade de médecin major de 2e classe plus de trois mois après (soixante-neuf jours), l'ophtalmologue Terrien et les chirurgiens Baumgartner*, Brin et Robineau. À ce moment, on peut encore parler d'une application du décret après recherche des bénéficiaires. Enfin, onze médecins obtiennent ce grade minimal dans un délai de 135 à 985 jours. Pour les docteurs Gougerot, Cestan et Duroux, encore peut-on parler de rattrapage, mais pour les autres médecins, l'obtention du grade apparaît trop lointaine pour être une conséquence de ce décret. Cependant, l'obtention de ce grade minimal ne conditionne nullement l'exercice du rôle de chef de centre, à l'exemple du radiologue Ledoux-Lebard qui ne l'obtient que le 3 août 1917, ce qui ne l'empêche pas d'être à la tête de la radiologie de la 9e région depuis mars 1915.

3) Les chefs des centres et services spécialisés, un personnel embusqué ?

Cette question est légitime dès lors que des accusations d'embusquage frappent le corps médical dès le début du conflit. Être nommé chef de centre protège-t-il son titulaire d'avoir à servir dans la zone des armées lui permettant de passer une guerre tranquille loin des dangers du front ? La réponse à cette question n'est pas des plus simples car elle fait appel tant aux règles instaurées par le Service de Santé dans la relève du corps médical, qu'aux situations particulières de chaque chef de centre.

a) Les principes de roulement entre le personnel des armées et celui de l'intérieur.

Tandis que l'État traque les embusqués avec les lois Dalbiez et Mourier[2], le Service de Santé met progressivement en place un système de roulement plus égalitaire. Deux principes prévalent : « […] l'égalité des charges devant l'ennemi […] »[3] et la nécessité de remplacer les pertes ainsi que le personnel fatigué du front. Différents systèmes ont été utilisés durant la guerre. Basé tout d'abord sur la capacité à servir aux armées, le Service de Santé décide d'envoyer en priorité au front les classes les plus jeunes[4]. Puis le S.S.E.S.S.M. met en place à partir du 2 septembre 1915, un système prenant

[1] Voir le volume 4 p. 832 pour le tableau.
[2] RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.), (2008), *Les embusqués, op. cit.* p. 164-170.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 124.
[4] À ceci s'ajoute le fait que le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire Justin Godart impose aux médecins militaires de carrière d'être affectés au front.

en compte différents éléments[1]. Pour le médecin inspecteur général Mignon, cela eut un effet désastreux en conduisant à favoriser le corps de santé par rapport aux autres armes et menant au départ, un personnel compétent faisant valoir ses droits[2]. Un autre système semble lui succéder ou du moins le compléter en janvier 1916, le but est alors de permettre :

> « […] à tous les Officiers [*sic*] du Service de Santé de se rendre compte, au point de vue technique, des différentes modalités de traitement applicables aux blessures récentes et aux blessures anciennes. Grâce à la relève, ils ont pu suivre l'évolution des blessures, leurs conséquences proches ou éloignées et se documenter utilement.
>
> De plus, ils ont pu connaître l'ensemble de l'organisation générale du Service de Santé.
>
> A [*sic*] ce point de vue, à l'heure actuelle, on peut considérer comme suffisants les résultats acquis. »[3]

Le roulement du personnel est donc aussi destiné à sa formation aux thérapies employées durant ce conflit[4].

Face aux protestations, une nouvelle formule est adoptée le 17 octobre 1916 avec la circulaire n°290 Ci/7 qui concerne les médecins, les pharmaciens et les officiers d'administration. Dorénavant, les remplacements ne se font plus qu'en cas de maladie ou de blessure. Dans ce but, un classement est établi pour chaque catégorie (médecins, pharmaciens et officiers d'administration) en fonction de leur classe de mobilisation et de leur grade. Afin de prendre en compte les charges de famille, chaque enfant fait reculer la classe de mobilisation de l'officier et ainsi son départ au front. Les hommes sont classés par ordre alphabétique dans les classes de mobilisation. Dans chaque catégorie de personnel, une liste de départ par grade est mise en place. Elle comprend une liste unique pour les médecins aides-majors de 1ère et 2e classe, il en est de même pour les médecins principaux de 1ère et 2e classe. Les grades de médecin major de 2e classe et de médecin major de 1ère classe possèdent leur propre liste[5]. Les officiers les plus jeunes, placés en tête de liste, sont les premiers à partir selon les besoins. Lorsqu'un homme est évacué du front pour raison médicale et après avoir été reconnu apte au service, il regagne sa place dans les listes selon les règles précitées et donc sans tenir compte de son temps de séjour au front. Un roulement qui comporte des exceptions : ainsi les volontaires et les hommes du service armé sont inscrits en tête de liste quelle que soit leur classe et les spécialistes possèdent des listes particulières. Pour le médecin inspecteur général Mignon, c'est la « […] juste réforme […] »[6] :

---

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 284. « […] la date d'arrivée aux armées ; l'âge de l'intéressé ; les charges de famille ; les aptitudes spéciales ; les fonctions actuelles ; le désir de l'intéressé d'être maintenu aux armées ; la région d'origine. » Des points sont attribués en fonction de ces éléments, ceux ayant le total le plus élevés sont envoyés en priorité au front.

[2] *Ibidem, op. cit.* p. 284-285.

[3] A.N. C 7521. Circulaire n°290 Ci/7 du 17 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La circulaire qui met en place ce système est la circulaire n°9 Ci/7 du 31 janvier 1916 que nous n'avons pu retrouver et qui est abrogée par la circulaire du 17 octobre 1916.

[4] N'ayant pu retrouver cette circulaire, il aussi possible que cela soit une justification pour son abrogation.

[5] Il en est de même pour les pharmaciens et les officiers d'administration pour les grades similaires.

[6] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 285.

> « La relève devenait ce qu'elle aurait dû rester : un moyen d'entretenir le même degré d'activité de l'organisme sanitaire des armées, sans usure des agents de son fonctionnement. »[1]

Dans la suite de cette circulaire, le 1er décembre 1916, le S.S.E.S.S.M. ordonne la révision de la situation de tous les médecins, pharmaciens, officiers d'administration, dentistes militaires et adjudants d'administration des services armés et auxiliaires pour constituer les listes prévues[2]. Ce système est ensuite conservé pour le reste de la guerre avec quelques évolutions. Le 16 mai 1918, les veufs avec enfants obtiennent une classe de mobilisation supplémentaire du fait de leur statut de veuf[3] mais surtout, le temps de séjour au front et le temps de séjour à l'intérieur depuis le retour de la zone des armées sont pris en compte dans le tour de départ.

b) Un personnel « protégé » ?

Dans ces différents systèmes, les spécialistes conservent certains avantages liés à l'organisation et au bon fonctionnement de leur centre qui ne doivent pas être perturbés[4]. Deux cas peuvent être mentionnés pour la 9e région, les docteurs Denéchau et Ledoux-Lebard. Le 25 août 1916, le directeur régional fait savoir que leur tour de départ pour le front est venu, ce qui ne veut forcément pas dire qu'ils doivent immédiatement partir pour le front, mais qu'ils sont amenés à le faire prochainement[5]. Or le docteur Denéchau ne rejoint le front que le 25 août 1918 tandis que le docteur Ledoux-Lebard n'est jamais dirigé sur la zone des armées après cette décision. Ceci est d'autant plus curieux que le premier est un médecin généraliste qui trouverait sa place dans n'importe quelle structure du front tandis que le second, radiologue, pourrait être fort utile à un service de chirurgie. Outre de possibles relations au ministère de la Guerre, ces deux spécialistes semblent avoir bénéficié de leur statut de chef de centre, surtout pour le cas du radiologue Ledoux-Lebard. En effet, le 28 septembre 1916, le directeur régional reçoit l'ordre de n'envoyer au front ce dernier qu'après l'arrivée de son remplaçant, or celui-ci n'arrive jamais. Il semble alors que le choix d'un successeur soit conditionné au fait qu'il doit posséder des compétences similaires à celui qu'il remplace, probablement dans le but de ne pas nuire au fonctionnement et au rendement du centre[6]. Ces compétences sont parfois assez difficiles à trouver parmi le personnel médical.

---

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 285.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°342 Ci/7 du 1er décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°724 Ci/7 du 16 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ainsi, un veuf de la classe 1900 ayant trois enfants est placé dans la classe 1896. Cette disposition est étendue aux médecins et pharmaciens auxiliaires, aux dentistes militaires et aux adjudants des sections d'infirmiers militaires par la circulaire n°763 Ci/7 du 13 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 126.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dépêche n°13 229p du 25 août 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Copie d'une note datée du 16 janvier 1920 du médecin principal de 2e classe Hirtz (1869 – 1936) au médecin principal Savornin. Dans un contexte différent, après la guerre, un médecin militaire demande à être affecté à l'hôpital mixte de Poitiers en tant que radiologue. Le docteur Hirtz s'oppose à sa demande faisant valoir qu'il

Dès lors, l'analogie avec les ouvriers spécialisés rappelés du front pour permettre la mobilisation industrielle trouve ici tout son sens[1]. En effet, afin de tirer le meilleur rendement des centres et des services spécialisés, ceux-ci doivent être dirigés par les médecins les plus compétents et avec sous leurs ordres, un personnel compétent. Dans ces conditions, il est légitime de favoriser ces médecins face à leurs confrères appartenant à des classes plus jeunes et non spécialistes. La question se pose pourtant face à un personnel aux compétences égales. Mais en l'absence des archives du premier bureau du Service de Santé qui gère le personnel, nous ne pouvons savoir comment ont été réellement décidées les mutations. En outre, en se basant sur les livrets militaires, il est difficile d'évaluer cette égalité devant le risque puisque la zone des armées intègre des situations diverses. En effet, le risque n'est pas le même si l'on est médecin de bataillon au front ou affecté à un hôpital à Dijon appartenant pourtant à cette zone. Dans le corpus étudié, sept médecins n'ont jamais été affectés aux armées durant toute la période où ils ont été mobilisés, ce qui n'exclut pas d'avoir effectué des missions au front à l'image du docteur Nattan-Larrier en 1915[2]. Les raisons sont diverses comme le fait que leur emploi par le Service de Santé n'était pas envisagé, étant parfois classés dans le service auxiliaire ou bien jugés inaptes aux armées. Le cas du docteur Terrien est plus ambigu. Mobilisé à l'hôpital du Val-de-Grâce au début de la guerre, il est nommé chef du centre d'ophtalmologie de la 9^{e} région le 9 février 1915 et ne quitte son poste qu'après l'armistice. On peut donc penser à un favoritisme pour son cas, sauf s'il était dans la zone des armées durant son séjour à Paris, ce qui est parfois le cas pour d'autres médecins. Enfin, le fait d'être nommé à la tête d'un centre ou d'un service spécialisé n'empêche pas le titulaire d'être affecté aux armées ensuite et il ne faut pas perdre de vue que certains ont été aux armées avant leur nomination dans la 9^{e} région.

C) Un milieu fécond pour la recherche médicale.

Les médecins, mais aussi les pharmaciens, de la 9^{e} région ne sont pas écartés de la recherche médicale qui accompagne l'évolution du Service de Santé durant le conflit. Le cadre de leurs recherches diffère cependant de leurs collègues du front du fait de la nature des soldats à soigner et donc à observer. Cette différence se base principalement sur la temporalité de la prise en charge du blessé influençant la nature de la blessure à traiter : une chirurgie d'urgence au front, une chirurgie de seconde main à l'intérieur. La médecine échappe quelque peu à cette temporalité, même si des malades sont évacués sur l'intérieur, notamment les soldats soignés suites aux attaques par les gaz.

---

remplacerait alors un médecin civil plus qualifié et dans un service encore très actif. Il semble alors que les remplacements se font à compétence équivalente, du moins pour les services importants.

[1] PORTE, Rémy et BECKER Jean-Jacques (préf.), (2005), *La mobilisation…, op. cit.* p. 227-228. Dès le début de la guerre, l'effort de guerre et la mobilisation industrielle nécessitent le rappel d'ouvriers spécialisés.

[2] S.H.D. Dossier 6 Ye 35 655. NATTAN-LARRIER Louis, Adrien, Albert. Il effectue une mission ministérielle en vue de l'organisation des laboratoires bactériologiques d'armées.

Les centres de spécialités offrent le cadre le plus favorable pour cette recherche. Par nature, ils sont amenés à traiter tous les cas médicaux les plus compliqués et centralisent les malades et blessés d'une même spécialité. Il convient alors d'étudier les recherches menées dans la 9e région, ses buts, ses axes, ses réussites et ses échecs.

1) La recherche médicale dans la 9e région.

Les spécialistes, parfois membres de sociétés scientifiques ou ayant l'habitude de collaborer avec des journaux scientifiques, participent à ces recherches. Ces dernières ne concernent pas uniquement les soins, elles traitent aussi de questions médico-légales ou du fonctionnement du Service de Santé. En outre, ils ne sont pas les seuls à y participer. Tous les médecins, mais principalement ceux relevant de spécialités médicales, y contribuent. Ces recherches qui souvent ne connaissent que des applications locales, sont portées au niveau national via les sociétés et journaux scientifiques et parfois connaissent un rayonnement international qu'il convient cependant de relativiser.

a) Au niveau local, la recherche de solutions médicales nationales.

En se basant sur les observations des soldats traités dans leur formation, les médecins de la région participent aux recherches nationales en faisant remonter à l'échelon national ces observations ainsi que les solutions qu'ils ont adoptées. Le but est alors de les faire valider par les instances scientifiques et de les diffuser. L'accès à ces sociétés et journaux scientifiques est d'autant plus aisé pour certains médecins de la région qui en sont soit des membres soit des collaborateurs réguliers. Ainsi, les chirurgiens parisiens Ombrédanne, Labey et Robineau, les chirurgiens angevins Brin et Monprofit (1857 – 1922), les chirurgiens tourangeaux Henry Barnsby et Lapeyre, sont tous membres de la Société de Chirurgie de Paris à différents degrés (membres ou membres correspondants). Les chirurgiens Ombrédanne et Monprofit participent parfois aux séances et interviennent ainsi directement dans l'élaboration de la chirurgie de guerre à travers les travaux de cette société qui en fixe la doctrine[1]. On peut aussi citer les cas des docteurs Laignel-Lavastine, Clovis Vincent, Charpentier* et Cestan à la Société de Neurologie, tandis que le radiologue Ledoux-Lebard est l'un des fondateurs et collaborateurs du *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. Mais la présence de ces médecins, principalement des chefs de centre, dans ces instances scientifiques ne signifie pas automatiquement la large diffusion de leurs travaux. En effet, ceux-ci se font dans un contexte national et international et il n'est pas rare qu'ils soient confrontés à d'autres chercheurs sur les mêmes

[1] DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.), (2003), *Les médecins…, op. cit.* p. 65-66. Ainsi, l'interventionnisme pour les laparotomies au front s'impose en mai 1916 après de longs débats.

thématiques, comme les docteurs Ombrédanne et Ledoux-Lebard sur la localisation et l'extraction des projectiles[1].

Les thèmes des recherches menées dans la 9e région touchent à l'ensemble des spécialités présentes dans celle-ci. Le chirurgien Ombrédanne est particulièrement actif à la Société de Chirurgie, très probablement aidé par sa position de membre, et multiplie les communications en chirurgie orthopédique, neurochirurgie et en chirurgie maxillo-faciale[2]. Le chirurgien Lapeyre intervient sur des domaines tels que les appareils pour fractures ou bien l'anesthésie, tandis que le chirurgien Labey évoque un cas de phlegmon gangréneux. Les recherches ne sont pas exclusivement menées par les chefs de centre. Parfois elles le sont en collaboration avec des membres de leur formation, qui sont parfois des spécialistes, comme les docteurs Laignel-Lavastine et Gougerot qui présentent des cas de névrites infectieuses à la Société de Neurologie[3]. Toujours à cette société, les docteurs Gougerot et Charpentier, qui ne sont pas chefs de centre, même s'ils sont des spécialistes reconnus, présentent leurs travaux[4].

Les membres et collaborateurs de ces instances scientifiques ne phagocytent donc pas les recherches menées dans la région. Au contraire, leur présence permet à certains travaux d'être promus au niveau national. Le chirurgien Boureau travaille sur les prothèses des mutilés, recherches justifiées par ses liens avec l'O.A.C.M. alors qu'il n'est pas encore chef du service de rééducation professionnelle des mutilés. Ses recherches sont présentées à la séance du 22 septembre 1915 de la Société de Chirurgie. Il semble bénéficier du réseau du chirurgien Ombrédanne puisque c'est le professeur Kirmisson, ancien maître du chirurgien Ombrédanne, qui présente ses travaux sur les prothèses[5]. Le chirurgien Ombrédanne lui fait de nouveau profiter de son réseau en février 1916, pour la présentation, toujours par le professeur Kirmisson, d'un rhéostat[6]. Puis ce même mois, c'est le chirurgien Ombrédanne qui présente des prothèses qu'il a inventées[7], avant que d'autres ne soient

---

[1] Voir le c) de cette partie, p. 226.

[2] OMBRÉDANNE, Louis et POTHERAT, E. « Accidents secondaires précoces ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/2, p. 545-575. Cette communication s'inscrit dans une séance commune avec la Société de Neurologie de Paris. Louis Ombrédanne est le rapporteur de cette question. OMBRÉDANNE, Louis. « Deux opérations ostéoplastiques au niveau du genou ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1917, Tome 43/2, p. 1165-1169. OMBRÉDANNE, Louis. « Autoplasties faciales ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1918, Tome 44/1, p. 592-613.

[3] LAIGNEL-LAVASTINE, Maxime et GOUGEROT, Henri. « Névrites Infectieuses : Typhoïdique, Dysentérique, Tétanique ». *Revue Neurologique*, 1914-1915, n°23-24, p. 1316-1318.

[4] CHARPENTIER, Albert et GOUGEROT, Henri. « Paralysies réflexes et troubles trophiques réflexes consécutifs aux blessures des extrémités, contribution à l'étude des névralgies et névrites ascendantes ». *Annales de Médecine*, 1915-1916, Tome 3, n°3, mai-juin 1916, p. 269-297.

[5] BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Anneau-crochet oscillant pour les amputés du bras, cultivateurs. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/3, p. 1881-1882.

[6] BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Présentation d'appareil. Rhéostat ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/1, p. 346-348.

[7] BOUREAU, René et OMBRÉDANNE, Louis (présente). « Présentation d'appareils. Mains de travail pour les amputés ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/1, p. 402-404.

présentées par le professeur Kirmisson en juin[1]. Les recherches menées dans la région bénéficient des réseaux des spécialistes nommés à la tête des centres, notamment les médecins parisiens influents.

La diffusion des recherches menées dans la région ne se fait pas uniquement par le biais de ces sociétés et journaux scientifiques. Même si ces institutions civiles conservent la main sur l'élaboration des procédures thérapeutiques de guerre, le Service de Santé contrôle celles-ci. D'autant plus qu'il utilise certains canaux pour faire remonter les recherches, comme les rapports qui lui sont adressés, constituant à la direction centrale, des services spécialisés. Ceci permet aussi à certains médecins de faire connaître leurs travaux en évitant les sociétés scientifiques. Ainsi le docteur Leullier, chef du sous-centre de physiothérapie d'Angers adresse plusieurs rapports au Service de Santé sur ses recherches. Celles-ci concernent les appareils de prothèse, l'utilisation des appareils de mécanothérapie, un arthro-tracteur mobilisateur de son invention et un appareil de protection pour les soins héliothérapiques[2]. Les rapports mensuels permettent aussi aux chefs de centre de faire remonter leurs recherches qui s'apparentent aussi à des *desiderata* permettant l'amélioration de leurs services[3]. Comme pour le docteur Terrien qui, face au grand nombre de plaies pénétrantes du globe oculaire, réclame l'adoption de lunettes métalliques protectrices de son invention[4].

Les rapports mensuels faisant un état de la situation d'un secteur permettent aux chefs de centre d'apporter leur expérience concernant les procédures thérapeutiques employées au front. En effet, ce sont ces chefs de centre et leurs subordonnés qui poursuivent les soins initiés au front ce qui leur permet de juger de la pertinence de certaines procédures. C'est particulièrement le cas des chirurgiens-chefs de secteur qui en jugeant les pratiques chirurgicales de leurs collègues au front, risquent d'être très mal vus par ces derniers. Ces retours sur les pratiques chirurgicales employées au front ne se font pas uniquement lors des batailles et ils n'ont absolument pas pour but de dénigrer les chirurgiens du front. En novembre 1915, le chirurgien Robineau rend compte de la mauvaise évolution d'une opération pratiquée au front. Il souhaite communiquer celle-ci au chirurgien qui l'a pratiquée mais ne sait pas de qui il s'agit. D'autant qu'il sait qu'il n'y a aucun moyen de communiquer avec les chirurgiens du front puisque ces moyens n'existent même pas à l'intérieur[5]. Pour lui l'absence

---

[1] BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Bras de travail et mains de travail pour amputés ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/2, p. 1409-1417.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 232. Le docteur Leullier, médecin-chef du sous-centre de physiothérapie d'Angers, utilise sa position pour développer des méthodes de soins et fait leur promotion auprès de la direction centrale via ces rapports.

[3] A.N. C 7689. Circulaire n°20 005 C/7 du 31 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction. Les rapports mensuels sont mis en place à la fin de l'année 1914. Le premier doit être adressé pour le 1er février 1915 et doit décrire notamment l'organisation du centre et les techniques qui y sont employées. Le rapport mensuel est ensuite étendu à toutes les spécialités médicales. Il devient ainsi un moyen de contrôle des centres et des services pour le Service de Santé.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1915.

[5] La critique est à nuancer car les rapports mensuels sont normalement diffusés dans tout le territoire et la Société de Chirurgie de Paris est l'un des principaux lieux d'échanges entre les chirurgiens du front et ceux de l'intérieur, elle permet de discuter des pratiques chirurgicales.

d'informations quant au suivi des opérations, qui concerne tant le front que l'intérieur, empêche les chirurgiens de s'améliorer. Tout ce qu'il demande c'est de pouvoir communiquer les résultats de leurs opérations aux chirurgiens du front afin qu'ils améliorent leurs soins, surtout qu'ils sont amenés à opérer de plus en plus. Il réclame alors une meilleure liaison avec les chirurgiens du front pour leur rendre compte des conséquences de ces pratiques. Ce qu'il ne peut faire que lorsqu'il rencontre ces chirurgiens en permission ou en convalescence dans la région[1].

b) Les améliorations apportées au fonctionnement du système hospitalier.

Si les recherches concernant les pratiques médicales sont prépondérantes pour l'amélioration des soins des soldats, elles ne constituent cependant pas l'intégralité des recherches menées dans la 9e région. En réalité, il convient mieux de parler de propositions visant à améliorer le fonctionnement du Service de Santé, basées sur les pratiques des médecins, particulièrement des chefs de centres. En effet, dans leurs rapports, ces derniers évoquent parfois leurs réflexions sur les améliorations possibles concernant le fonctionnement de leur centre. Dans son rapport du mois de mars 1918, le médecin aide-major de 1ère classe Herscher, médecin-chef du secteur médical de Poitiers, fait une proposition visant à réduire l'hospitalisation des soldats en attente d'une réforme. Cette proposition faite aux autorités régionales se base sur son expérience. Elle consiste à anticiper l'envoi devant le conseil de réforme en constituant le dossier de réforme dès l'entrée du malade dans la formation[2]. Quant au docteur Terrien, dès son premier rapport il demande à ce que le numéro des verres des soldats portant des lunettes soit inscrit sur leur livret militaire[3]. Le but est que ces soldats, qui n'ont besoin que d'une nouvelle paire de lunette, n'encombrent pas son centre et ne soient pas renvoyés du front alors qu'ils n'ont pas besoin de soins.

Outre les rapports mensuels, les médecins font part de leurs retours d'expérience sur le fonctionnement du Service de Santé dans la région via les rapports ponctuels déjà mentionnés. Ainsi, celui sur l'hôpital complémentaire n°2 et l'organisation et le fonctionnement des différents centres et services spécialisés a été réalisé pour montrer l'œuvre de la 9e région militaire dans ce domaine, mais

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'octobre 1916. Il rencontre l'un de ces chirurgiens en convalescence à Parthenay. Celui-ci est partisan de cette méthode qu'il estime aseptique. Le chirurgien Robineau lui explique alors qu'une infection s'est développée dans tous les cas qu'il a rencontré. Il lui demande alors de faire part de ses constatations à ses collègues du front et de faire évacuer les blessés sans drain, sans tampon avec seulement un pansement lâche. C'est pratiquement ce qui est adopté par la suite avec les sutures secondaires ou primo-retardées.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mars 1918.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915. Il fait de nouveau cette réclamation dans son rapport du mois juin 1915.

aussi pour donner des idées au Service de Santé[1]. Le médecin inspecteur Labit*, directeur du Service de Santé de la 9e région du 7 mai 1915 au 27 mars 1918, semble promouvoir les organisations mises en place dans sa région. Il fait faire un rapport similaire sur le centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des mutilés qui s'installe à Joué-lès-Tours[2]. Enfin, il ne faut pas oublier que le fonctionnement du Service de Santé n'échappe pas aux débats des sociétés scientifiques, plus particulièrement le fonctionnement en général et surtout au front[3].

En dehors des propositions d'amélioration de fonctionnement, les médecins-chefs de centre abordent des questions médico-légales répondant notamment à des demandes du Service de Santé. L'une d'elles concerne l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire du 20 décembre 1916, une instruction sensible qui conditionne l'emploi du citoyen dans le service armé, le service auxiliaire ou bien le déclare inapte. Au mois de juin 1918, les médecins-chefs de centres et de secteurs sont invités à se prononcer et proposer des modifications. Forts de leurs expériences de la médecine de guerre, les médecins répondent en jugeant les maladies, blessures et états de santé qu'ils estiment compatibles ou non avec le service armé, le service auxiliaire ou le changement d'arme. Recherchant l'expérience militaire du personnel médical, le S.S.E.S.S.M. confie donc aux médecins civils mobilisés le soin de déterminer qui peut être soldat. Les militaires risquent alors de perdre la main sur ce sujet très sensible. Cependant, le docteur Herscher indique dans sa réponse les limites de cette instruction qui n'est qu'indicative, le but étant « […] l'unité d'appréciations […] »[4]. Pour lui, elle ne peut être effective que si l'instruction devient impérative, le classement étant réalisé par des conseils et commissions, les interprétations sont nombreuses et parfois divergent. Cependant, lui aussi donne des indications de modifications à faire.

Cette question n'est pas apparue chez le personnel de la 9e région avec l'instruction de 1916, certains médecins s'y sont consacrés avant la guerre. Le docteur Ginestous* s'est intéressé à l'aptitude visuelle des soldats à travers différents travaux[5] qu'il poursuit durant le conflit alors qu'il est à la tête du sous-centre d'ophtalmologie d'Angers[6]. De même, le ministère de la Guerre emprunte à la société

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe). *Centre d'Appareillage et de Rééducation des Mutilés, Joué-lès-Tours (Indre-&-Loire), Monographie*. Joué-lès-Tours : s.e, 1917, 50 p. Le médecin inspecteur Labit, alors directeur du Service de Santé de la 9e région militaire, y joint une lettre datée du 14 juin 1917 pour le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] HEITZ-BOYER, M. « De l'évacuation et de la répartition des blessés. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/3, p. 1671-1700.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de juin 1918.
[5] COULLAUD, H. et GINESTOUS, Étienne. *Conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et dans les armées étrangèr*es. *Extrait du Bulletin médical des 22 et 29 avril 1908*. Paris : Imprimerie Jean Gainche, R. Tancrède successeur, 1908, 31 p.
[6] GINESTOUS, Étienne. *L'aptitude visuelle au Service militaire*. Bordeaux : Imprimerie moderne A. Destout aîné & Cie, 1915, 7 p.

civile certaines réglementations afin de compléter les siennes. C'est le cas pour les gratifications des pensions de réforme dont il reprend les taux d'invalidité de la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et de ses jurisprudences par le décret du 24 mars 1915[1]. Certains médecins de la région vont dans le même sens que le ministère de la Guerre. Ainsi le docteur Hautant fait des propositions de réforme avec gratification. Il se base sur la réglementation militaire qu'il complète par des recherches menées sur les taux donnés aux accidentés du travail[2].

c) Le cas particulier de la localisation et de l'extraction des projectiles.

L'extraction des projectiles est l'opération conservatrice la plus pratiquée à l'intérieur du territoire, devant l'incision et le débridement des plaies[3]. C'est aussi un domaine où la recherche médicale a été des plus fécondes durant la Première Guerre mondiale, transformant la radio-chirurgie :

> « Que de distance entre des ablations isolées telles qu'on les comprenait autrefois et ces ablations sériées, continues, faites par millier par un même chirurgien, aidé d'un radiologiste dans un centre spécial, créé *ad hoc* pour l'ablation de ces corps étrangers ! »[4]

Le médecin inspecteur général Delorme consacre un chapitre sur ce thème dans son ouvrage, *Les enseignements chirurgicaux de la Grande Guerre (Front Occidental)*[5], preuve de la richesse de ces recherches. De multiples techniques de localisation, prélude à l'extraction, ont été utilisées durant le conflit, certaines existant déjà avant la guerre comme le compas du radiologue Hirtz. Parmi ces techniques nous pouvons citer le skiamètre des docteurs Viallet et Dauvillier[6] ou le repéreur des docteurs Marion et Danon. Ces techniques font appel à des appareils, à la radiographie ou la radioscopie, et pour cette dernière, de manière permanente comme la technique du chirurgien Mauclaire (1863 – 1940), ou bien intermittente. De nombreuses techniques qui souvent se ressemblent.

C'est dans ce domaine que vont s'illustrer deux chefs de centre de la 9e région, le radiologue Ledoux-Lebard et le chirurgien Ombrédanne par la mise au point d'une technique d'extraction de

---

[1] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915.

[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XXI. On compte 425 056 opérations conservatrices et 80 996 opérations mutilantes. 138 879 extractions de projectiles, 122 743 incisions et débridements des plaies et 58 522 extractions d'esquilles.

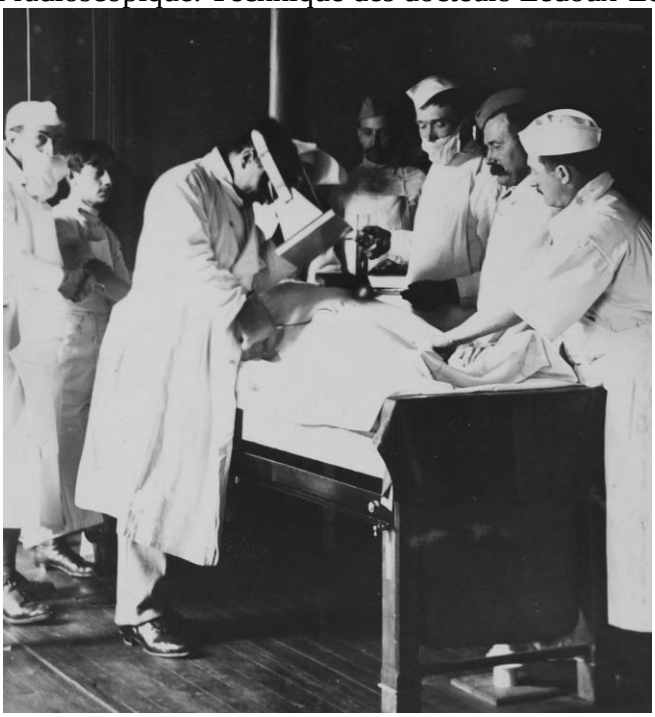
[4] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général), (1919), *Les enseignements…, op. cit.* p. 313.

[5] Références déjà citées.

[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 avril au 25 mai 1915. « *Localisation des projectiles de guerre à l'aide du skiamètre* », une technique mise au point par le radiologue Viallet et son manipulateur radiologique Dauvillier. Le radiologue Viallet a dirigé la voiture radiologique de la 9e région.

projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique. Cette technique a été mise au point à l'hôpital complémentaire n°2 grâce au regroupement du centre de radiologie et du service central du premier secteur chirurgical. Les premières expériences ont lieu aux mois de mai et juin 1915[1]. Puis la technique est peu à peu affinée et définitivement mise au point au mois de décembre[2]. Elle fait l'objet d'une présentation par le chirurgien Ombrédanne à la séance du 3 novembre 1915 de la Société de Chirurgie[3]. Sommairement, cette technique fait appel à la radioscopie lors d'une intervention chirurgicale. Ainsi, après un premier repérage, le blessé est installé sur une table radiologique où il est opéré. Au préalable un radiologue repère sur le blessé le projectile avec la radioscopie, éteint l'appareil, le chirurgien n'a plus qu'à opérer à la verticale du point d'entrée. S'il ne trouve pas le projectile, il peut faire appel au radiologue qui ainsi le guide de manière intermittente jusqu'à l'extraction.

Figure 7. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique. Technique des docteurs Ledoux-Lebard et Ombrédanne.



Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

Comme l'annonce le chirurgien Ombrédanne, cette méthode n'est pas nouvelle, ce que ne se prive pas de déclarer le chirurgien Mauclaire dans la discussion qui suit la présentation. Ce qui retient l'attention, outre sa description très précise, ce sont les résultats, on extrait le projectile à coup sûr. Ainsi, le chirurgien fait état d'une série de 110 projectiles extraits sans échec, série qu'il continue par

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 mai au 25 juin 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de décembre 1915.
[3] OMBRÉDANNE, Louis. « L'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/4, p. 2070-2084.

la suite[1]. Cependant, cette technique n'est pas sans défaut, et parmi ceux-ci, ses détracteurs mentionnent l'excellente installation du service du radiologue Ledoux-Lebard qui ne peut être reproduite partout. Ce qui gêne surtout, c'est le fait qu'elle immobilise un radiologue aux côtés d'un chirurgien durant toute l'opération alors qu'il pourrait faire d'autres examens radiologiques.

Malgré ces critiques, les docteurs Ombrédanne et Ledoux-Lebard mettent tout en œuvre pour diffuser leur technique. Outre les communications et articles scientifiques, ces derniers écrivent un livre sur cette question, *Localisation et extraction des projectiles*[2]. Dans cet ouvrage, ils comparent les différentes techniques utilisées concluant à la supériorité du contrôle intermittent permettant d'éviter les échecs. Cet ouvrage est par la suite traduit en anglais[3], ouvrant la voie à une diffusion internationale, même si cette méthode n'est pas employée par le Service de Santé anglais qui privilégie la localisation par triangulation[4]. Cette diffusion internationale se fait aussi par le biais de l'enseignement de cette technique auprès des radiologues du Service de Santé américain venus achever leur formation dans le service du docteur Ledoux-Lebard[5]. Enfin, pour faciliter cette diffusion, le radiologue Ledoux-Lebard met au point différents appareils comme un meuble radio-chirurgical avec l'outillage nécessaire à cette technique, permettant son emploi tant au front qu'à l'intérieur avec l'aide d'une voiture radiologique[6]. Cette technique bénéficie aussi des recherches menées par d'autres radiologues du centre, comme le docteur Dessane* qui met au point un type de bonnette, une visière servant d'écran radioscopique, utilisée par cette technique.

2) Les tentatives d'uniformisation des pratiques médicales.

Initiées dès la création des premiers services spécialisés à la fin de l'année 1914, notamment pour les conditions d'admission à ces centres, ces tentatives d'uniformisation sont l'un des objectifs du développement des centres de spécialités. Dans la suite logique de la promotion de leurs recherches et de leurs pratiques, les médecins tentent par divers moyens d'harmoniser ces dernières. Ces tentatives se font au niveau national sous la direction du Service de Santé face à des médecins jaloux

---

[1] DELORME, Edmond (médecin inspecteur général), (1919), *Les enseignements…, op. cit.* p. 353. Il évoque une série de 1 300 extractions pour trois échecs seulement.
[2] OMBRÉDANNE, Louis et LEDOUX-LEBARD, René. *Localisation et extraction des projectiles*. Paris : Masson et C^{ie}, coll. « Horizon », 1917, 352 p.
[3] OMBRÉDANNE, Louis, LEDOUX-LEBARD, René, TINDALL LISTER, W. (préf.) et Sir KEOGH, Alfred (*surgeon general*) (éd.). *Localisation and extraction of projectiles*. London : University of London, coll. « Military medical manuals », 1918, 386 p.
[4] OMBRÉDANNE, Louis, LEDOUX-LEBARD, René, TINDALL LISTER, W. (préf.) et Sir KEOGH, Alfred (*surgeon general*) (éd.), (1918), *Localisation…, op. cit.* p. XIV. Le reproche fait à cette technique est le risque de brûlure par les rayons X si elle est employée par des radiologues inexpérimentés. En outre, cette traduction a surtout été faite pour faire un état de l'art sur cette question.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre datée du 11 juillet 1918 du médecin major de 2^{e} classe Ledoux-Lebard au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire (Section Technique). Cependant, nous ne savons pas quelle technique a été employée par le Service de Santé américain.
[6] OMBRÉDANNE, Louis et LEDOUX-LEBARD, René, (1917), *Localisation…, op. cit.* p. 66-68. Le centre de radiologie du lycée Descartes comprend un laboratoire permettant la mise au point d'appareils de radiologie.

de leurs méthodes. Elles se font aussi au niveau régional et à cette échelle, elles dévoilent toute l'influence du chef de centre sur sa spécialité médicale.

a) De la difficulté d'uniformiser au niveau national, de l'impossibilité de le faire au niveau international.

Ce qui découle des échanges scientifiques portant sur l'amélioration des pratiques médicales est une tentative d'uniformisation de celles-ci au niveau national, avec cependant une différence entre le front et l'intérieur due notamment aux types de blessures soignées. Au niveau national, des échanges entre les sociétés scientifiques ont lieu, comme les réunions entre les sociétés de chirurgie et de neurologie sous la présidence du sous-secrétaire d'État au Service de Santé militaire. La première réunion a lieu le 24 mai 1916, six questions sont abordées par des commissions[1]. La troisième question porte sur les accidents secondaires précoces à la suite de plaies du crâne, incluant l'extraction des projectiles, sur laquelle intervient le chirurgien Ombrédanne. Le vendredi 15 décembre 1916, la Société de Neurologie se réunit avec les chefs des centres de neurologie et de psychiatrie sur la question « La réforme, les incapacités et les gratifications dans les névroses et psychoses de guerre »[2]. Une uniformisation des pratiques est donc l'œuvre des sociétés scientifiques auxquels participent les médecins de la 9e région[3]. Ces réunions qui se renouvellent chaque année sont aussi ouvertes aux pays alliés même si l'idée n'est pas d'uniformiser les pratiques, mais plutôt de permettre des échanges scientifiques. Ainsi, les 6 et 7 avril 1916 se tient une réunion de la Société de Neurologie de Paris ouverte aux chefs des centres de neurologie mais aussi aux neurologues des pays alliés[4]. De même, du 8 au 13 mai 1917 est organisée une conférence interalliée ayant pour objet d'étude les invalides de guerre et leur rééducation professionnelle[5].

Dans ces cas, le Service de Santé encadre et encourage ces échanges d'autant plus qu'il possède d'autres moyens pour les faciliter tels les rapports mensuels et les commissions réunissant les chefs des centres de spécialités. Les rapports mensuels ont été étendus aux secteurs chirurgicaux le 5 août 1915, puis à tous les secteurs et centres qui ont été créés par la suite. Ces rapports permettant

---

[1] SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE et SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. « Séance commune de la Société Nationale de Chirurgie et de la Société de Neurologie de Paris (Mercredi 24 Mai.). Présidence de M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 1, n°6, p. 721-864.

[2] SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS et al. « Réunion de la Société de Neurologie de Paris avec les chefs des centres neurologiques et psychiatriques militaires (Vendredi 15 décembre 1916). Présidence de M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, p. 750-809.

[3] Il est aussi à signaler que la Société de Neurologie de Paris publie chaque année depuis 1915, les travaux des centres de neurologie.

[4] SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS et al. « Réunion de la Société de Neurologie de Paris avec les représentants des centres neurologiques militaires de France et des pays alliés (Jeudi 6 et Vendredi 7 avril 1916). Présidence de M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 1, n°4-5, p. 449-609.

[5] A.N. C 7690. Circulaire du 5 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les chefs des centres liés à ces problématiques peuvent s'y rendre et y exposer leurs travaux. D'autres conférences de ce type ont lieu, notamment pour la chirurgie.

au Service de Santé de contrôler les pratiques thérapeutiques et le fonctionnement des centres, n'ont que des effets limités sur l'uniformisation des pratiques médicales. En effet, ils ne constituent qu'une source de documentation, parfois incomplète, soit que l'auteur n'évoque pas tous les aspects de son service de peur d'être jugé par ses pairs[1], soit parce que pour des raisons matérielles ces rapports ne parviennent pas à l'ensemble des chefs de centre. C'est notamment pour cette dernière raison que le 12 novembre 1915, le Service de Santé modifie la diffusion des informations contenues dans les rapports des chefs des secteurs chirurgicaux qui sont désormais sélectionnées par ses soins et reproduites dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* ressuscité pendant la guerre[2]. Si les rapports mensuels ne constituent pas un moyen efficace d'uniformiser les pratiques à l'échelle nationale, le Service de Santé dispose d'un autre outil, les réunions des chefs de centre. Ces réunions sont là aussi l'occasion d'échanger sur le fonctionnement de chaque centre et sur les pratiques médicales employées. Elles permettent également aux chefs de centre d'adresser directement leurs requêtes au Service de Santé. En outre, différentes questions abordées durant ces réunions débouchent sur des réorganisations[3] via des circulaires élaborées à leur suite, ce qui est une uniformisation des pratiques par le haut[4]. Ainsi, suite à la réunion des chefs des centres d'O.R.L. du 29 juin 1916, le S.S.E.S.S.M. crée une fiche O.R.L. permettant de faire connaître à des médecins non spécialistes le diagnostic et le traitement O.R.L. d'un soldat, évitant la prolongation de son hospitalisation[5].

Enfin, outre les conférences interalliées, des échanges scientifiques ont lieu entre les pays alliés sous des formes différentes, connaissant là aussi plus ou moins de réussite. Le docteur Rist, après son affectation au laboratoire de bactériologie de la 9^{e} région à Tours part en mission aux États-Unis en 1917, mission qu'il renouvelle en 1918. Durant celles-ci, il fait des conférences dans des universités américaines ainsi qu'auprès du corps médical américain, conférences pour lesquelles il reçoit les félicitations du Secrétaire à la Défense Baker[6]. Si cette exportation des idées médicales françaises rencontre un succès relatif, un autre médecin de la région connaît moins de réussite à l'étranger, preuve que l'uniformisation des pratiques à l'échelle internationale est difficile. Le docteur

---

[1] DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.), (2003), *Les médecins…, op. cit.* p. 32. Les débats peuvent être houleux lors des réunions des sociétés scientifiques où les rapporteurs et les membres jugent la valeur des travaux qui leurs sont adressés.

[2] A.N. C 7690. Circulaire n°1 386 3/7 du 12 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les chefs des secteurs chirurgicaux devaient imprimer leur rapport en quatre-vingt-quatre exemplaires ce qu'ils ne pouvaient pas tous faire. Cette circulaire impose un tirage en triple exemplaire seulement.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 562. Compte-rendu de la réunion des chefs de centres de physiothérapie du 9 janvier 1917. Les docteurs Ledoux-Lebard et Wetterwald participent à cette réunion où l'on aborde, entre autres choses, la question de la diminution des centres secondaires.

[4] Le Service de Santé procède aussi de la même façon en se basant sur les rapports mensuels des chefs de centres.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 562. Circulaire n°159 Ci/7 du 15 juillet 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[6] S.H.D. Dossier 6 Ye 30 791. RIST Édouard. Nous ne connaissons pas le sujet de ces conférences qui portent très probablement sur sa spécialité, la bactériologie. C.D.M.S.S.A. Carton 331. RIST Édouard, *Les perspectives ouvertes à l'influence médicale française aux Etats-Unis*, Paris, 1918, 97 p. Il s'agit d'un rapport envoyé au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire, le docteur Rist est présenté comme chargé de mission scientifique aux États-Unis.

Gougerot est invité à participer à une réunion en Grande-Bretagne le 11 juillet 1918, sur un sujet particulièrement sensible : les maladies vénériennes. Chargé de défendre l'approche française sur ce sujet, il ne parvient pas à rallier les autres participants à celle-ci, loin de là[1]. Dans son rapport, le docteur Gougerot revient sur les attaques des Anglais et des Américains sur les maisons de tolérance, dont certains réclament la fermeture en France. La mission du docteur Gougerot a donc été de défendre le point de vue français sur ce sujet, ce qu'il parvient difficilement à faire n'étant pas anglophone[2].

b) Des médecins, chefs de leur spécialité.

Au niveau régional, des tentatives d'uniformisation se font aussi soit entre les différents centres, soit le plus souvent au sein d'une même spécialité. En effet, il est plus simple de comparer et de coordonner les pratiques entre des médecins qui traitent les mêmes blessures ou maladies. Ces collaborations entre les centres ont déjà été évoquées et sont encouragées par le sous-secrétaire d'État au Service de Santé militaire qui y voit le moyen d'améliorer le fonctionnement des services[3]. C'est ainsi que les médecins-chefs des secteurs médicaux se réunissent mensuellement pour échanger leurs expériences, uniformiser certaines pratiques et proposer des améliorations au Service de Santé. En septembre 1916, le docteur Herscher s'inquiète des recherches et des diagnostics faits par les médecins de son secteur concernant les malades suspects de tuberculose. Ceux-ci étant souvent imprécis et trop variés, il propose dans son rapport un modèle de feuille d'observation élaboré en collaboration avec les autres chefs des secteurs médicaux, ainsi qu'avec le directeur adjoint du Service de Santé[4]. Pour lui, l'avantage serait aussi d'avoir tous les renseignements nécessaires lors de ses visites ; pour le docteur Rocaz, cela va permettre de guider les médecins des formations sanitaires, mais aussi d'obtenir des observations complètes et surtout comparables entre les secteurs[5]. Cependant, ces harmonisations ne concernent principalement que les diagnostics ou le caractère médico-légal de l'hospitalisation du soldat. Dans son rapport d'octobre 1916, le docteur Denéchau souhaite que son modèle d'observation des malades atteints de néphrites et d'albuminurie soit étendu à toute la région. Il va même plus loin en espérant adopter pour chaque maladie, un examen unique à

[1] Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 6 p. 343.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 3097. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot, daté du 16 juillet 1918, adressé au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il rend compte de sa conférence faite le 11 juillet 1918 au *War Office* et des discussions qui s'en sont suivies.
[3] A.N. C 7690. Dépêche n°2 564 3/7 du 8 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de septembre 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de septembre 1916.

la région permettant d'uniformiser les dossiers, voire d'appliquer les mêmes traitements[1]. Cependant, ce projet semble n'avoir jamais vu le jour, les thérapies restant à la discrétion des médecins traitants.

Même si cela est rare, les thérapies sont parfois harmonisées au sein de la région dans des conditions particulières à l'image de la localisation et de l'extraction des projectiles. Le chirurgien Ombrédanne et le radiologue Ledoux-Lebard ont diffusé leur technique dans toute la 9e région via différents canaux. Cette technique a été enseignée aux autres chirurgiens-chefs de secteur au sein de l'hôpital complémentaire n°2 ou bien lors des visites du docteur Ledoux-Lebard[2]. Ce dernier utilise son poste de chef du centre de physiothérapie et donc de radiologie pour diffuser cette technique en dotant les formations chirurgicales d'une installation radiologique permettant cette opération. Il est alors clairement dans son rôle : développer les installations radiologiques dans la région. Cependant, ces chirurgiens ont réellement été conquis par cette technique et les résultats obtenus. D'autant plus que les chirurgiens-chefs de secteur sont indépendants les uns des autres sur le plan thérapeutique. Lorsque le chirurgien Robineau réclame une installation radiologique à l'hôpital complémentaire n°39, son service central, c'est notamment pour utiliser cette technique et se passer de l'équipage radiologique qui ne peut être constamment attaché à son service[3]. L'obligation d'adhésion à cette technique peut néanmoins se poser pour les chirurgiens de place qui sont nommés par le chirurgien Ombrédanne[4]. Dans son rapport d'avril 1916, il explique que ces derniers sont devenus des experts de cette technique qui leur a peut-être imposée. Il est aussi probable qu'ils s'y soient ralliés, conquis par son efficacité.

Enfin, tout comme au niveau national, des échanges avec les services de santé des pays alliés, principalement le Service de Santé américain, ont lieu dans la 9e région. Un « Cercle Médical Interallié » est créé à Tours, probablement à la fin de l'année 1917 ou en 1918, donnant un cadre formel aux échanges entres les médecins français et américains. La quatrième réunion se tient après l'armistice, le 6 décembre 1918 au service de radiologie de l'hôpital complémentaire n°2. Trois communications sont à l'ordre du jours, l'une du docteur Gougerot « *Dermo épidermites microbiennes (strepto staphylococciques) de guerre* », l'une du lieutenant colonel Haven Emerson « *Influenza in the American Armies* » et la dernière du docteur Courcoux « *L'épidémie de grippe dans*

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1916.
[2] OMBRÉDANNE, Louis et LEDOUX-LEBARD, René, (1917), *Localisation…, op. cit.* p. 304-306. Sur la liste des chirurgiens convertis à cette technique, on dénombre majoritairement des chirurgiens de la 9e région et quelques autres qui lui sont étrangers comme les chirurgiens Dujarrier, Duval et Gosset.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de septembre 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de janvier 1916. Il désigne les chirurgiens autorisés à exercer et définit les opérations qu'ils peuvent pratiquer ce qui lui a valu quelques inimités.

la IX^e Région »[1]. Les sujets sont divers et la forme utilisée, des conférences et non des commissions, ne permet pas d'envisager l'harmonisation des pratiques, surtout lorsque débute la démobilisation. Elles sont principalement l'occasion de développer les liens d'amitié entre les médecins, la réunion s'achevant par un diner.

c) Les centres de spécialités, des « écoles de médecine » ?

Portés par la volonté d'enseigner les techniques et les savoirs médicaux, d'autant plus s'il s'agit de leurs découvertes, les chefs des centres et des services spécialisés se muent en professeur de médecine. Cette transformation est d'autant plus simple que plusieurs d'entre eux occupent ces fonctions dans les écoles ou les facultés de médecine du pays avant la guerre. Le but alors souhaité ne se limite pas à l'enseignement des dernières techniques mises au point. Ces chefs veulent développer les connaissances médicales des médecins de leur service ou bien en poste dans la région afin notamment d'harmoniser les pratiques thérapeutiques comme il a été montré et ainsi améliorer le fonctionnement des organisations médicales. Ils sont par ailleurs fortement incités à le faire par le S.S.E.S.S.M. le 8 mars 1916[2] :

> « Etant [*sic*] donnée l'extension que prennent les Services de Spécialités et le nombre restreint de médecins compétents pour en assurer le bon fonctionnement, j'estime qu'il y aurait un gros avantage à établir dans chaque Région [*sic*] une série de conférence faites au Service Central par les principaux spécialistes qui y sont affectés. »[3]

Des conférences qui peuvent se faire sur le modèle de celles mises en place dans la 8^e région militaire, c'est-à-dire douze conférences faites par différents chefs de centre ou de service sur quatre jours[4]. Ceux-ci interviennent sur différents thèmes relatifs à leur spécialité (maladies, blessures, traitements) ainsi qu'au fonctionnement de leur centre afin que les médecins de la région fassent correctement appel à ces derniers. Afin de ne pas déstabiliser les services et parce qu'une majorité de médecins ont « [...] une instruction professionnelle suffisante [...] »[5], tous les médecins ne doivent pas suivre ces conférences. L'ordre du S.S.E.S.S.M. est réitéré le 5 mai 1916[6].

Dans la 9^e région, les premières conférences ont lieu du 7 au 10 juin 1916 à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours[7]. Les participants à ces conférences sont des médecins désignés par les médecins-chefs de place de la région. Le choix du lieu des conférences n'est pas anodin : Tours concentre alors les centres de spécialités et l'hôpital complémentaire n°2 ceux de physiothérapie et de neurologie ainsi que le service central du premier secteur chirurgical. Nous ne savons pas quels ont

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 335. Programme de la quatrième réunion du « Cercle Médical Interallié de Tours » du 6 décembre 1918.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°36 Ci/7 du 8 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] *Ibidem.*
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.*
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°74 Ci/7 du 5 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 592H du 23 mai 1916 du directeur du Service de Santé de la 9^e région militaire.

été les sujets abordés par les différents chefs de centre mais ils ont suivi la directive du S.S.E.S.S.M. d'en faire un moyen d'expliquer le fonctionnement de leurs services. Ainsi, le docteur Gougerot explique que l'« […] unité thérapeutique […] »[1] en dermatologie-vénéréologie dans la région est aussi réalisée par cette conférence, il intervient le 8 juin, en plus de ses inspections. Cependant, ce type de conférence apparaît avant : ainsi le docteur Gougerot fait déjà une conférence aux médecins le 3 mai 1916. Elles sont poursuivies ensuite mais pas forcément sous la forme prescrite par le S.S.E.S.S.M., le docteur Gougerot continue ses enseignements dans son service à des médecins bénévoles[2]. Ceux-ci comprennent la « [...] présentation de malades [...] »[3], des « [...] discussions diagnostiques [...] » et la présentation de « [...] nouvelles méthodes thérapeutiques. » En décembre 1917, le médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle* souhaite pouvoir convoquer tous les dentistes militaires de la région au centre pour leur exposer le fonctionnement des cabinets dentaires mais aussi pour leur donner des notions sur « [...] les grands symptômes des lésions des mâchoires par blessure de guerre. »[4]

Ces conférences destinées à améliorer le fonctionnement des services spécialisés ou à présenter de nouvelles techniques thérapeutiques ne sont pas les seules formes d'enseignement présentes dans la région. D'autre part, le personnel médical de la région peut toujours se perfectionner en-dehors de celle-ci. Le médecin aide-major de 1ère classe Queille, en poste à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers comme médecin radiologiste, suit durant un mois des cours de radiologie de guerre au Val-de-Grâce à la fin de l'année 1918[5]. En outre, cet enseignement n'est pas forcément destiné aux médecins et n'a pas forcément pour but les soins des soldats. Des cours relatifs à la protection contre les gaz asphyxiants sont organisés à Paris en 1916, ces derniers sont donnés à des pharmaciens afin qu'ils puissent former les soldats à ces techniques de protection[6]. De même, ces enseignements donnés par ces spécialistes ne sont pas uniquement destinés aux médecins militaires. Tandis que les professeurs des écoles de médecine et de pharmacie de la région sont mobilisés, quittant leur lieu de résidence, les cours ne sont pas suspendus et ces écoles sont à la recherche d'enseignants. On fait parfois appel aux spécialistes présents dans les services militaires. Le docteur

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916.
[3] *Ibidem.* Pour cette citation et les suivantes.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire et des cabinets dentaires de garnison de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre du médecin major de 2e classe Ledoux-Lebard au sous-secrétaire d'État du Service de Santé en date du 17 novembre 1918. Il demande le retour de ce radiologue car la place de Poitiers connaît alors une pénurie de ce type de personnel.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°70 Ci/7 du 1er mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Kahn a ainsi donné des cours élémentaires de « […] clinique mentale […] »[1] aux élèves de l'École de médecine et de pharmacie de Tours. Quant au chirurgien Belgrand, affecté à l'hôpital mixte de Tours de novembre 1915 à septembre 1916, il s'est chargé des cours d'anatomie de l'École de médecine et de pharmacie de Tours, ainsi que des services de clinique chirurgicale de l'hôpital mixte[2]. L'instruction des médecins civils est aussi réalisée dans le but d'appuyer les actions de certains centres, durant la guerre mais aussi après, par une « remise à niveau » de ces médecins. C'est le but du docteur Gougerot qui fait de son service central de dermatologie-vénéréologie un « […] Centre d'enseignement médical […] »[3]. Il forme les médecins civils aux plus récents savoirs médicaux de sa spécialité afin notamment d'améliorer et de pérenniser la lutte contre les maladies vénériennes qu'il met en place dans la région. Enfin, ces enseignements ne sont pas uniquement destinés aux Français. À la demande du Service de Santé américain[4], le radiologue Ledoux-Lebard est en charge d'une instruction complémentaire destinée aux radiologues américains qu'il fait dans son service central[5]. Ces cours de perfectionnement se déroulent sur trois semaines et comprennent des enseignements théoriques et cliniques sur « […] les projectiles […] »[6] et les examens radiographiques et radiologiques. Dans cette lettre, le docteur Ledoux-Lebard souligne « […] l'excellence du premier enseignement […] »[7] donné aux radiologues américains aux États-Unis.

Afin d'améliorer le fonctionnement de leurs services, notamment en formant les médecins à faire correctement appel à ceux-ci, mais aussi pour accroître les savoirs médicaux de ces derniers ainsi que des pharmaciens, les chefs de centre et de service spécialisés mettent en place des enseignements. Même si ceux-ci sont soutenus par le S.S.E.S.S.M., il n'y a pas d'institutionnalisation de ces enseignements qui ne répondent qu'à des besoins ponctuels ou bien à ceux d'une spécialité. La 9e région ne voit pas la mise en place d'une structure similaire à celle mise en place en mai 1917 par Claudius Régaud (1870 – 1940) à l'H.O.E. de Bouleuse et qui est destinée à former le personnel médical à la médecine de guerre et aux dernières avancées médicales notamment en soignant les soldats[8].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.
[2] A.M. Tours. 3 Q boîte 63. Document d'auteur et de date inconnus. Ce document mentionne un rapide historique du service du docteur Belgrand.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mars 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 335. Traduction de la dépêche n°336-22 datée du 28 mars 1918 du *Chief Surgeon* au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé (Section Franco-Américaine). Cette demande s'adresse au Service de Santé en général ce qui signifie que les radiologues américains ont été formés dans d'autres centres ou services de radiologie.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre datée du 11 juillet 1918 du médecin major de 2e classe Ledoux-Lebard au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire (Section Technique).
[6] *Ibidem.*
[7] *Ibid.*
[8] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 270-271.

3) Les limites de cette organisation médicale.

Placés à la tête du système médical de la région, ces médecins-chefs dirigent d'une main de maître leur centre et leur secteur. Les médecins placés sous leurs ordres sont leurs subordonnés, devant accepter traitements et avis prodigués. Mais le fonctionnement du Service de Santé comprend des structures qui échappent à ce contrôle et « défient » outrageusement ces spécialistes. En outre, dans ce système, chaque malade et blessé se doit d'accepter le traitement qui lui est imposé. Mais qu'advient-il lorsque ces derniers refusent ? Comment soigner des soldats qui ne veulent pas retourner au front et font tout pour l'éviter ? Dans ces cas, les limites des compétences de ces chefs sont atteintes et le Service de Santé doit intervenir pour protéger son système.

a) Les conflits avec les commissions médico-légales.

Placés à la tête du système médical de la région, les spécialistes ont de grands pouvoirs sur les soins des soldats, pouvoirs justifiés par leurs compétences. Cependant, ces pouvoirs ne sont pas illimités et l'une de ces limites se trouve dans les différentes commissions (conseil spécial de réforme, commission de convalescence, commission de changement d'armes, etc.) qui statuent sur les suites médico-légales de la vie militaire du citoyen mobilisé. Celles-ci sont contrôlées par le commandement dont le but est lui aussi de conserver le maximum de soldats au sein de l'armée, quitte à s'opposer aux médecins et aux spécialistes.

Les soldats qui passent devant ces commissions y sont envoyés par leur médecin traitant qui n'est pas forcément un chef de centre ou de service central. Lorsque les chefs de centre envoient un soldat devant ces commissions, c'est qu'ils ont employé toutes les thérapies possibles sans obtenir la guérison du soldat. Ces spécialistes adressent alors ces soldats avec des avis motivés quant aux décisions à prendre (réforme, changement d'arme, etc.) convaincus que rien ne peut être fait pour améliorer leur état. Ces chefs de centre sont donc extrêmement critiques envers ces commissions lorsqu'elles ne suivent pas leurs recommandations et ces situations surviennent très rapidement dans le conflit. Dans l'un de ses premiers rapports le chirurgien Ombrédanne signale des solutions « […] anormales […] »[1] concernant des soldats qu'il a proposés pour la réforme à Angers et qui ont été envoyés en congé de convalescence. Cette situation s'est aussi produite à Tours, bien qu'il estime en accord avec son collègue Laignel-Lavastine, que rien ne peut être tenté pour les soldats présentés. Ces critiques sont partagées par ses collègues comme le neurologue Laignel-Lavastine qui ne comprend pas pourquoi un soldat proposé pour la réforme, car atteint de paralysie générale, a été

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne adressé au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire et daté du 11 juillet 1915,

envoyé en congé de convalescence[1]. L'un des problèmes engendrés par ces divergences de point de vue est qu'il arrive que lors de leur renvoi au dépôt, ces soldats retournent à l'hôpital qui les avait présentés devant les commissions. Il en résulte alors l'encombrement des formations[2].

En outre, ce qui exaspère les chefs de centre, c'est de voir leur avis de spécialiste déjugé par des médecins sans compétence, même si ces derniers ne doivent pas, comme le reconnaît le chirurgien Ombrédanne, se contenter uniquement d'avaliser leurs avis. Cependant il prévient : « […] il ne faudrait pas que les vénérables Médecins [*sic*] de ces Commissions [*sic*] continuent à ignorer que les avis des Chefs de Centre [*sic*] ont peut-être quelque valeur clinique. »[3] La critique du chirurgien Ombrédanne se retrouve chez ses collègues notamment chez le chirurgien Robineau qui dans son rapport de juin 1917 ne prend plus la peine de contenir son mécontentement en attaquant nommément les médecins experts du conseil spécial de réforme de Poitiers[4]. Ceux-ci ne tiennent pas compte de ses avis et dirigent les soldats qu'il propose sur d'autres commissions, en outre ces derniers ne l'informent pas des décisions prises[5]. Sa charge est d'autant plus virulente qu'il leur dénie toute compétence médicale pour ce poste[6], en les comparant aux siennes, d'autant plus qu'il a été un temps affecté au Conseil Spécial de Réforme de Poitiers. La critique ne vise pas les commissions en elles-mêmes dont il dit respecter les décisions et qu'il souhaite voir statuer sur ces propositions sans passer par le jugement de ces experts. Il réclame alors une meilleure sélection de ce personnel d'autant plus que si ses décisions de spécialiste sont déjugées, il n'imagine pas ce que deviennent les avis des médecins traitants qui ne sont pas spécialistes et qui pourtant connaissent très bien les soldats qu'ils soignent. L'annotation du directeur régional sur ce rapport mérite d'être mentionnée. Celui-ci transmet le rapport afin de ne pas en retarder l'envoi mais explique qu'il va demander au chirurgien Robineau de ne plus aborder les « […] questions de personnes […] »[7]. Il prescrit aussi une enquête sur cette affaire et rappelle que les médecins experts ont leur liberté d'opinion et qu'ils ne doivent pas se contenter de suivre les avis des chefs de centre.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 26 juillet 1915 au 25 août 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'avril 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de juin 1916.
[5] Cette critique est aussi partagée par ses collègues qui souvent apprennent indirectement les résultats des commissions et des conseils.
[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 décembre 1915 au 25 janvier 1916. Le radiologue Ledoux-Lebard exprime des critiques similaires et réclame la présence de radiologues dans les commissions.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de juin 1916.

Cette annotation résume la position prise par le Service de Santé sur les limites aux pouvoirs donnés aux chefs de centre quant aux décisions médico-légales que doivent prendre les commissions. Ainsi, suite à une décision dans laquelle une commission a simplement suivi l'avis du chef du centre d'ophtalmologie, le général de division Poline*, qui commande la 9e région, tient à rappeler le 30 mai 1916 l'indépendance des commissions vis-à-vis des avis donnés par les spécialistes[1]. L'ordre du commandant de la région est confirmé par la suite par le S.S.E.S.S.M. Ce dernier rappelle le 5 novembre 1916 que les médecins traitants et les chefs de centre ne doivent émettre que des avis et non des décisions, sauf en cas de demande de la part des commissions[2]. Le but de cette mesure est d'éviter que le soldat passant devant ces commissions ne se croit en droit de recevoir ce qu'a décidé le médecin qui l'envoie et ne se sente lésé si cela n'est pas le cas. Il résulte du non suivi de ces avis par les commissions, l'arrêt de ceux-ci par certains chefs de centre comme le chirurgien Ombrédanne, tandis que d'autres de ses collègues continuent à en émettre tout en s'offusquant qu'ils ne soient pas suivis. D'autant plus qu'ils sont constamment consultés par les médecins traitants non spécialistes sur ces sujets, ces derniers se retranchant derrière les compétences des spécialistes.

L'indépendance des commissions est cependant reconnue comme indispensable par les chefs de centre de la région. À la fin de l'année 1916 et au début de l'année 1917, le chirurgien Robineau est chargé de vérifier les dossiers de réforme au centre spécial de réforme de Poitiers[3]. Durant cette période, il est aussi consulté en tant que spécialiste pour établir les diagnostics, certains médecins lui demandant de fixer les taux d'invalidité, ce qu'il a refusé. Il décrit sa situation inconfortable car intervenant avant puis après les experts, ceux-ci perdent leur indépendance et il devient le seul à décider. Ce système est d'autant plus imparfait qu'il peut se tromper. La critique qu'il émet contre ces centres est celle qu'il fait quelques mois après : les médecins de ces commissions et ceux qui aiguillent les soldats vers elles ne sont pas assez compétents. Il réclame alors qu'ils soient sélectionnés parmi les médecins les plus compétents et possédant des notions dans les expertises d'accidents du travail.

b) Les refus de soins et les aggravations de blessures.

Les simulations, les refus de soins, l'aggravation et l'entretien des blessures et des maladies constituent d'autres entraves à l'action thérapeutique des chefs de centre, entraves partagées avec tout le personnel médical du front comme de l'intérieur. Les médecins-chefs de centre, par les rapports

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Lettre datée du 30 mai 1916 du général de division Poline.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°309 Ci/7 du 5 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de janvier 1917.

qu'ils transmettent mensuellement à la direction centrale, sont les principaux témoins de ces comportements contre lesquels ils doivent lutter.

Confrontés aux refus d'opérations et de traitements de la part des soldats, les médecins se sont tournés vers la 7e Direction qui a émis une instruction le 5 avril 1915[1]. Ainsi, il est conseillé de convaincre le soldat de l'intérêt du traitement ou de l'opération et d'éviter l'usage de moyens coercitifs. Par ailleurs, la 7e Direction définit les situations pour lesquelles le soldat peut refuser ou non le traitement ainsi que les conséquences de son refus. Il ne peut refuser les vaccinations dont le but est de protéger l'ensemble de la population. S'il refuse des traitements non sanglants, relevant notamment de la physiothérapie et qui ont pour but d'améliorer son état, il peut être sanctionné. Le soldat peut cependant refuser une opération sanglante mais encourt la réduction d'une indemnisation si l'opération ne comprend pas d'anesthésie générale et est peu importante. En outre, il peut refuser une opération, nécessaire par un risque de complication, mais un procès-verbal est alors dressé pour faire état de ce refus.

Cette instruction n'empêche aucunement les refus de traitement auxquels sont confrontés les médecins de la 9e région. Le neurologue Laignel-Lavastine fait état quelques mois après de soldats refusant une opération et la menace du procès-verbal ne modifie aucunement ce refus qu'il compare à un caprice d'enfant[2]. Pire, ces hospitalisés qui refusent l'opération font pression auprès des nouveaux entrants pour qu'ils refusent à leur tour et là aussi le procès-verbal n'influence pas beaucoup leur décision[3]. Si le neurologue Laignel-Lavastine n'explique pas les raisons des refus qu'il essuie, ceux-ci sont parfois liés soit à la volonté d'échapper au service armé, soit au désir de ne pas perdre le gain d'une réforme et ainsi des indemnités[4]. Le chirurgien Lapeyre opère des exemptés et des récupérés au mois de juin 1917. Le but des opérations étant de leur faire réintégrer le service armé, du moins les sortir de la réforme, il est lui aussi confronté à des refus d'opération. Ceux-ci demeurent cependant rares et il ne s'épand guère[5]. Le directeur adjoint est lui quelque peu plus disert dans son rapport du 7 juin 1917, mais sur un type de malade, les tuberculeux. Évoquant une « […] mentalité du temps de guerre […] »[6], il explique que des tuberculeux refusent de se rendre dans des stations

[1] A.N. C 7689. Instruction datée du 5 avril 1915 du directeur de la 7e Direction et relative à la conduite à tenir, en cas de refus par des militaires, de traitements ou d'opérations reconnus nécessaires.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 26 juillet au 25 août 1915.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 26 août au 25 septembre 1915.
[4] Ces deux raisons étaient mentionnées dans l'instruction du 5 avril 1915.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers militaire durant le mois de juin 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 7 juin 1917 du directeur adjoint Job sur ses inspections des formations de la 9e région militaire.

sanitaires de peur de voir leur état s'améliorer et ainsi de perdre leur réforme[1]. Le directeur adjoint demande alors de prononcer la réforme avant l'envoi sur ces structures afin qu'elles ne soient pas inutilisées par ces malades.

Les médecins se montrent parfois bienveillants envers ces soldats qui refusent des soins comprenant même ceux-ci. Le chirurgien Robineau évoque le cas de trois hommes présentés pour une réforme n°1 qui pourraient être soignés mais qui refusent l'opération. Ils invoquent la lassitude des hôpitaux et des soins, ils sont alors dans un hôpital de physiothérapie, qui n'apportent aucune amélioration depuis des mois. Mis au courant de la possibilité d'être opérés par le chirurgien Robineau, ils refusent car personne ne leur en a parlé avant et ils souhaitent rentrer chez eux. Devant une attitude qui pourrait s'assimiler à une volonté de se soustraire du front, le docteur Robineau adopte une attitude très compréhensive, évoquant un « […] motif légitime […] »[2], il renvoie la faute sur les médecins qui ne lui présentent pas assez rapidement ces soldats qui peuvent être guéris ou bien ne donnent pas suite à ses indications thérapeutiques.

Outre ces refus, les médecins sont aussi confrontés à des aggravations de blessures ou de maladies, ou à leur entretien, le but étant pour le soldat de rester le plus longtemps possible à l'arrière. Ces cas rencontrés par différents médecins, comme l'ophtalmologue Terrien qui évoque des conjonctivites entretenues[3], résultent parfois d'organisations structurées. Le médecin doit alors se transformer en policier attendant le flagrant délit, seule preuve recevable pour « condamner » les simulateurs ou les exagérateurs. Observant des cas d'ulcération et de dermatoses particulièrement tenaces aux soins et avec des récidives fréquentes, le docteur Gougerot se demande s'il n'a pas affaire à une nouvelle maladie ou si ses hospitalisés n'entretiennent pas celle-ci[4]. En l'absence de preuves solides, il ne peut sévir et utilise des moyens pour éviter ces comportements comme des pansements rigides sur lesquels sont apposé un cachet afin de vérifier que l'hospitalisé n'enlève pas celui-ci. Les cas se multiplient jusqu'au jour où certains de ses subordonnés découvrent le pot-aux-roses. Afin d'entretenir leur blessure, des soldats aidés de complices extérieurs à l'hôpital, mais le docteur Gougerot soupçonne des complicités internes, avaient acquis tout le nécessaire pour découper leur pansement et en refaire un neuf, cachet compris. Les coupables sont alors emprisonnés à l'hôpital mixte de Tours afin d'y suivre leur traitement sous une étroite surveillance[5]. Ce système coercitif ne

---

[1] VIET, Vincent. « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 2/2012, n° 59-2, p. 85-107.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de février 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1915.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.

semble pas avoir été totalement efficace puisqu'après une guérison rapide de nouvelles lésions sont apparues, définitivement guéries lorsque ces malades ont été transférés à la prison militaire. Ne pouvant les poursuivre pour simulation, un délit inexistant dans le code de justice militaire, le docteur Gougerot le fait pour refus d'obéissance et vol de matériel. Il réclame cependant le vote d'une loi punissant la simulation[1], sujet extrêmement sensible sur lequel le Service de Santé s'abstient. Dans le même registre, les médecins suspectent les soldats de s'infliger des plaies, une atteinte moindre que les mutilations volontaires, mais dont la finalité est l'éloignement du front. Dans son rapport pour le mois de juin 1918, le directeur adjoint se fait l'écho des doutes des chirurgiens concernant des plaies gangreneuses survenues durant les permissions et qu'ils pensent être volontairement provoquées. Cependant, ces chirurgiens n'ont aucune preuve indiscutable. Il n'y a donc pas de punition[2].

c) Des médecins au service de l'armée.

Soumis à la pression du rendement, les médecins s'écartent quelque peu du soin des soldats en consacrant une partie de leur temps à la chasse aux embusqués. Comme le montre la lutte du docteur Gougerot, la simulation est une technique d'évitement du front dont les cas apparaissent dès le début du conflit. Si certains médecins adhèrent pleinement à la « chasse » aux simulateurs en condamnant une forme de « lâcheté », d'autres agissent ainsi parce qu'ils engorgent les centres en mobilisant des moyens plus utiles ailleurs. Face à ces stratégies, les médecins doivent s'adapter en développant une surveillance plus accrue des hospitalisés ainsi que différentes techniques de « débusquage ». Le docteur Castelain qui organise le centre d'ophtalmologie met en place très rapidement ces mesures contre les simulations de troubles visuels[3]. Celles-ci sont reprises par son successeur le docteur Terrien qui relativise le nombre de simulateurs, par ailleurs aisément identifiables[4]. Les médecins partagent leurs méthodes et expériences afin de lutter contre ce phénomène comme le docteur Rocaz qui rédige une étude clinique sur les cas des faux ictères provoqués par l'absorption d'acide picrique qu'il a rencontrés[5].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1918. Carton 483. Rapport daté du 4 septembre 1918 du directeur adjoint Boigey sur ses inspections des formations de la 9e région militaire. Dans ce rapport, le directeur adjoint évoque un nouveau cas de simulation dans ce service et réclame aussi le vote de cette loi.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 483. Rapport daté du 4 juillet 1918 du directeur adjoint Boigey sur ses inspections des formations de la 9e région militaire. Une annotation sur ce rapport évoque la possible création d'un centre d'expertise médico-légale dans la 9e région sur l'exemple de celui de Lyon. Cependant, ce centre ne semble pas avoir vu le jour.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Castelain sur fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1915.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Remarques cliniques sur quelques cas de faux-ictère provoqués par l'absorption d'acide picrique par le médecin major de 1ère classe Rocaz, non daté.

Cependant, la méfiance envers les cas de simulation est parfois telle que la recherche des simulateurs se confond avec les actes médicaux courants. Certains simulateurs s'informant sur les symptômes à simuler, le médecin doit alors mettre au point des stratagèmes pour déjouer ceux des simulateurs[1]. Le docteur Hautant, à la tête du centre d'O.R.L. met en place des moyens détournés pour démasquer les soldats. Par exemple, en faisant passer un examen d'acuité visuelle, il ordonne au soldat d'avancer ou de reculer et peut ainsi se rendre compte d'une possible simulation de la surdité[2]. Sa mission est d'autant plus difficile que ces simulateurs se confondent avec des surdités psychiques qu'il traite aussi en collaboration avec le centre de neurologie[3]. Débusquage et traitement des malades peuvent même être confondus comme le montre la technique dite du « torpillage » du neurologue Clovis Vincent. Combinant la suggestion à l'emploi de décharges électriques, il soigne les pithiatiques, mais aussi les simulateurs qu'il assimile à des « malades », lors de séances publiques.

Cette technique douloureuse est au cœur du procès du zouave Deschamps à l'été 1916 qui relance le débat sur les droits des blessés[4]. Cette question est fondamentale pour le fonctionnement des centres de spécialités et surtout pour les spécialistes expérimentant de nouvelles techniques de soin dans le but de rendre les soldats à l'armée. La question est de savoir si dans un conflit mobilisant un nombre considérable de soldats, les droits de ces derniers, citoyens mobilisés, sont inférieurs à ceux de la nation représentée par l'armée. Le Service de Santé appartenant à cette dernière, bien qu'il ait été « civilianisé » surtout depuis l'arrivée de Justin Godart à sa tête, ne peut aller à son encontre, sauf à sacrifier la défense du pays. D'autant que le Service de Santé a lui-même encouragé les méthodes dénoncées par une partie de la population et par certains parlementaires. S'il condamne ces médecins, il condamne l'un des attraits de ce système. Sa décision va donc dans le sens de la récupération des blessés, s'appuyant aussi sur des décisions de commissions[5]. Ainsi, les droits des blessés, même si certains sont réaffirmés, ne constituent pas une limite à l'action de ces spécialistes. Pour preuve, le service de neurologie du docteur Clovis Vincent est surchargé après le procès de Tours car il est vu comme le spécialiste du traitement des cas rebelles aux traitements des autres centres de neurologie du territoire[6].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Rapport sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire par le médecin major de 2e classe Hautant et daté du 1er août 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915.
[4] Cette technique et l'affaire du zouave Deschamps qui s'ensuit ont été largement étudiées. Il convient de voir à ce sujet les travaux mentionnés dans la bibliographie de Sophie Delaporte, de Marc Roudboush, de Jean-Yves Le Naour et de Vincent Viet.
[5] VIET, Vincent. « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 2/2012 (n° 59-2), p. 85-107.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 223. Rapport du médecin major de 2e classe Vincent sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire et daté du 13 novembre 1916.

Après une période d'apprentissage, le Service de Santé possède une organisation médicale performante basée sur l'utilisation rationnelle des moyens et des compétences. Celle-ci a été mise en place progressivement malgré le rôle indispensable qu'elle doit jouer dans la récupération des évacués, la surveillance des soldats en cantonnement dans la région et la rééducation physique et professionnelle des mutilés. Un délai qui s'explique surtout par l'impossibilité de prévoir la fin du conflit ce qui retarde la mise en place de solutions pérennes. Définitivement créée à la fin de l'année 1917, cette organisation médicale fonctionne dans des conditions optimales dès le début de l'année 1916. Désormais, les médecins-chefs des centres et services spécialisés, des spécialistes civils mobilisés, dirigent les soins de la 9^{e} région. Ils établissent les standards thérapeutiques et médico-légaux internes à la région et contrôlent les soins et le personnel médical avec la « bénédiction » de la direction régionale. Ils participent aux recherches menées durant le conflit mais les transferts de savoirs mis au point dans la 9^{e} région en-dehors de celle-ci sont rares. En outre, la 9^{e} région militaire offre un exemple de cette recherche à l'intérieur ainsi que des problématiques rencontrées dans la récupération des soldats, à l'exemple du procès du zouave Deschamps, et des simulations. Il reste à savoir si cette organisation rationnelle des soins et des compétences est adaptée à l'évolution de la Première Guerre mondiale et quelle est sa place dans celle plus générale du Service de Santé.

Chapitre 5 : La 9e région, un front peu à peu secondaire dans cette guerre médicale.

Si la Première Guerre mondiale ne voit pas la naissance de grandes découvertes médicales, elle connaît cependant une révolution des pratiques thérapeutiques du Service de Santé. C'est là une révolution indispensable après l'échec du début de la guerre pour améliorer les soins des soldats et ainsi les chances de leur récupération pour l'armée, faisant taire les critiques du début de la guerre. Ces améliorations touchent principalement la pratique médicale à l'avant, influençant celle de l'intérieur par une baisse des évacuations et un meilleur état des soldats évacués. Les améliorations sont nombreuses[1] et parmi elles on peut citer celles relevant de la prise en charge immédiate des blessures. Ainsi, le corps chirurgical bascule dans l'intervention après un long combat de ses promoteurs contre l'abstention à l'exemple des plaies de l'abdomen[2]. L'utilisation de la méthode de Carrel-Dakin[3], la suture primitive des plaies[4] et ce sous contrôle bactériologique, permettent de lutter efficacement contre la gangrène. De même, l'amélioration de la prise en charge des plaies articulaires et de nouveaux appareils de fractures diminuent les amputations et améliorent la récupération des soldats.

Cette amélioration des soins est permise aussi par celle des structures sanitaires du front. Les ambulances chirurgicales automobiles et les formations qui en sont dérivées, comme les groupes complémentaires de chirurgie et le groupe automobile chirurgical léger, permettent d'apporter un appui chirurgical là où il est nécessaire[5]. La multiplication des structures spécialisées contribue à l'amélioration des soins à l'exemple des installations radiologiques, des laboratoires de bactériologie et des centres neuropsychiatriques[6]. L'amélioration des évacuations avec l'augmentation du nombre de véhicules automobiles et des Sections Sanitaires Automobiles (S.S.A.)[7] et la création de véritables

[1] Il convient de lire à ce sujet l'ouvrage du médecin inspecteur général Mignon et plus particulièrement le tome 4, le livre du médecin inspecteur général Delorme, *Les enseignements chirurgicaux de la Grande Guerre (Front Occidental)* ainsi que les thèses de Sophie Delaporte et de Sébastien Perrolat dont les références ont été citées et sont dans la bibliographie.
[2] DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.), (2003), *Les médecins…, op. cit.* p. 64.
[3] La solution de Dakin (1880 – 1952), du nom de son concepteur, est un antiseptique. Alexis Carrel (1873 – 1944) dans son hôpital complémentaire n°21 de Compiègne met au point une méthode d'irrigation continue des plaies par un antiseptique dont celui de Dakin.
[4] Elle consiste à nettoyer les plaies avec un antiseptique en retirant tous les corps étrangers et les esquilles et à suturer immédiatement après. La plaie est ensuite placée sous surveillance bactériologique et en cas d'infection, le chirurgien peut rouvrir la plaie et de nouveau la désinfecter.
[5] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p 151-152 et p. 155.
[6] *Ibidem, op. cit.* p. 496.
[7] BONIFACE, Jean-Michel et JEUDY, Jean-Gabriel. *Les camions de la victoire : le service automobile pendant la Grande Guerre, 1914-1918*. Paris : Massin, coll. « Camions de France », 1996, 234 p. On compte vingt-cinq sections

trains sanitaires[1] vont aussi dans ce sens. Enfin, l'amélioration du triage, en envoyant à l'intérieur que les soldats ne pouvant être rapidement récupérés ou bien inutilisables pour le front, diminue le nombre des évacués.

Dès lors que le Service de Santé de l'avant monte peu à peu en puissance pour devenir l'élément principal dans les soins des soldats, il convient de montrer comment cela se répercute sur l'organisation médicale de la 9e région. Le traitement immédiat des malades et des blessés devient la règle et diminue le nombre d'évacués sur l'intérieur. Le Service de Santé de l'intérieur relayant celui de l'avant dans les soins, on peut se demander quelles sont les spécificités de l'activité du Service de Santé de la 9e région et de son organisation médicale devenant peu à peu secondaire.

A) La 9e région, front secondaire de la radio-chirurgie.

La radio-chirurgie constitue le fer de lance de ce système médical dont le rôle lors de sa conception est principalement de soigner les blessés évacués du front et dans une moindre mesure ceux de la région. Il ne faut pas séparer ces deux spécialités tant leur évolution est intime durant ce conflit. Elle est même particulière dans cette région où une technique est mise au point grâce à la collaboration du radiologue Ledoux-Lebard et du chirurgien Ombrédanne. Particulièrement féconde, la recherche chirurgicale améliore la prise en charge des blessés, influençant l'état et le nombre de ceux évacués sur la région.

Tableau 7. Nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur en fonction de l'année de leur blessure[2].

Année	**1914**	**1915**	**1916**	**1917**	**1918**	**1919**
Nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur	634221	833623	608898	425856	593221	22055

La combinaison de ces deux éléments a des répercussions sur l'organisation et l'activité chirurgicale et radiologique de la région.

Mise sur pied au début de l'année 1915, l'organisation chirurgicale alors constituée est un outil performant mais inégalement réparti dans la région. Il a été renforcé par les dernières évolutions chirurgicales et radiologiques. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la prise en charge des blessés évacués par cette organisation radio-chirurgicale. L'amélioration de la prise en charge des blessés au front par le Service de Santé de l'avant lui donne peu à peu le premier rôle dans le

sanitaires en septembre 1914, 120 en janvier 1916, 148 en janvier 1917, 180 en décembre 1917, 193 en avril 1918 et 206 en novembre 1918.

[1] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 237-239. Au début de la guerre, le Service de Santé dispose de 150 trains dont 115 improvisés, munis de porte-brancards, trente ordinaires, servant aussi au transport de troupe et de matériel, et de cinq trains permanents qui sont des « hôpitaux roulants ». Le 12 septembre 1918, le Service de Santé dispose de six trains permanents et de 142 trains semi-permanents. En outre, les équipements de ces trains sont améliorés notamment en ce qui concerne la circulation entre les wagons. Parmi les 142 trains semi-permanents, affectés au transport des malades et des blessés uniquement, trente-trois sont à intercirculation totale et 109 à intercirculation partielle.

[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XI.

traitement des blessés. Dans ces conditions se pose la question du maintien d'une importante organisation chirurgicale qui devient secondaire dans le traitement de ces blessés. Les adaptations sont nécessaires et doivent aussi concerner l'acquisition des nouvelles méthodes de soin dans le but de limiter les complications comme le tétanos. Cependant, ces adaptations, surtout celles concernant l'organisation radio-chirurgicale, ne constituent-elles pas un risque ? En effet, en faisant correspondre le système chirurgical à une situation militaire stable, malgré les offensives, le risque est qu'il ne soit plus adapté à la guerre de mouvement qui se profile, et surtout à une potentielle retraite des troupes françaises.

1) Une organisation chirurgicale performante mais pas toujours adaptée aux besoins.

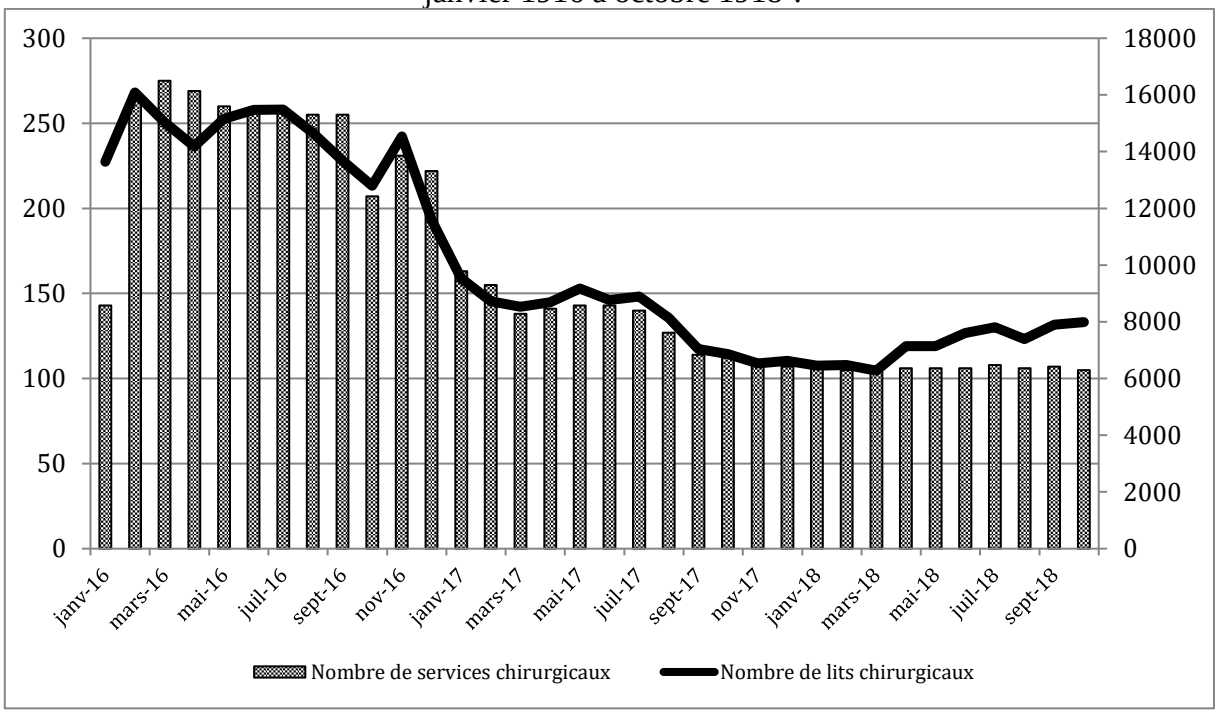
Adapter l'organisation chirurgicale de la 9e région militaire aux besoins de la guerre est une mission impossible par le simple fait que l'on ne peut estimer précisément le nombre et l'état des soldats à évacuer lors des batailles. Il faut alors prévoir un système hospitalier en espérant qu'il soit à la hauteur de la réalité chirurgicale. Dans le même temps, il faut améliorer le système chirurgical et adopter une organisation rationnelle qui permettrait de répondre à tous les besoins du front mais aussi de la région. Un système qui s'adapte aussi en fonction des interactions avec d'autres acteurs des soins des blessés.

a) Vers une organisation chirurgicale secondaire.

Destinée à l'origine à être le principal lieu d'hospitalisation des soldats, la zone de l'intérieur devient peu à peu une zone d'hospitalisation secondaire. Le médecin inspecteur général Toubert estime le maximum de lits organisés à l'intérieur à 572 000, en novembre 1915. Le nombre de lits chirurgicaux représente selon lui, la moitié de ce chiffre et ne cesse ensuite de diminuer[1]. La 9e région en est un exemple.

[1] TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général). *Étude statistique des pertes subies par les Français pendant la guerre 1914-1918. Progrès accomplis dans le fonctionnement du Service de Santé pendant la guerre. Extrait des comptes rendus de la VIIe Conférence chirurgicale interalliée pour l'étude des plaies de guerre, tenue au Val-de-Grâce, les 23 et 24 juillet 1920*. Paris : Charles-Lavauzelle & Cie, 1920, 39 p.

Figure 8. Évolution comparée du nombre de services et de lits chirurgicaux dans la 9e région de janvier 1916 à octobre 1918[1].



Ne disposant pas des statistiques pour l'année 1915, on peut cependant admettre, au moins pour la fin de l'année 1915, que le nombre de lits et de services chirurgicaux est au niveau de ceux du début de l'année 1916[2]. Durant l'année 1916, l'organisation chirurgicale de la région décroît légèrement[3] pendant une partie de l'année. Alors que la bataille de Verdun (21 février – 18 décembre 1916) fait rage, on augmente le nombre de services chirurgicaux puis le nombre de lits qui atteint son plus haut niveau, hormis janvier 1916, avec la bataille de la Somme (1er juillet – 18 novembre 1916). Cependant même si cette organisation chirurgicale demeure importante, le nombre de soldats évacués sur l'intérieur diminue en 1916. Ainsi, 325 225 blessés y ont été évacués, soit moins qu'en 1914 (336 334), tandis que 532 865 l'ont été sur la zone des armées[4].

À partir de la fin de l'année 1916, l'organisation chirurgicale entame une réduction de ses capacités malgré quelques augmentations qui ne modifient pas cette tendance générale. L'organisation chirurgicale de la 9e région devient secondaire dans la prise en charge des blessés. La

[1] N'ayant pas les statistiques pour l'année 1915, cette étude comporte une lacune importante car cette année est celle où le nombre d'hospitalisés à l'intérieur est le plus élevé. En outre, cette étude est une tendance générale. En effet, nous n'avons pu retrouver tous les rapports. Ceux-ci s'achèvent en octobre 1918 ce qui ne permet pas de nous renseigner précisément sur le système chirurgical lors de la démobilisation. Enfin, concernant le nombre de lits, il manque les chiffres pour l'hôpital mixte de Tours de février 1918 à mai 1918. Le chirurgien Ombrédanne ne mentionne pas ce service à cette période mais celui-ci existe.

[2] En effet, selon le précédent tableau, 833 623 blessés hospitalisés à l'intérieur ont été blessés cette année-là. Le médecin inspecteur général Mignon estime quant à lui que 518 920 blessés ont été évacués sur l'intérieur cette année-là, tandis que 373 652 l'ont été sur la zone des armées. MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 520. Ces chiffres proviennent du Grand Quartier Général et concernent les évacuations par voie ferrée.

[3] La baisse du mois d'octobre 1916 est due à l'absence du nombre de services et de lits chirurgicaux pour le secteur de Châteauroux.

[4] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 520.

baisse des évacuations joue dans cette transformation tout comme d'autres facteurs tels les difficultés matérielles et financières des formations et la volonté des mairies de récupérer les locaux scolaires[1]. Malgré l'offensive du Chemin des Dames (16 avril – 15 mai 1917), 1917 est l'année, hormis 1919, où le nombre de blessés évacués sur l'intérieur est le plus bas. Bien qu'il augmente légèrement le nombre de lits chirurgicaux pour l'offensive, le Service de Santé poursuit la diminution à partir de juillet. Ici encore, d'autres éléments que la baisse des évacuations influent, comme l'arrivée des Américains dans la région qui commencent à s'installer à Tours en novembre[2]. Le Service de Santé doit alors céder une partie de ses installations à son homologue américain. En outre, le Service de Santé change sa doctrine chirurgicale et à partir de juillet 1917, seules les régions les plus rapprochées du front doivent hospitaliser des blessés récents. Les régions éloignées n'hospitalisent que des soldats déjà traités à l'avant[3].

Fin 1917, l'organisation chirurgicale de la 9e région s'est stabilisée et adaptée aux conditions de cette année. Elle subit une dernière modification avec l'offensive allemande (offensive Michael) du 21 mars 1918. En perçant le front français, elle oblige une partie des troupes françaises à se retirer et avec elles des formations sanitaires. Les soldats sont alors de nouveau massivement évacués sur l'intérieur, 398 523 blessés le sont cette année-là, soit plus qu'en 1916, contre 149 530 seulement sur la zone des armées, preuve que le Service de Santé de l'avant a été désorganisé. L'organisation chirurgicale de la région accroît alors son nombre de lits mais pas celui de ses services. Cependant, cette augmentation ne le ramène pas au plus haut niveau de l'année 1917.

b) Une organisation chirurgicale performante empêtrée dans la routine.

Ces adaptations successives n'affectent en rien le niveau de performance de l'organisation chirurgicale. Rationalisée en août 1916 avec la répartition des structures en trois catégories (A, B et C)[4] elle s'appuie sur d'importants services de chirurgie. Ceux-ci ont été progressivement organisés dans la région, principalement par et pour les chirurgiens chefs de secteur. Ainsi, certains l'ont été pour mettre fin à une situation incompatible avec le statut de service central à l'exemple du transfert de celui du chirurgien Robineau de Saint-Maixent-l'École à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers en avril 1916[5]. Le chirurgien Labey obtient un excellent service chirurgical à l'hôpital

[1] Ces points sont évoqués dans les chapitres 9 et 10.
[2] Sur ce sujet voir CLÉMENT, David. *Tours à l'heure américaine (1917-1919).* Mémoire de master 2 d'Histoire contemporaine sous la direction de Mme Michèle COINTET, Université François Rabelais de Tours, 1994, 184 p.
[3] TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général), (1920), *Étude statistique…, op. cit.* p. 29-30. Les régions reçoivent aussi des évacuations secondaires.
[4] Cela a été évoqué dans le chapitre 4, p. 195.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'avril 1916. Il est ravi de ce déménagement où l'installation chirurgicale correspond au statut de service central. Le nombre de lits est augmenté. Surtout, sa position à Poitiers permet un meilleur triage et facilite sa mission de consultant.

complémentaire n°25 en septembre 1916[1]. Le chirurgien Lapeyre obtient aussi un service bien équipé dans une nouvelle formation, l'hôpital complémentaire n°58 à Mongazon près d'Angers, en avril 1917[2]. Ces services chirurgicaux de premier ordre ne sont pas l'apanage des chefs de secteur. Ainsi, l'hôpital auxiliaire n°2, qui possède une excellente installation radiologique, est un service chirurgical de première catégorie.

L'excellence de ces installations chirurgicales se double d'une organisation performante dans le suivi des blessés. La circulaire d'août 1916 prescrit d'adjoindre aux formations de catégorie A des formations de catégorie B et C afin de les désengorger tout en assurant un suivi efficace des blessés. Ce système est souvent doublé par l'organisation personnelle des services mise en place par les chirurgiens chefs de secteur. À Tours, le service chirurgical de l'hôpital complémentaire n°2[3] possède, outre une installation remarquable, un système de suivi performant de deux manières[4]. Le premier est interne au service et s'appuie sur un système de fiches permettant de connaître en temps réel l'état des lits vacants, des soldats hospitalisés et des soldats devant quitter le service. Un autre système permet de planifier les opérations de la semaine, montrant qu'une certaine routine s'est installée dans le service. Une routine qui risque d'être mise à mal par l'arrivée massive de blessés. Afin de désengorger le service, deux formations de catégorie C lui sont adjointes, avec chacune leur rôle. L'hôpital auxiliaire n°5 à Tours reçoit les blessés opérés depuis huit ou neuf jours et dont les pansements doivent être renouvelés. L'hôpital bénévole n°119bis de Bois-le-Comte hospitalise des blessés opérés depuis douze à quinze jours et ne nécessitant uniquement que du repos. Afin de ne pas « perdre » ces blessés, ceux-ci sont suivis par le service central. Une organisation parfaitement huilée en période d'accalmie chirurgicale et dont on se demande ce qu'elle peut devenir en cas d'évacuations massives.

c) Des évolutions de l'organisation chirurgicale pas toujours bénéfiques.

Cette organisation s'adapte donc au déroulement du conflit et parfois au détriment de la qualité de cette organisation. Lors de l'arrivée des Américains, le Service de Santé doit céder certains de ses hôpitaux pour permettre à son homologue de s'installer. Certaines cessions se font au détriment de l'organisation chirurgicale et en dépit des lourds aménagements investis, mais heureusement elles

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Labey sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de septembre 1916. Cette formation située à l'asile départemental de Bitray, destinée à hospitaliser 800 soldats, a été créée en regroupant trois hôpitaux, dont l'ancien hôpital complémentaire n°25, afin de libérer des locaux scolaires. Le chirurgien Labey conserve son service à l'hôpital mixte de Châteauroux.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers durant le mois d'avril 1917.

[3] Le service central du secteur dispose en outre des services chirurgicaux à l'hôpital auxiliaire n°10 et à l'hôpital bénévole n°97bis. Ce dernier est destiné aux cas les plus graves. Le service situé à la clinique des Dames Blanches n'est apparemment plus dirigé par le chirurgien Ombrédanne.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Partie rédigée par le chirurgien Ombrédanne.

interviennent en période d'accalmie. Les Américains obtiennent pas moins de trois services centraux en août et septembre 1917, ceux de Châteauroux, Saumur et Angers[1]. Le chirurgien Lapeyre qui n'a pu profiter de sa nouvelle installation que quelques mois est amer et doit déménager à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers[2]. Le chirurgien Labey se demande si son secteur est encore utile et s'il ne vaudrait pas mieux le rattacher à un autre[3]. C'est ce qui arrive à celui de Saumur qui est réparti entre Tours, Angers et Poitiers. Le Service de Santé cède donc certaines de ses meilleures formations ce qui laisse craindre des difficultés à venir si elles ne sont pas rapidement remplacées.

Cette organisation chirurgicale possède un autre défaut mis en exergue par des observateurs étrangers à la région comme le chirurgien Delbet en mission après l'offensive allemande du 21 mars 1918[4]. Dans un contexte particulier, il évalue l'organisation chirurgicale de la région et se montre particulièrement critique :

> « 4° Le classement des Formations [*sic*] hospitalières de la IX^{e} Région est d'une incroyable fantaisie.
>
> Certaines sont classées dans la Catégorie A., [*sic*] bien que n'ayant pas de radiographie. Le répartiteur peut donc sans commettre la moindre irrégularité y envoyer des grands blessés,qui [*sic*] ne pourront être convenablement soignés.
>
> Il est des formations où certains lits sont rangés dans la catégorie A. [*sic*] et d'autres dans la catégorie B. ,sans [*sic*] que l'on puisse saisir les raisons de cette différence. »[5]

C'est là une généralisation à partir de quelques exemples d'une situation qui ne découle pas de la situation rendue exceptionnelle par l'offensive allemande. Dans le secteur de Châteauroux, des formations ont, à partir de la fin de l'année 1917, une partie de leurs lits en catégorie A et une autre en catégorie B. Le chirurgien Labey ne l'explique pas mais l'on peut penser que cela permet de conserver les blessés au sein de la formation pour suivre leur convalescence. C'est une décision de bon sens en période d'accalmie mais qui, comme le souligne le chirurgien Delbet, devient incompréhensible lors des périodes de forte activité avec des évacuations du front.

d) Une démobilisation réussie.

Si le Service de Santé a su adapter, souvent *a posteriori*, son organisation chirurgicale à la situation du front, il doit réussir la dernière évolution : la démobilisation. L'armistice du 11 novembre 1918, diminue puis supprime les évacuations de blessés « frais ». Le Service de Santé de la région doit cependant continuer à soigner les blessés hospitalisés dans la région et prendre en charge les

[1] Soit les hôpitaux complémentaires n°25 à Bitray, n°56 à Saumur et n°58 à Mongazon.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers durant le mois d'août 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Labey sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois d'août 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 3098. Rapport du chirurgien Delbet sur le fonctionnement chirurgical de la 9^{e} région militaire. Ce rapport n'est pas daté mais il est postérieur au 21 mars 1918.
[5] *Ibidem*.

soldats en cantonnement. La démobilisation de l'organisation chirurgicale doit être progressive pour éviter de perturber cette mission et même si l'armistice signifie pour les soldats la fin du conflit, ce n'est pas encore le cas. Il faut alors conserver une organisation en cas de reprise des hostilités. En réalité, et comme pour les soldats des tranchées, la guerre est finie pour le Service de Santé de la région. Très rapidement, les chefs de centre vont quitter leur poste afin de rejoindre leur lieu de résidence et être démobilisé. Le chirurgien Ombrédanne, l'emblématique chef du secteur chirurgical de Tours à la tête duquel il est resté 1 349 jours, quitte son service de l'hôpital complémentaire n°2 le 30 novembre 1918 pour rejoindre le Val-de-Grâce.

Au S.S.E.S.S.M., une réflexion est menée pour l'adaptation des différentes organisations des spécialités médicales à la démobilisation[1]. Elle conduit à la circulaire n°808 Ci/7 du 22 décembre 1918 sur la réorganisation médico-chirurgicale des régions[2]. Dans un cadre général, on ordonne le regroupement des services sur les principaux centres hospitaliers et universitaires. En parallèle, les spécialistes, appartenant généralement aux anciennes classes, rentrent chez eux et sont aussi regroupés dans ces centres. Pour la chirurgie, on supprime les secteurs chirurgicaux et le titre de chef de secteur et on désigne pour chaque région des chirurgiens consultants régionaux. En réalité, ce poste correspond à celui de chef de secteur avec quelques différences minimes. Tout d'abord, les tournées d'inspection sont supprimées et uniquement réalisées par le directeur régional et ses adjoints qui peuvent au besoin requérir le chirurgien consultant. Les rapports mensuels sont rendus facultatifs. Si cela est nécessaire, le chirurgien consultant peut disposer d'un service hospitalier qui peut être l'ancien service du chef de secteur mais généralement celui-ci est à l'hôpital mixte. Enfin, ils sont nommés sur les mêmes bases que les anciens chefs de secteur, ce qui explique que se sont souvent les mêmes chirurgiens.

Le Service de Santé s'appuie alors sur les chirurgiens locaux pour cette démobilisation. Dans un premier temps, les secteurs ne sont pas supprimés, ainsi le chirurgien Henry Barnsby prend la suite du chirurgien Ombrédanne à la tête du secteur de Tours le 27 novembre 1918[3]. Pendant ce temps, les chirurgiens Lapeyre et Guillaume-Louis sont affectés à l'hôpital mixte de Tours en février 1919 et nommés chirurgiens consultants pour la région. Le chirurgien angevin Brin rentre à Angers le 2 janvier 1919, il est alors lui aussi nommé chirurgien consultant ainsi que chef du centre d'urologie d'Angers, postes qu'il quitte le 8 août 1919 lorsqu'il est démobilisé. Le chirurgien Lapeyre achève sa mission le 7 juin 1919 tandis que son collègue Guillaume-Louis la poursuit après sa démobilisation le 8 août 1919. À cette date, il signe une convention avec le Service de Santé de la région pour la

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 207. Copie d'une note pour le ministre, probablement de la Guerre, d'auteur et de date inconnus.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°808 Ci/7 du 22 décembre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] Il reste à l'hôpital complémentaire n°2 jusqu'à sa mort, due à la grippe espagnole, le 6 février 1919.

proroger en échange d'une indemnité mensuelle de 300 francs[1]. Cette convention est résiliée par le Service de Santé le 31 janvier 1920 mais on demande au chirurgien Guillaume-Louis de prêter son concours pour certains cas médico-légaux litigieux[2]. De cette manière, le Service de Santé réussit sa démobilisation chirurgicale en accompagnant celle de l'armée.

2) Une activité routinière.

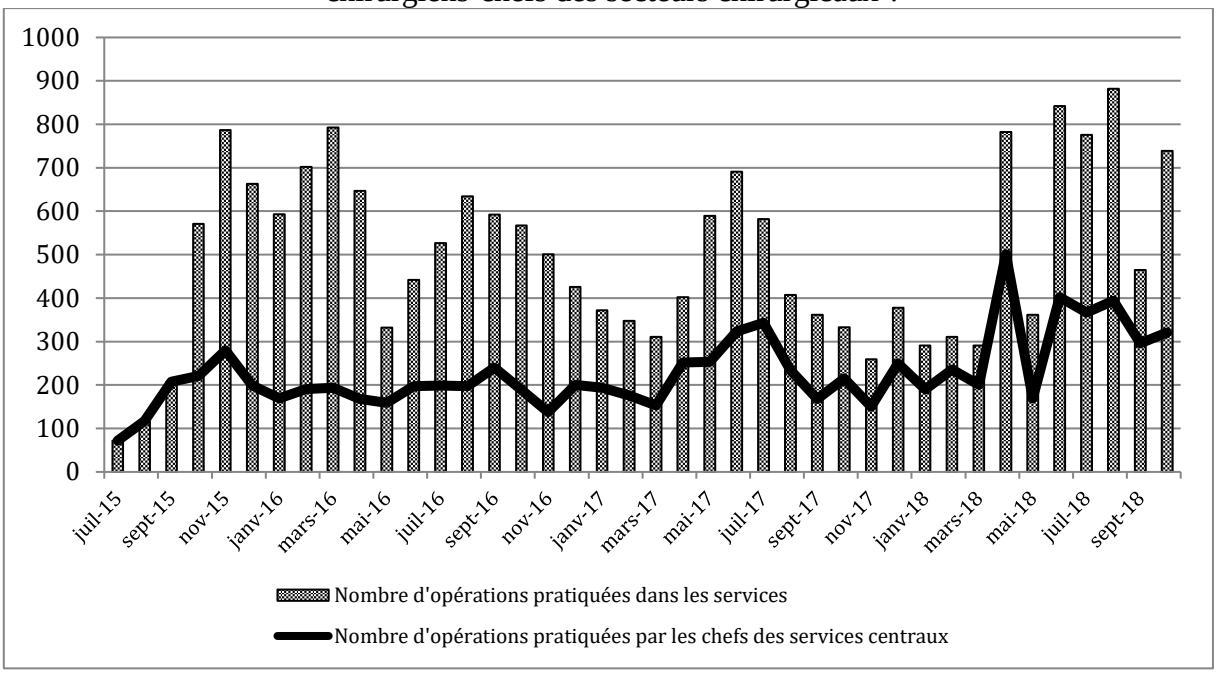
Devenant peu à peu un théâtre d'opération secondaire avec la montée en puissance du Service de Santé de l'avant, l'activité chirurgicale de la 9e région diminue, accompagnant la réduction de l'organisation chirurgicale. Une activité qui devient routinière, ponctuée par des difficultés matérielles et de personnel mais surtout par les offensives qui procurent parfois une chirurgie d'urgence en dehors des accidents dans la région. Un système à l'ombre de celui du front mais qui se doit de répondre présent si son homologue fait appel à lui.

a) Une chirurgie ordinaire mais non sans difficultés.

À partir de l'année 1916, l'activité chirurgicale de la 9e région est cyclique. Les périodes de forte activité, correspondant aux batailles, succèdent à des périodes plus calmes. Avant cette année, il est difficile de rendre compte précisément de cette activité mais on peut l'estimer plutôt active avec les offensives de 1915. À Tours, l'extraction de projectiles, la « liquidation » des blessés en attente d'être opérés et la mauvaise gestion des congés de convalescence maintiennent une activité importante[3]. Lorsque l'année 1916 approche, l'activité est faible et les blessés hospitalisés dans la région sont pour partie évacués sur le Midi. Des évacuations parfois critiquées par les chirurgiens car elles suspendent les opérations et n'assurent pas un suivi suffisant des blessés[4].

[1] Ce n'est pas une chose inhabituelle pour le Service de Santé. En temps de paix, il peut faire appel aux médecins civils pour ses services, à condition de les indemniser.
[2] A.D.I&L. 177J4. Lettre datée du 20 janvier 1920 du médecin inspecteur Bonnet, directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au docteur Guillaume-Louis.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours et du centre de chirurgie orthopédique de la 9e région militaire durant le mois d'août 1915. Il s'insurge contre ces blessés envoyés dans leur foyer alors qu'ils ne sont pas guéris. Ceux-ci sont évacués sur les services chirurgicaux à leur retour au dépôt car ils ne sont pas aptes à partir au front.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de décembre 1915.

Figure 9. Évolution du nombre d'opérations pratiquées dans la 9e région et de celles réalisées par les chirurgiens-chefs des secteurs chirurgicaux[1].



« Le service fonctionne normalement mais est assez peu actif. »[2] Cette remarque du chirurgien Ombrédanne en décembre 1916, montre la routine qui s'installe dans les services. L'activité est faible mais elle demeure. Si les chirurgiens évoquent l'absence d'évacués du front certains mois, ils continuent d'opérer. Les blessés proviennent alors principalement des dépôts des troupes de la région et les périodes d'incorporation fournissent leurs lots de soldats à opérer. Les permissionnaires de passage et les civils sont d'autres blessés opérés par ces services. Les anciens blessés fournissent aussi des opérations. Les extractions de projectiles maintiennent l'activité mais peu à peu les porteurs de projectiles se raréfient. Les conseils de révisions fournissent leurs lots d'exemptés et de réformés qui doivent être opérés pour être récupérés. Certaines blessures sont particulièrement surveillées comme les ostéomyélites osseuses et les fistules ostéomyélites à la fin de l'année 1917[3]. Ces périodes

[1] Ce graphique a été réalisé à partir des rapports des chirurgiens chefs de secteur et comprend des lacunes. Les rapports sont parfois absents et certains auteurs ne mentionnent pas toujours le nombre d'opérations pratiquées ou leur lieu d'exécution. Cependant, cela permet de dégager une tendance générale. L'activité du secteur de Saumur a été exclue car son chef de secteur ne mentionne pas toujours le nombre d'opérations qu'il a réalisées et l'on ne sait pas si les chiffres qu'il donne sont les siens ou ceux de son secteur. Cela ne modifie pas l'allure du graphisme.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de décembre 1916.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de novembre 1917. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'octobre 1916. Durant ce mois, le chirurgien Ombrédanne estime que les porteurs de fistules ostéomyélites représentent 90 % des blessés traités depuis plus d'un an.

d'accalmies permettent aussi de vider les hôpitaux de blessés anciens[1] et conduisent à la diminution de l'organisation chirurgicale sans trop d'impact sur l'activité.

La baisse de l'activité régionale s'accompagne de difficultés matérielles et de pénuries récurrentes de personnel. Certaines sont particulièrement graves lorsqu'elles ont trait à la stérilisation des objets et instruments chirurgicaux. En novembre 1915, le chirurgien Robineau n'a pu opérer pendant quinze jours suite à l'absence de gaz dans sa formation conduisant à la perte du chauffage et à l'arrêt du service de stérilisation[2]. Le manque de personnel, qu'il soit subalterne et spécialisé[3] ou chirurgical, est tout aussi problématique. L'institution des chirurgiens de place a permis de rationaliser l'emploi des compétences chirurgicales en écartant, non sans certaines protestations, les moins compétents. Cependant, la présence d'un personnel compétent fluctue au fil des affectations et son absence est régulièrement dénoncée par les chefs de secteur[4]. Mais l'absence d'une grande activité chirurgicale rend supportable cette situation. La gestion du personnel médical et plus précisément du personnel chirurgical entre le front et l'intérieur est une question sensible durant la guerre[5]. Afin de l'améliorer, on crée les équipes chirurgicales en janvier 1917[6]. Le but est de les employer là où le besoin se fait sentir, au front ou à l'intérieur. Des équipes sont alors formées dans la région, parfois difficilement[7] et sont employées là où l'activité est la plus importante. Ce déplacement des chirurgiens ne se fait pas sans difficultés car il conduit parfois à une pénurie de chirurgien lorsque les équipes ont quitté la région.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Labey sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de février 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de novembre 1915.

[3] Le manque chronique de personnel infirmier sachant manier les appareils de stérilisation pénalise aussi l'activité chirurgicale.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'octobre 1917. Durant ce mois, suite à l'envoi, temporaire, de chirurgiens au front, de leur départ ou de leur absence pour cause de maladie, le département des Deux-Sèvres se retrouve sans chirurgien et dans la Vienne, seule Châtellerault en possède. En outre, son équipe chirurgicale est la seule à opérer à Poitiers où il opère tous les types de blessés mêmes les moins graves. Craignant d'être débordé, il réclame un chirurgien compétent.

[5] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 274-276. En mars 1916, Justin Godart réclame 1 000 médecins, soixante chirurgiens, cinquante pharmaciens et 100 officiers d'administration au Grand Quartier Général. Il n'obtient que 280 médecins, trente-quatre chirurgiens, quarante-deux pharmaciens et quatre-vingt-douze officiers d'administration suite à des réorganisations concernant des structures du front.

[6] A.N. C 7521. Circulaire n°411 Ci/7 du 25 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Chaque équipe est constituée d'un chirurgien, d'un aide-chirurgien, d'un anesthésiste et de deux infirmiers ou infirmières spécialisés. Ces équipes sont fixes lorsqu'elles concernent un chirurgien-chef de secteur ou dégagé de toute obligation militaire, ou mobiles pour les autres cas. MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 263. En outre, les compétences du chirurgien influent sur la catégorie de l'équipe (A, B ou C) de la même manière que pour le classement des hôpitaux.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de février 1917. Dans ce rapport, il explique n'avoir pu former qu'une seule équipe, la sienne. Mais d'autres équipes sont ensuite formées.

b) L'organisation chirurgicale de la 9e région confrontée aux offensives.

Les batailles rythment l'activité chirurgicale de la 9e région. Elles sont aussi l'occasion pour les chirurgiens de rendre compte de l'état des blessés évacués et ainsi signaler ce qui marche et ce qu'il faut améliorer. Lors de la bataille de Verdun, l'impact sur la région ne se fait sentir qu'à partir du mois de mars suite à l'arrivée d'évacués qui accroissent le nombre d'opérations[1]. Leur état est globalement bon malgré quelques cas graves. Le chirurgien Ombrédanne mentionne des cas de gangrènes dont des gangrènes gazeuses qui ont provoqué quatre morts à Tours sur les onze cas recensés. De même, un soldat est mort du tétanos suite à une injection de sérum antitétanique trop tardive pour être efficace. Le chirurgien Labey évoque les nombreuses extractions de projectiles pratiquées et souligne l'importance de l'artillerie provoquant des blessures multiples[2]. Autre point intéressant : il évoque un grand nombre d'ictères provoqués selon lui par les gaz asphyxiants ou lacrymogènes. L'activité chirurgicale retombe en avril. Il n'y a pas de nouveaux évacués dans le secteur de Châteauroux tandis que le chirurgien Robineau peut tranquillement déménager à Poitiers.

La bataille de la Somme a un impact supérieur qui se fait sentir dès le mois de juillet, permettant la « renaissance » de l'activité chirurgicale pour le chirurgien Lapeyre[3]. Celle-ci se maintient, avec des variations selon les secteurs, jusqu'en octobre. Cependant, on est loin de la chirurgie de 1914 puisqu'elle ne consiste essentiellement qu'en un suivi post-opératoire de blessés arrivant généralement dans un état très satisfaisant ou bien en l'extraction de projectiles qui n'ont pu l'être au front. Des cas de gangrène et de tétanos sont toujours signalés mais deviennent rares. Le chirurgien Robineau évoque les fractures ouvertes qui cicatrisent en cinq à six semaines, les projectiles généralement extraits le lendemain de la blessure et certaines plaies réunies immédiatement[4], tout ceci réduisant les cas de raideur articulaire[5]. Cependant, il critique certaines pratiques chirurgicales du front. En effet, certains chirurgiens font des opérations nécessitant une asepsie absolue comme les hernies[6] dans des structures qui n'offrent pas ces conditions et entrainent des suppurations. Pratique plus grave selon lui, les évacuations de blessés avec de la gaze à l'intérieur des blessures et ce qui favorise l'infection. L'activité se poursuit en septembre, provoquant une

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de mars 1916. Suite à la mauvaise position de son service central, à Saint-Maixent-l'École, le chirurgien Robineau ne reçoit pas d'évacués contrairement aux autres places de son secteur. Il se plaint de cette situation. Il est cependant beaucoup sollicité durant ce mois par les autres chirurgiens de son secteur.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Labey sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de mars 1916. Le secteur de Châteauroux est pénalisé par le départ d'un chirurgien alors que l'activité chirurgicale s'accroît, retardant ainsi les opérations.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers militaire durant le mois de juillet 1916.

[4] On parle alors de suture primaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'août 1916.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers durant le mois de septembre 1916. Il dénonce des faits similaires pour les appendicites.

suractivité opératoire dans le service du chirurgien Robineau entrainant deux infections post-opératoires heureusement bénignes. En octobre, elle diminue.

La catastrophe sanitaire du Chemin des Dames provoque de nouveau une courte augmentation de l'activité chirurgicale dans la région qui déstabilise cependant certains services comme le secteur de Châteauroux. Les évacuations rapprochées sur quelques jours ont encombré les formations de son secteur dont l'activité jusque-là n'était pas importante. C'est surtout l'état des évacués qui est le plus commenté. Un état très variable que les chirurgiens expliquent, comme le chirurgien Lapeyre, par un « […] gros afflux de blessés […] »[1] et une infériorité tant technique que numérique du personnel infirmier au front. Loin de celui-ci, ils ont compris les difficultés de leurs collègues. Si certains blessés sont arrivés dans la région en excellent état, leurs plaies débridées, les trajets excisés et les projectiles facilement accessibles extraits, d'autres trains sanitaires rappellent aux chirurgiens des heures plus sombres[2]. Le chirurgien Robineau évoque le souvenir de la bataille de la Marne face aux cas de gangrène et de gangrène gazeuse provoquant la mort ou l'amputation et les pansements non changés[3]. À ceci s'ajoute des petits blessés qui n'auraient pas dû être évacués, des projectiles faciles à extraire qui ne l'ont pas été, des débridements pas exécutés ou bien insuffisamment et des désinfections de plaie insuffisamment ou mal faites. Le chirurgien Robineau mentionne en outre l'arrivée massive de soldats coloniaux atteints de « pieds gelés », parfois gravement. Par rapport à la Somme, la pratique chirurgicale au front a régressé.

L'observation de l'activité chirurgicale de la région durant les périodes d'offensive montrent que celle-ci devient peu à peu une zone de désengorgement des blessés du front n'assurant qu'un suivi post-opératoire. La prise en charge des blessés au front s'est améliorée au fil des années même si parfois elle connaît des complications cependant moindres qu'en 1914. Si la lutte contre la gangrène résulte principalement d'une meilleure prise en charge au front, celle contre le tétanos notamment tardif implique plus la 9e région. En parallèle de l'augmentation de la production de sérum antitétanique, le Service de Santé renforce la prophylaxie tout d'abord par le recensement des cas[4], puis en juin 1916, par la multiplication des injections pré et post opératoires[5]. Cependant, en multipliant les injections, on multiplie les risques de choc anaphylactique, ce que conçoit le S.S.E.S.S.M. mais il estime le risque minime. Un tel cas est survenu à Poitiers en février 1917. Le

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers militaire durant le mois d'avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'avril 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'avril 1917. Il évoque aussi des pansements inchangés depuis quatre ou cinq jours qui ont provoqué quelques émotions parmi la population. Il prend la défense des chirurgiens estimant qu'ils n'ont rien à se reprocher.
[4] A.N. C 7690. Dépêche n°3 406 E/7 du 24 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7521. Dépêche n°139 Ci/7 du 10 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

chirurgien Robineau évoque un blessé ayant eu une infection grave suite à une injection après une opération. Il préconise alors de limiter les injections de sérum à certains types de blessure et d'opération, mais on ne sait s'il a agi ainsi[1].

c) Une organisation menacée par l'offensive allemande de mars 1918.

L'offensive allemande du 21 mars 1918 enfonce les lignes alliées dont les troupes doivent reculer provoquant la désorganisation du Service de Santé de l'avant et des évacuations massives sur l'intérieur. Le Service de Santé de l'intérieur doit se réorganiser pour combler la défaillance, que l'on espère temporaire, de son homologue du front. Les secteurs chirurgicaux de la région sont donc réorganisés sur le modèle de l'H.O.E. ; on parle aussi de régime exceptionnel. Les blessés évacués doivent être opérés rapidement puis évacués sur des régions plus au sud. Dans un second temps, ils sont opérés, conservés jusqu'à leur guérison, puis après celle-ci, reçoivent une permission avant de retourner au front. Les chefs de secteur réorganisent celui-ci pour répondre à cette mission, à l'exemple du chirurgien Ombrédanne. L'hôpital complémentaire n°2 est uniquement consacré aux blessés[2]. Les principaux services chirurgicaux de Tours sont spécialisés. Le service central est destiné aux grands blessés, aux plaies de la poitrine et de la face, auquel on ajoute un service pour les fractures. L'hôpital bénévole n°97bis est réservé aux lésions nerveuses, l'hôpital auxiliaire n°2 aux fractures, l'hôpital auxiliaire n°10 aux blessés du crâne et de l'abdomen et l'hôpital auxiliaire n°1 aux parties molles ainsi qu'à la chirurgie de garnison urgente[3]. L'organisation interne de l'hôpital complémentaire n°2 est remaniée pour améliorer son rendement. Deux salles d'attente ont été organisées ainsi qu'une grande salle d'opération avec quatre tables permettant au chirurgien Ombrédanne de superviser les opérations. Le fonctionnement du service est aussi optimisé afin de répondre à la situation exceptionnelle.

Mais cette organisation rationnelle des soins chirurgicaux rencontre de grandes difficultés, la principale étant le manque d'équipes chirurgicales. En mai, le chirurgien Ombrédanne craint une rupture des services chirurgicaux et le retour de la chirurgie de 1914 s'il n'obtient pas six équipes chirurgicales de catégorie A[4]. Tours n'est pas le seul secteur concerné puisque tous les chefs réclament des équipes pour les seconder, avec des résultats mitigés car la priorité est donnée au front. À ceci s'ajoute encore le manque de personnel infirmier et l'incompétence du personnel le remplaçant

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de février 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'avril 1918. Le nombre de lits chirurgicaux, initialement de 104 lits, passe à 418.
[3] Il semble par ailleurs que l'hôpital mixte de Tours soit aussi destiné à assurer les soins de la garnison.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de mai 1918.

nuisant aux services de stérilisation et au brancardage[1]. À ces manques de personnel s'ajoutent des manques de matériel notamment pour les fractures[2]. Les problèmes de transport rapide et de communication régulièrement dénoncés ne permettent pas d'utiliser convenablement l'ensemble des formations de la région. Pire, les services centraux sont parfois sous-utilisés. Celui du chirurgien Brin à Châteauroux, pourtant parfaitement équipé, est situé après Issoudun sur la ligne d'évacuation. Les cas les plus graves sont donc débarqués dans cette ville ce qu'il ne comprend pas[3]. Enfin, ce fonctionnement menace l'activité de chirurgie de secteur tout aussi importante et que certains chirurgiens tentent de conserver comme à Poitiers malgré l'augmentation d'activité qui s'ensuit[4].

En mission d'inspection lors de cette période critique[5], le chirurgien Delbet dénonce aussi ces difficultés. Il réclame aussi plus d'installations radiologiques mais surtout une réorganisation du classement (A, B et C) des formations de la région et de la prise en charge des évacués[6]. En-dehors de ces remarques, il critique violemment le personnel chirurgical qui souvent n'est pas au fait des dernières innovations thérapeutiques :

> « La majorité des Chirurgiens [*sic*] m'ont paru peu préparés à soigner des Blessés [*sic*] frais.- Certains n'ont jamais été au front, ceux qui y sont allés en sont revenus depuis longtemps, avant l'époque où le grand progrès de la chirurgie de guerre, la résection suivie de suture, fut généralisée. Ils ne sont pas rompus à cette technique délicate;ils [*sic*] considèrent ses applications comme exceptionnelles. »[7]

Il poursuit sa critique :

> « L'habitude de soigner des Blessés [*sic*] anciens, pour qui les heures ne comptent guère, a conduit les Chirurgiens [*sic*] de la IXe région à une certainee [*sic*] indolence. »[8]

Il touche ici la limite de l'organisation chirurgicale de la région : une organisation destinée depuis plusieurs mois à ne faire principalement qu'un suivi post-opératoire. S'ajoute à cela une absence de remise à niveau des chirurgiens. L'organisation chirurgicale de la région apparaît donc inadaptée à

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'avril 1918. Le brancardage des blessés de l'hôpital complémentaire n°2 est fait par des volontaires américains qui peuvent quitter la formation à tout moment.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Brin sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de mars 1918.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Brin sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Châteauroux durant le mois de mai 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 2e classe Baumgartner sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'avril 1918.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 3098. Rapport du chirurgien Delbet sur le fonctionnement chirurgical de la 9e région militaire. Ce rapport n'est pas daté mais il est postérieur au 21 mars 1918.
[6] Il préconise d'organiser, dans chaque place, un important service qui accueillerait tous les évacués, quelle que soit la gravité de leur blessure, avant de les répartir dans différents services.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 3098. Rapport du chirurgien Delbet sur le fonctionnement chirurgical de la 9e région militaire. Ce rapport n'est pas daté mais il est postérieur au 21 mars 1918.
[8] *Ibidem.*

ce fonctionnement en H.O.E. Il estime par ailleurs ce système inadapté avec la guerre de mouvement actuelle[1].

L'état des blessés évacués et l'assimilation des pratiques chirurgicales du front par les principaux chirurgiens de la région[2] permettent de juguler cette hausse de l'activité. Ainsi, la surprise provoquée par l'offensive allemande et son avancée conduit à des évacuations hâtives. L'état des premiers blessés évacués sur la région en mars 1918 est donc « mauvais », surtout à Tours et à Poitiers. Le chirurgien Baumgartner mentionne beaucoup de blessés évacués sans avoir été opérés ou bien après l'avoir été insuffisamment. Il doit par ailleurs extraire plusieurs corps étrangers et parfaire les débridements de plaies faits au front[3]. Des cas de gangrène sont signalés et l'un des évacués meurt des suites d'une gangrène gazeuse. Cet état de fait inégal dans la région, rien de tel n'est signalé à Angers et Châteauroux, résulte de la désorganisation temporaire du Service de Santé de l'avant. Dès le mois suivant la situation des évacués s'est grandement améliorée comme le soulignent les chirurgiens chefs. Cette amélioration se confirme les mois suivants et jusqu'à la fin de la guerre, même si parfois des cas graves sont évacués comme en juin à Angers[4]. La réorganisation du Service de Santé au front, permise par l'amélioration de la situation militaire, améliore l'état des évacués sur la région et permet d'éviter la rupture des services.

3) La radiologie, un outil indispensable aux soins des soldats.

Sous la direction du radiologue Ledoux-Lebard à la tête du centre de radiologie de la région, les installations radiologiques vont se développer afin d'obtenir le meilleur de la collaboration radio-chirurgicale. Peu à peu, la situation dénoncée par le radiologue Bouchacourt devient un lointain souvenir, même si cette amélioration ne se fait pas sans difficultés et sans échapper à certains débats internes à la spécialité.

a) Une organisation radiologique performante.

Désormais indispensable pour la chirurgie, la radiologie doit se hisser au niveau d'excellence atteint par l'organisation chirurgicale si elle veut pouvoir la compléter. Cette mission est dévolue au radiologue Ledoux-Lebard qui, depuis son service central à l'hôpital complémentaire n°2, met peu à peu sur pied cette organisation permettant l'essor de la radio-chirurgie dans la région. Pour cela, il

[1] Pour lui, les formations de type H.O.E. doivent suivre ce mouvement et s'établir sur les voies d'évacuation à une distance temporelle de vingt-quatre heures à partir de la blessure. Dans son organisation, on ne conserverait au front que les ambulances.
[2] Contrairement à ce que déclare le chirurgien Delbet, les chirurgiens, du moins les chirurgiens-chefs, pratiquent les sutures secondaires.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 2e classe Baumgartner sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de mars 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 14. Rapport du médecin major de 2e classe Lapeyre sur le fonctionnement du secteur chirurgical d'Angers durant le mois de juin 1918. Il signale des décès, des fractures et des blessés évacués sans avoir été opérés.

s'appuie sur l'organisation chirurgicale dénoncée en partie par le radiologue Bouchacourt. Une organisation qu'il a tout d'abord accrue en doublant le nombre d'installations de huit à seize, entre son arrivée et le mois de janvier 1916[1]. La réorganisation radiologique se traduit par une reprise en main des installations existantes en les rapprochant des services chirurgicaux dans le but d'assurer une meilleure collaboration entre ces spécialités. En parallèle, certaines installations privées sont supprimées suite au départ de leur propriétaire. Bien que cela facilite cette reprise en main, ces fermetures affaiblissent l'organisation radiologique. En septembre 1916, le docteur Edmond Jousselin quitte la ville de Niort pour Angers, le Service de Santé perd son service qu'il reconstitue par la suite à l'hôpital mixte[2]. Le docteur Ledoux-Lebard regrette certaines difficultés administratives qui n'ont pas permis d'utiliser pleinement ces services nécessitant la création d'installations coûteuses et pas forcément mieux outillées[3].

Les services centraux et les principaux services de chirurgie sont alors dotés d'une installation radiologique. Ce processus peut être particulièrement long malgré l'importance que revêt la radiologie pour la chirurgie. Ces installations sont réclamées avec insistance par les chirurgiens chefs et la voiture radiologique, dont l'action est saluée par tous, ne peut suffire à toute la région[4]. Lorsque le chirurgien Duroux installe son service central à l'hôpital complémentaire n°56, on y transfère l'installation radiologique de la ville. Pendant ce temps, son futur radiologue passe quelques jours au service de Ledoux-Lebard avant d'y être affecté, probablement pour une formation sommaire[5]. Mais parfois cela peut être plus long. Lorsque le chirurgien Robineau déménage son service central à l'hôpital complémentaire n°39 en avril 1916, il demande une installation radiologique. En janvier 1917, elle est en cours d'installation et il ne manque plus que la table d'examen. Elle n'est définitivement achevée qu'en juillet[6]. Ces services radiologiques évoluent comme les services chirurgicaux et peuvent être fermés suite à la suppression de la formation.

Parallèlement au développement des services radiologiques, le docteur Ledoux-Lebard entreprend leur uniformisation au niveau de leur fonctionnement mais aussi de leur matériel, tout en

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 décembre 1915 au 25 janvier 1916. Une affirmation qu'il convient d'atténuer puisqu'en janvier 1915, la région comptait dix-sept installations, principalement des installations privées.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 août au 25 septembre 1915.

[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 avril au 25 mai 1915.

[4] En outre, les installations radiologiques sont indispensables pour les formations chirurgicales de catégorie A.

[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 avril au 25 mai 1916.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de juillet 1917. Les causes du retard ne sont pas données. Pendant cette installation, il a utilisé la voiture radiologique ainsi que les autres installations de la ville.

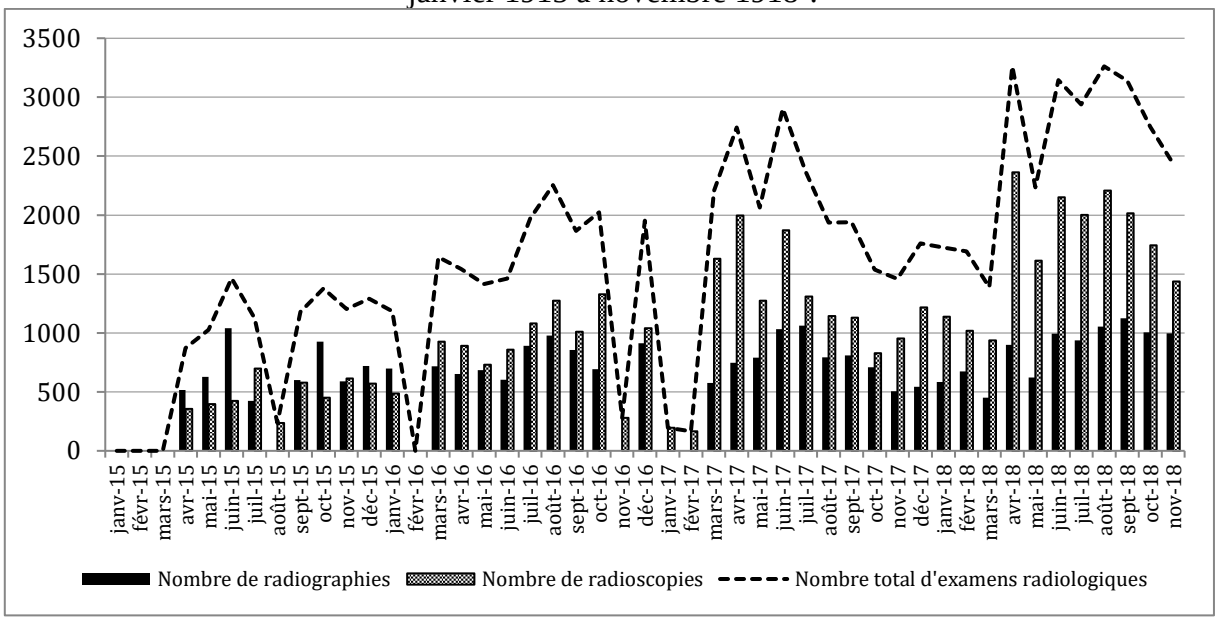
laissant aux radiologues quelques libertés[1]. En juin 1915, il obtient la création d'un Magasin Régional de Consommation à l'hôpital complémentaire n°2, qui est ouvert en août. Le but est alors de contrôler l'approvisionnement en matériel des installations radiologiques, de l'accélérer et de le standardiser[2]. Cette uniformisation se traduit aussi par l'*Instruction sur l'Organisation et le Fonctionnement des Services de Radiologie de la 9e Région*[3] du 1er août 1915. Outre l'état des installations et du matériel à envoyer au service central, elle impose certaines pratiques comme la tenue d'un registre radiologique et l'établissement de rapports mensuels[4]. Le docteur Ledoux-Lebard y rappelle aussi les différentes catégories d'hommes à examiner et explique le fonctionnement du magasin régional de consommation. Aidé par le Service de Santé, le radiologue a mis en place une organisation efficace faisant enfin pénétrer la radiologie dans la 9e région. Elle devient un outil performant et incontournable tant pour la chirurgie que pour la médecine.

b) Radioscoper ou radiographier ?

La radiologie est intimement liée à la chirurgie durant ce conflit, on retrouve alors les mêmes variations de l'activité chirurgicale pour l'activité radiologique, une activité qui suit là aussi les offensives et les évacuations de blessés.

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 décembre 1915 au 25 janvier 1916. Cela ne l'empêche pas de promouvoir constamment sa technique d'extraction de projectiles mise au point avec le chirurgien Ombrédanne.
[2] Dans le même temps, il entreprend de réviser la liste de ces installations et de leur matériel.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 juin au 25 juillet 1915.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 avril au 25 mai 1915. Il impose aussi certains documents servant au fonctionnement des services comme une fiche de rendez-vous pour le service central et une fiche radiologique sur le modèle de celle utilisée dans la 13e région militaire.

Figure 10. Évolution du nombre de radiographies et de radioscopies réalisées dans la 9e région de janvier 1915 à novembre 1918[1].



La radiologie collabore aussi avec les autres spécialités médicales en exécutant les examens demandés. En outre, après quelques hésitations, le docteur Ledoux-Lebard, pratique aussi la radiothérapie[2]. En juillet 1915, il réserve son emploi au service central, une salle lui est dédiée en mars 1916. Mais les premières mentions d'actes de radiothérapie n'apparaissent dans les rapports qu'en novembre 1916. Cette activité connaît une hausse croissante, mais on ne sait pour quelles maladies ou blessures elle est employée.

La diversification de l'origine des examens demandés aux services radiologiques explique le maintien d'une activité importante comme il le reconnaît en janvier 1916 :

> « Les chiffres que fournit notre statistique montrent que le rendement du Service [de l'hôpital complémentaire n°2] a continué à être des plus satisfaisants, puisque la diminution dans le nombre des opérations radiologiques est à peine sensible alors cependant qu'il n'y a plus eu d'arrivages de blessés dans notre région. C'est la preuve la meilleure [*sic*] de l'extension sans cesse croissante des examens radiologiques dans tous les domaines de la médecine et de la chirurgie de guerre. »[3]

Le docteur Ledoux-Lebard continue la promotion de son emploi notamment pour les affections médicales comme la tuberculose pulmonaire[4]. Les commissions et conseils sont d'autres demandeurs d'examens importants[5]. Cependant, le docteur Ledoux-Lebard critique ces derniers, pas toujours

[1] Ici aussi, l'absence de certaines archives ne permet pas de rendre compte fidèlement de l'activité du centre régional de radiologie. Elle explique celle de certains chiffres.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 mai au 25 juin 1915.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 décembre 1915 au 25 janvier 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 562. Compte-rendu de la réunion des chefs de centres de physiothérapie du 9 janvier 1917. Lors de cette réunion, le radiologue Ledoux-Lebard explique continuer « […] à chercher à rendre particulièrement industrielle l'exploitation radiologique. » Il signale par ailleurs les bons résultats obtenus par la radiothérapie.
[5] En mars et avril 1917, les visites des réformés accroissent l'activité des services radiologiques.

aptes à comprendre un calque radiologique. Il demande à ce que les documents envoyés par les services radiologiques soient accompagnés d'une interprétation authentifiée pour apporter toutes les garanties scientifiques à ces examens. Des mesures approuvées par le directeur régional qui mentionne des tentatives de supercheries[1].

Dans les examens pratiqués, la radioscopie est prépondérante. La question de l'utilisation de la radioscopie ou de la radiographie n'est pas la plus essentielle dans la 9e région. Elle est cependant importante d'un point de vue économique car la radiographie, plus précise[2], est plus chère que la radioscopie notamment par le coût des plaques radiographiques. Lors de la réunion des chefs des centres de physiothérapie du 9 janvier 1917, on pose la question de savoir si la radioscopie est suffisante pour un groupe complémentaire de chirurgie, soit au front. Présent, le docteur Ledoux-Lebard affirme qu'elle suffit à la tâche conférée à ces groupements, les cas les plus difficiles doivent être évacués vers des centres mieux équipés. Une position globalement partagée par ses collègues.

c) Des difficultés inhérentes à la « jeunesse » de la radiologie comme discipline médicale.

Ce système de diagnostics et de traitements est performant mais il n'en demeure pas moins, comme les autres spécialités, soumis à des difficultés qui pénalisent son fonctionnement. La première d'entre elles est le manque de spécialistes en radiologie c'est-à-dire pour le docteur Ledoux-Lebard, de médecins radiologues et non pas de simples manipulateurs[3]. La radiologie ne doit être pratiquée que par des médecins radiologues afin de mettre fin aux erreurs d'interprétation menant parfois à des interventions inutiles. La région possède tout de même du personnel compétent comme le radiologue Viallet à la tête de la voiture radiologique de la région. Il rend de grands services grâce à sa technique de localisation de projectiles[4]. Le docteur Ledoux-Lebard est plus discret sur le personnel manquant d'instruction. Des critiques existent et elles émanent parfois des principaux bénéficiaires de cette spécialité que sont les chirurgiens[5].

Le personnel compétent est rare et les services radiologiques ont toutes les difficultés à le conserver. Le docteur Ledoux-Lebard en réclame régulièrement, essaie de conserver celui qui est en place ou bien le remplace lui-même lorsque cela est possible. Ainsi en juin 1916, il prend

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°3 542 C/7 du 31 janvier 1915 du directeur de la 7e Direction. Ceci s'ajoute à l'interdiction faite par cette circulaire de communiquer ces clichés aux blessés qui pourraient mal les interpréter et imaginer ou simuler des blessures ou bien réclamer des soins injustifiés.

[2] Cette précision est surtout due au fait que la radiographie est une photographie tandis que la radioscopie n'apparaît que sur l'écran et nécessite un calque pour conserver la trace de l'image.

[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 avril au 25 mai 1915.

[4] *Ibidem*. « *Localisation des projectiles de guerre à l'aide du skiamètre* », une technique mise au point par le radiologue Viallet et son manipulateur radiologique Dauvillier.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de janvier 1916. Nous ne connaissons pas la suite de cette affaire.

temporairement la tête de la voiture radiologique[1]. Le Service de Santé, conscient de ces difficultés, tente de maintenir les infirmiers relevant de la physiothérapie à leur poste en contrôlant leurs mutations en mars 1916[2]. Cependant, cela ne suffit pas car avec le retrait du personnel infirmier masculin des formations sanitaires, le nombre de manipulateurs en radiologie diminue. Les femmes, infirmières ou non, militaires ou civiles, sont donc appelées à le suppléer. Pour les former, outre une formation par les radiologues dans les services, Marie Curie organise une instruction à l'école Édith Cavell à Paris. Le Service de Santé en fait la promotion en janvier 1917[3]. Un enseignement similaire est mis en place aux ateliers généraux du Service de Santé[4]. On accroît aussi le nombre de radiologues, seulement 175 sont recensés au début de la guerre[5], par la formation de nouveauxs personnels au Val-de-Grâce sous la direction du docteur Béclère (1856 – 1939). Après un enseignement d'un mois, l'instruction est complétée aux armées[6].

Ce manque de personnel est d'autant plus criant lors du fonctionnement en zone d'évacuation suite à l'offensive allemande de mars 1918. Les évacuations massives qui en résultent accroissent l'activité radiologique de la 9e région. Pour le service central l'activité fait plus que doubler. L'effort demandé au personnel est important. Au service central, tous les évacués sont examinés avant d'être pris en charge par le personnel chirurgical. Or, cette charge de travail s'accroît aussi par le départ de radiologues compétents, comme le docteur Dessane, adjoint du docteur Ledoux-Lebard, en avril 1918[7]. Or, cette augmentation de la charge de travail n'est pas sans danger car elle accroît les durées d'exposition aux rayons X et donc les risques de radiodermites. Le mois suivant le docteur Ledoux-Lebard tire la sonnette d'alarme et pointe des difficultés observées en chirurgie. Le personnel radiologique est insuffisant et surmené. À ceci s'ajoute l'insuffisance des installations radiologiques de certaines places (Angers, Poitiers et Châteauroux), tandis que d'autres doivent être dotées d'installations nouvelles nécessitant du personnel (Saumur et Cholet). Ce supplément d'activité ne peut être comblé par la voiture radiologique immobilisée par des pénuries d'essence. Si le matériel lui est attribué, l'obtention du personnel est plus compliquée et l'épidémie de grippe espagnole ne facilite pas sa tâche. Cependant, les services maintiennent leur activité jusqu'à la démobilisation.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 mai au 25 juin 1916. Il remplace temporairement le radiologue Fleig parti faire une saison thermale à La Bourboule.

[2] A.N. C 7521. Circulaire n°45 Ci/7 du 17 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Sont concernés : les masseurs, les manipulateurs radiographes et les électrologistes. Leur mutation est soumise à l'approbation de la direction centrale.

[3] A.N. C 7521. Circulaire n°405 Ci/7 du 20 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 692.

[5] *Ibidem*, *op. cit.* p. 691.

[6] *Ibid*, *op. cit.* p. 692.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport du médecin major de 2e classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de radiologie de la 9e région militaire du 25 mars au 25 avril 1918.

La démobilisation de l'organisation régionale de radiologie ne suit pas celle de chirurgie, la radiologie n'est pas concernée par la circulaire du 22 décembre 1918. Cependant, on peut penser, au vu de son importance, que des installations sont maintenues dans les principales places de la région, notamment dans les hospices mixtes, les autres installations disparaissant avec les restitutions de formations. Le centre régional de radiologie ne ferme pas immédiatement ses portes. Le 28 janvier 1919, le radiologue Ledoux-Lebard, après 1 396 jours à la tête de la radiologie de la région, est nommé au Gouvernement Militaire de Paris où il dirige le service radiologique de l'hôpital du Grand Palais jusqu'au 5 mai et sa démobilisation. Sa succession semble un peu compliquée. La radiologie semble être dirigée par le docteur Dessane, revenu à Tours en novembre 1918, jusqu'à son départ le 19 novembre 1919[1]. Cependant, le docteur Menuet est mentionné comme chef du centre de physiothérapie, qui inclut la radiologie, dans un document du 16 septembre 1919[2]. Quant au service central, il est démantelé lors du départ du docteur Ledoux-Lebard qui récupère son matériel. Le reste du matériel de radiologie, mais aussi d'électrologie, est envoyé à l'hôpital mixte de Tours pour y constituer le nouveau service de physiothérapie. Réclamé avant la guerre par les chirurgiens, devant être créé en 1914, le service de radiologie de l'hospice général de Tours est créé grâce au transfert du matériel du lycée Descartes. Un service partagé entre le Service de Santé et la commission administrative[3].

B) Une activité régionale importante.

Destinés à leur création, surtout pour ceux qui l'ont été au début de l'année 1915, à soigner les soldats en majorité évacués directement du front, les centres régionaux voient leur « recrutement » se tourner de plus en plus vers des malades et des blessés de la région. La raison est celle mise en évidence précédemment, soit la baisse des évacuations. L'impact sur les centres est alors le même que pour l'organisation chirurgicale et le Service de Santé doit sous la contrainte d'éléments similaires (manque de personnel, problèmes matériels, restitutions de locaux) réorganiser ces centres. La question de l'adéquation de cette organisation avec les évacuations de malades et de blessés lors des différentes offensives se pose aussi dans ce cas. Les centres d'ophtalmologie, d'O.R.L. et de chirurgie et prothèse maxillo-faciales, offrent des exemples intéressants sur cette question.

---

[1] S.H.D. Dossier 5 Ye 164 148. DESSANE Marcel, Désiré, Hippolyte. Adjoint du docteur Ledoux-Lebard, cette succession semble logique d'autant qu'il signe un courrier avec le titre de chef du centre de radiologie de la 9e région en septembre 1919. S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise.

[2] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Radiologue civil, il pratiquait des examens pour le Service de Santé avant la guerre. Il est présent à l'hôpital complémentaire n°2 depuis le 26 janvier 1918.

[3] A.D.I&L. HDEPOT 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 2 juin 1919. La commission accepte une convention du Service de Santé relative à l'aménagement et au fonctionnement d'un service de radiologie.

En outre, ces centres destinés à soigner des blessés et des malades du front, et le centre de chirurgie et de prothèse maxillo-faciales en est un exemple flagrant, présentent un tout autre intérêt. Ils permettent de dévoiler la montée en puissance de l'activité régionale de ces centres, entrevue avec la chirurgie et la radiologie et partagée avec les autres centres. Cette activité régionale est constituée par l'exécution de traitements ou de missions médico-légales envers des malades et des blessés provenant des hôpitaux de la région et non directement évacués du front. Cette activité régionale se fait aussi en direction des troupes en cantonnement ou bien des hommes appelés par les différents conseils. Cependant, les soldats des formations sanitaires provenant majoritairement de la zone des armées, on peut qualifier ces évacuations sur les centres, d'évacuations secondaires. Le but est alors de récupérer plus rapidement ces soldats.

1) Un centre d'ophtalmologie adapté à toutes les missions.

Le centre régional d'ophtalmologie, spécialité rapidement développée dans la 9e région au début de la guerre, est organisé pour répondre à ces différentes missions sous la direction du service central de Tours. Une activité consistant à soigner les blessés de guerre mais aussi les maladies plus courantes tout en accomplissant des missions médico-légales parfois écrasantes. Cette organisation commune à d'autres spécialités doit cependant s'adapter à l'évolution du conflit mais aussi au système hospitalier de la région.

a) Une organisation régionale stable.

Comprenant plusieurs services dans la région[1], l'organisation de l'ophtalmologie va être centralisée sur le service central de Tours, les services d'Angers et de Poitiers demeurant par la suite les seuls services secondaires. Un recentrage progressif qui se fait par la suppression des autres services en mars 1915[2] puis novembre 1917[3]. La multiplication des services permet une amélioration des soins ophtalmologiques au niveau local et le désengorgement du service central, mais la baisse des évacuations et l'amélioration de l'état des évacués entraine une baisse de l'activité des services secondaires. La rationalisation du personnel spécialisé et du matériel explique aussi ce mouvement

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Castelain sur fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1915. Les services cités durant ce mois sont à Tours, Angers, Poitiers et Saumur. En février 1915, s'ajoute le service de Châteauroux. En janvier 1916, on cite des services à Châtellerault, Le Blanc et Niort. Ces trois derniers services sont mentionnés pour la première fois dans ce rapport mais il est possible qu'ils existent avant. Le docteur Terrien mentionne peu les autres services en 1915. Nous n'avons pas d'estimations régulières du nombre de services dans les rapports au début de la guerre.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915. Cependant, il ne précise pas quels services sont concernés.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Il cite la circulaire n°27 305 3/7 du 16 novembre 1917 qui prescrit la fermeture des services secondaires.

qui permet une meilleure utilisation des compétences et de meilleurs soins. Dans cette organisation, les principaux services sont ceux de Tours, le service central, et d'Angers. Les autres, jusqu'à leur fermeture, ne traitent que les maladies bénignes, les cas les plus graves étant envoyés au service central de Tours. Un système qui risque d'être mis à mal en cas d'évacuations massives s'il devient sous dimensionné.

Le service central de Tours est le principal outil thérapeutique de cette spécialité, ce qui se comprend par sa fonction régionale. Le médecin aide-major de 1ère classe Terrien qui en prend la direction au mois de mars 1915 poursuit l'amélioration de ce service. Il obtient plusieurs annexes à Tours mais aussi dans le département, dont une à la colonie pénitentiaire de Mettray et une à Château-La-Vallière pour en augmenter les capacités hospitalières. Ces annexes vont être remplacées en septembre 1915 par une nouvelle formation, plus grande, située à l'école de la rue Voltaire à Tours. La concentration des malades et blessés à Tours permet de renforcer leur surveillance et ainsi d'améliorer leurs soins[1]. Une organisation qui satisfait le docteur Terrien, lui permettant de conserver des lits en cas d'évacuation, mais à laquelle il doit renoncer en août 1917 lorsque l'école est rendue à l'Instruction Publique[2].

Dans le même temps, le docteur Terrien améliore l'organisation matérielle de son service central et ceci parfois au détriment du service d'Angers. En avril 1915, une partie du matériel de la clinique ophtalmologique d'Angers est récupérée par l'hôpital complémentaire n°30, avec l'accord de la clinique car inutilisée. Puis en mai, on réquisitionne le matériel de stérilisation de cette clinique pour l'installer au service central[3]. Une installation complétée par l'utilisation de l'électro-aimant de l'hôpital mixte de Tours. Les cas les plus graves nécessitant un appareil plus puissant sont envoyés au service du docteur de Lapersonne (1853 – 1937) à l'Hôtel-Dieu de Paris[4]. La concentration des moyens matériels à Tours en fait certes un service complet[5] mais au détriment du service d'Angers. Créé dans la clinique privée du docteur Bernard, ce médecin y officie jusqu'en mars 1916 puis part avec son matériel. Le service dirigé par le docteur Ginestous depuis le mois de mars 1915 s'en trouve pénalisé d'autant qu'il pratique aussi la chirurgie oculaire[6]. Lors du départ du docteur Bernard, il

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Le directeur régional avait dénoncé l'éloignement de ces annexes, notamment celle de Château-la-Vallière qui ne permettait pas un suivi idéal des malades.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. En avril, un pasteur tourangeau avait proposé d'offrir du matériel, dont du matériel de stérilisation, au centre.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1915.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Il estime avoir un service complet.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1915.

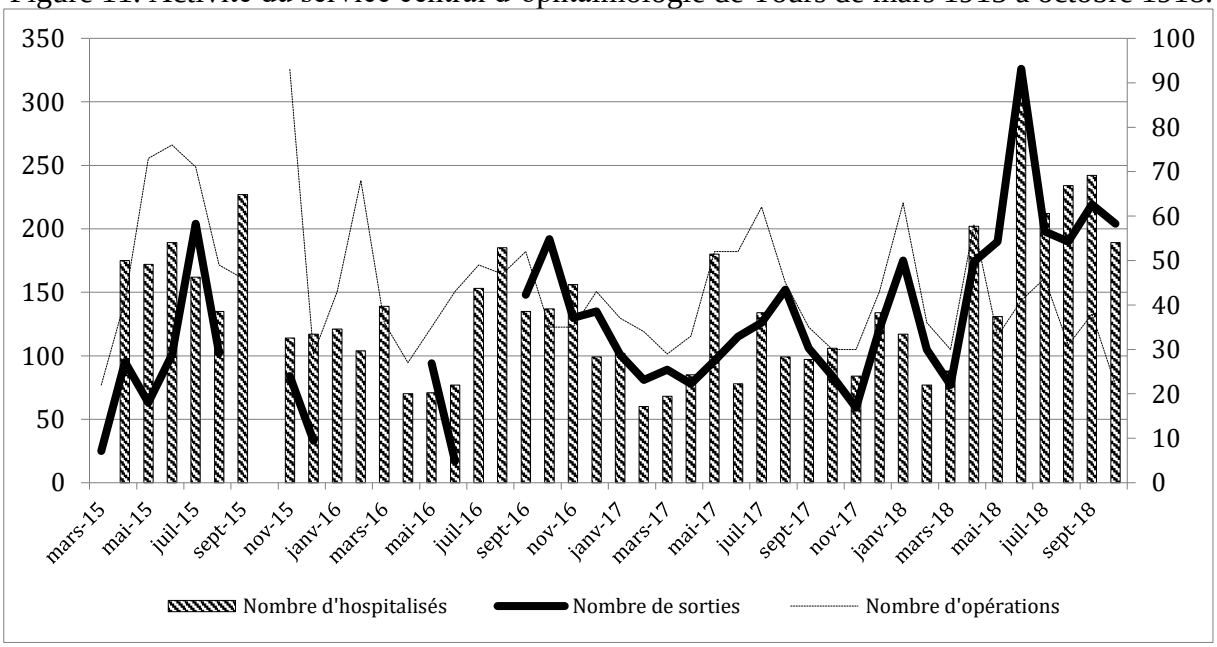
réclame du matériel puis le mois suivant, souhaite une salle d'opération convenable[1] qu'il aurait pu trouver à la clinique ophtalmologique d'Angers. Dans ce cas, la centralisation des moyens à Tours se fait au détriment des soins donnés dans les services secondaires.

Enfin, la démobilisation met fin à cette organisation dans le cadre de la circulaire du 22 décembre 1918. Le docteur Terrien quitte son service central le 9 décembre 1918 après l'avoir dirigé pendant 1 380 jours. Il est remplacé par l'ophtalmologue tourangeau Cosse qui prend la tête du centre le 19 décembre. Son poste est prorogé sous la forme de médecin consultant régional en ophtalmologie. Il est aussi probable que dans les différentes places de la région et à l'image de ce qui a été fait en chirurgie, d'autres ophtalmologues locaux aient obtenu le même rôle. Quant au service central nous ne savons pas précisément ce qu'il est devenu mais l'hôpital complémentaire n°30 n'est restitué qu'à la fin du mois de janvier 1920. Un service d'ophtalmologie aurait pu y subsister. Mais la solution la plus probable est la création d'un tel service dans l'un des hospices mixtes de la région et l'utilisation via une convention des services civils.

b) Les soins ophtalmologiques dans la 9e région.

Soignant les soldats évacués du front et ceux de la région, l'activité du centre répercute les offensives du conflit. Même si leur impact est moins durable que pour les services chirurgicaux par le nombre d'hospitalisés, il l'est un peu plus pour celui des opérations, à l'exemple du service de Tours[2].

Figure 11. Activité du service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918.



[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1916. Il semble obtenir un local des « Petites Sœurs de Saint-François » à leur établissement de la rue de la Chèvre.

[2] Les statistiques pour les autres services sont trop parcellaires pour obtenir un suivi sur tout le conflit.

Le centre d'ophtalmologie connaît donc des périodes d'activité similaires aux secteurs chirurgicaux. Après une année 1915 active[1], une certaine routine s'installe dans le service, l'activité diminuant avec des pics d'activité correspondant aux batailles. Dans certains rapports, le docteur Terrien ne donne que les chiffres de son activité sans plus de précision et sans observation[2].

L'offensive de mars 1918 marque durablement le centre. Son activité augmente et il est lui aussi transformé en un service d'évacuation. On constate cependant une baisse des opérations qui peut s'expliquer par un meilleur état des évacués ne nécessitant pas d'opération. On peut aussi admettre que le service n'a pas le temps de pratiquer les opérations et évacue les blessés sur des régions plus lointaines ou bien que cette façon de faire est la marche normale de ce fonctionnement en H.O.E.[3]. En avril, il évoque un important mouvement de malades et de blessés mais qui ne pose pas de difficulté. Le seul problème qu'il mentionne est l'absence d'épreuves de radiographie dans les dossiers des évacués alors qu'il est marqué qu'ils ont été examinés. Or il n'a pas le temps de faire de nouvelles radiographies avant de les évacuer[4]. Ces évacuations rapides sont peut-être l'une des raisons de l'absence d'encombrement du centre.

Observateur privilégié des dégâts infligés sur la vue des soldats, il est peu loquace sauf sur certaines blessures et maladies comme les lésions provoquées par les gaz[5]. Plaidant pour l'adoption de lunettes protectrices pour les soldats, il s'intéresse aux lésions du globe oculaire suite aux éclats d'obus, grenades, détonateurs, ainsi qu'aux blessures reçues dans les chars d'assaut[6]. Ses préoccupations dans ce domaine rejoignent celles de la chirurgie avec le repérage d'éclats d'obus par la radiographie et leur extraction avec l'aide d'un électro-aimant afin d'éviter l'infection. Il porte un intérêt particulier aux restaurations palpébrales, à la névrotomie optico-ciliaire et aux énucléations. Ces deux dernières n'interviennent qu'en dernier lieu surtout en cas d'ophtalmie sympathique, une complication qui se raréfie grâce à l'amélioration des soins mais qui demeure crainte[7]. L'énucléation

[1] Le docteur Terrien n'évoque pas cette hausse de l'activité, il parle même d'une baisse par rapport au mois précédent dont nous n'avons pu retrouver le rapport. Cette importante activité est essentiellement due aux offensives de l'année 1915. Du 15 février au 18 mars a lieu une offensive de l'armée française en Champagne, puis en Artois du 9 mai au 18 juin, de nouveau en Champagne du 25 septembre au 6 octobre et enfin en Artois du 25 septembre au 11 octobre. MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 520. Le médecin inspecteur général Mignon donne le nombre de 987105 malades et blessés évacués sur l'intérieur pour l'année 1915 qui est celle où le Service de Santé y évacue le plus de malades et de blessés durant la guerre.

[2] Indiquant rarement les raisons de l'activité opératoire de son service, on peut même se demander si celle-ci est réellement liée aux évacuations, d'autant que dans ses statistiques opératoires, il n'indique pas la provenance des opérés.

[3] Il évoque peu ce fonctionnement dans ses rapports.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1918.

[5] En octobre 1917, il observe cinq cas de blessures provoquées par les gaz, des blessures bénignes. En août 1918, il évoque le débat sur l'ypérite comme cause de cécité. Pour lui, l'ypérite n'est pas la cause des cécités qu'il observe.

[6] À la fin du conflit, il propose l'adoption d'un masque de protection.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1916.

doit être pratiquée le plus tôt possible pour éviter les risques d'infection[1]. Cette opération mutilante ne doit être pratiquée que si la vision est perdue définitivement, d'où la promotion de la névrotomie optico-ciliaire qui permet de conserver l'œil en supprimant la douleur.

Le traitement des mutilés est une mission du centre d'ophtalmologie qui débute avant l'arrivée du docteur Terrien. Son prédécesseur puis adjoint, le docteur Castelain, dénonçait les soins trop tardifs chez les mutilés des yeux qui nuisaient à la recherche d'une esthétique « normale »[2]. La fourniture de prothèses, tout comme celle des verres et lunettes est règlementée par le Service de Santé mais laissée à la discrétion des chefs de service. À Angers, le fournisseur des prothèses et des verres est un opticien local qui, en mars 1916, réclame une revalorisation du prix sur un type de verre. Le service central se fournit auprès de deux ocularistes parisiens dont l'un réalise des pièces sur mesure[3]. Le docteur Terrien n'abandonne pas la solution locale et prospecte à Tours. Il souhaite d'ailleurs que les verres soient fabriqués par des ouvriers mobilisés ce qui reviendrait moins cher et serait plus rapide[4]. Cependant, l'approvisionnement local n'est pas la solution adoptée à Tours. En décembre 1916, le docteur Terrien demande à ce que le centre fournisse les prothèses mais celui-ci les commande auprès d'un ocularistе parisien[5].

c) Les consultations ophtalmologiques, un service externe pour les soldats de la région.

Comme il a été montré auparavant, ce modèle des centres régionaux inclut une autre fonction très importante, celle de consultant. Les variations de cette activité ne correspondent pas directement aux évacuations mais principalement à l'activité interne à la 9e région comme le montre l'exemple du service central[6].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1915.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Castelain sur fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1915. Les cavités orbitaires n'étant pas assez rapidement garnies d'une prothèse, elles rétrécissaient. Le résultat était une différence entre les deux yeux trop visible et pouvant être traumatisante pour le mutilé.

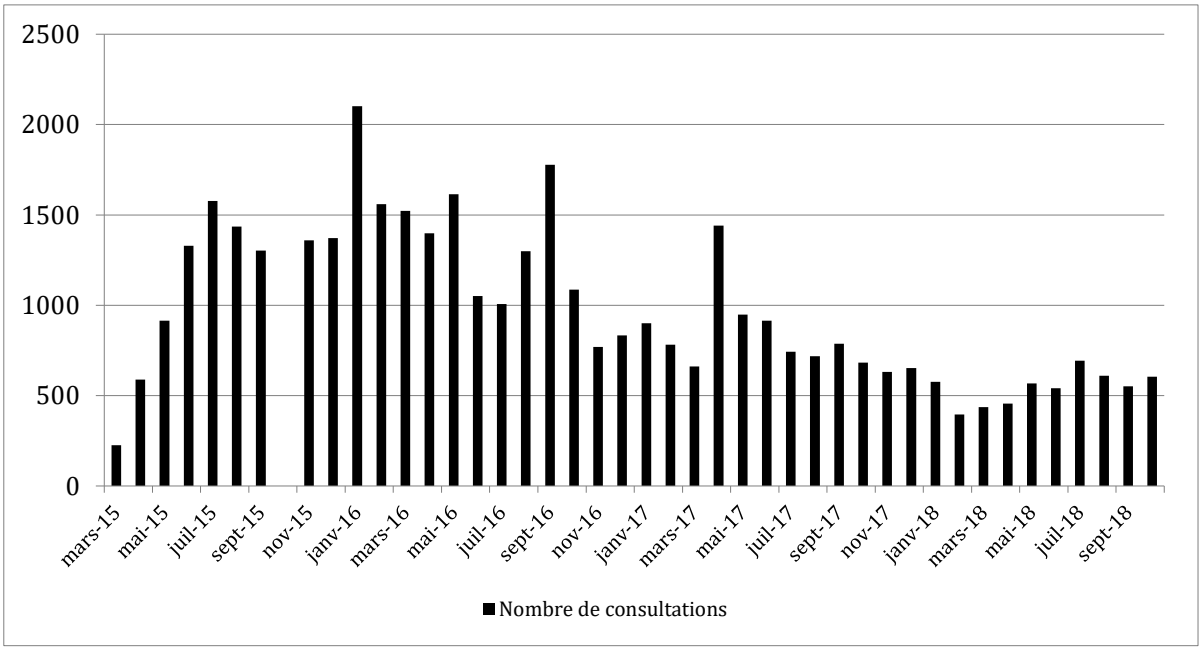
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915. Le docteur Terrien a cependant prospecté à Tours, les pièces peuvent y être fabriquée au prix unitaire de 15 francs.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Il propose de nouveau cette solution.

[5] Nous ne savons pas si cette solution a été acceptée.

[6] Pour des raisons pratiques, notamment suite à l'absence des rapports des autres services pour plusieurs mois, il n'est fait qu'une étude basée sur ce service, le principal de la région.

Figure 12. Nombre de consultations mensuelles au service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918.



L'activité liée aux consultations connaît un fort accroissement en 1915 avant d'amorcer une lente baisse jusqu'à la fin du conflit. Elle est cependant ponctuée de pics d'activités qui sont principalement le fait des missions médico-légales que sont les conseils de réforme, de révision, etc. En 1915, le centre n'est pas trop concerné par ces missions. L'augmentation de son activité correspond à sa mise en place couplée à un grand nombre d'évacués dans la région[1]. En janvier 1916, le pic est dû à l'examen des jeunes recrues de la classe 1917 envoyées au service central auquel s'ajoute les examens pratiqués dans les conseils de réforme[2]. À ceci s'ajoute, à partir de 1916, les examens pour les certificats d'aptitude d'aviateur, pratiqués à Angers et à Tours[3]. En septembre 1916, l'accroissement de l'activité a pour origine l'examen des hommes classés dans le service auxiliaire et que l'on cherche à récupérer. En avril 1917, le pic s'explique de nouveau par les conseils de réforme chargés d'examiner les réformés et exemptés d'avant-guerre. Ces conseils sont particulièrement chronophages pour le chef de centre qui se plaint de dysfonctionnements[4]. Suite à ce pic, le nombre

[1] En mars 1915, le docteur Terrien demande plus de personnel face à l'augmentation de l'activité. Une augmentation qui se poursuit en juin 1915.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1916. 1 928 à la consultation externe du centre et 173 examens faits par le docteur Castelain. Ces examens de jeunes de la classe 1917 ont aussi été fait au service de Châtellerault durant ce mois.

[3] Ils sont mentionnés pour la première fois à Angers en avril 1916 et en novembre 1916 à Tours.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. On ne compte réellement que 753 consultations externes et 687 consultations pour des révisions ou des exemptions. Il critique le fait que le spécialiste en ophtalmologie examine aussi des malades relevant de l'O.R.L. Il réclame deux spécialistes distincts. Il critique surtout la mauvaise organisation matérielle qui ne permet pas de faire des examens satisfaisants. Il préconise de regrouper ces hommes aux chefs-lieux des départements où il utiliserait une salle de l'hôpital pour les examiner. Cela serait un gain de temps pour lui et pour les hommes appelés à être examinés.

de consultations diminue. Le docteur Terrien ne donne aucune explication sauf pour le mois de février 1918 où il évoque un manque de personnel. Ses assistants ont été appelés dans les conseils de révision, le service n'a alors examiné que les cas les plus urgents.

La récupération des hommes pour le service armé est donc une priorité du chef du centre d'ophtalmologie. En septembre 1916, lors de l'examen des hommes classés dans le service auxiliaire, il se félicite d'en avoir récupérés 37 % pour le service armé[1]. Cette récupération le mène à des conflits avec certaines structures qui ne partagent pas ses méthodes de soins, telles les commissions de congés de convalescence. Celles-ci réduisent les durées qu'il propose quand elles ne les suppriment pas tout simplement. Le docteur Terrien critique cette façon d'agir qui va à l'encontre de la thérapie qu'il emploie. En effet, il utilise ces congés pour permettre au blessé d'améliorer son état et ainsi être récupéré pour le service armé[2]. Une récupération qui atteint certaines extrémités. En juin 1915, il propose que les soldats ayant perdu un œil mais qui ont conservé une bonne vision de l'œil restant, soient classés dans le service auxiliaire et non réformés, mais il n'est pas suivi par les conseils de réforme. L'ophtalmologue Ginestous va plus loin puisqu'il souhaite les réintégrer dans le service armé, sans être suivi là aussi[3].

2) L'O.R.L. dans la 9e région militaire.

L'organisation de l'oto-rhino-laryngologie dans la 9e région est similaire à celle de l'ophtalmologie avec quelques variations dues à la conception du rôle de chef de centre par le docteur Hautant et à des difficultés structurelles liées à l'utilisation d'un local scolaire pour le service central. Par ailleurs, ce centre développe d'étroites collaborations avec d'autres centres spécialisés pour mener à bien ses missions.

a) Une organisation pénalisée par les restitutions de locaux.

La base de l'organisation de l'O.R.L. dans la région est le service central de Tours qui dirige et contrôle l'ensemble des soins relevant de cette spécialité. Ce service central connaît cependant des réorganisations successives qui n'ont pas toujours pour effet d'améliorer son fonctionnement. Établi

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1916. Les 262 hommes examinés sont classés ainsi : 37 % pour le service armé, 40 % restent dans le service auxiliaire, 4,5 % sont envoyés pour une réforme n°2 et 11,5 % doivent être revus.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1916.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1916. Le docteur Terrien est lui aussi plus mesuré quant à cette idée. Ces propositions se font dans le contexte de la redéfinition des capacités physiques pour être soldat et des indemnités à verser en cas de mutilation.

à l'hôpital complémentaire n°26[1], il est entièrement aménagé par le docteur Hautant[2] qui cherche à en faire un service performant disposant de tous les outils de diagnostic et de soin[3]. L'organisation est déstabilisée par la restitution du local accueillant le service central[4] en juillet 1917, provoquant son déménagement et sa fermeture temporaire[5]. L'organisation qui est alors adoptée satisfait le docteur Hautant, malgré la faiblesse du nombre de lits, mais pose la question du suivi des blessés et des malades. Le service central est ainsi dispersé dans six immeubles[6]. Le service chirurgical est installé dans une annexe de l'hôpital complémentaire n°31 tandis que des lits et la consultation externe sont à l'hôpital complémentaire n°2. Le service central ne connaît que peu d'évolutions structurelles par la suite[7].

L'importance du service central est renforcée par l'accentuation de la collaboration avec le centre de stomatologie[8]. Ces deux spécialités complémentaires traitent parfois les mêmes blessés. Dans ces conditions, leur collaboration se doit d'être des plus intimes mais elle se heurte à la distance entre les services centraux, l'un étant à Tours et l'autre à Angers. Souhaitant améliorer les soins de certains blessés relevant des deux spécialités, le docteur Hautant demande que ceux-ci[9] soient dirigés sur son service. Ce faisant, il risque de pénétrer dans le domaine du centre de stomatologie. Dans un premier temps, il abandonne l'idée de réunir ces blessés en un même lieu mais revient à la charge en janvier 1916 suite au suivi défectueux des blessés relevant de ces deux centres qui nuit à leur traitement. Il réclame alors la création à Tours d'un service pour les cas complexes de prothèse maxillo-faciale, sous sa direction et celle du chirurgien Ombrédanne, auquel serait adjoint un chirurgien-dentiste[10]. Le directeur régional soutient cette proposition et le service commence à être

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1915. Durant ce mois, on lui adjoint aussi deux annexes. L'une de quarante-cinq lits à Rochecorbon et l'autre de seize lits à Château-Renault.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Rapport sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire par le médecin major de 2e classe Hautant et daté du 1er août 1916.

[4] Il s'agit du lycée de jeunes filles où était installé l'hôpital complémentaire n°26 et qui est rendu à la mairie de Tours.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. Le centre avait initialement été installé à l'annexe des Tilleuls dont le local a, lui aussi, été restitué.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'août 1918. Un service éphémère pour les cas les plus graves de blessures par gaz au larynx est créé à l'hôpital complémentaire n°52. Il est supprimé le mois suivant.

[8] Ce centre est compris et confondu avec le centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales.

[9] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Il cite les blessures de guerre intéressant la face et le larynx, soit les plaies du sinus frontal, les plaies transversales de la face qui touchent les fosses nasales et les sinus maxillaires, les plaies du larynx qui conduisent à un rétrécissement ou bien qui sont accompagnées de corps étrangers.

[10] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1916. Le choix du chirurgien Ombrédanne est logique car il est spécialiste en chirurgie plastique et maxillo-faciale.

aménagé le mois suivant à l'hôpital complémentaire n°26, renforçant la collaboration entre ces deux disciplines et la qualité des soins.

Contrairement au centre d'ophtalmologie qui semble ne pas trop souffrir de la situation, le centre régional d'O.R.L. est fortement touché par la transformation de la 9e région en région d'évacuation, système que le docteur Hautant juge inadapté au fonctionnement du centre d'O.R.L. Le service de consultation externe et les lits présents au lycée Descartes semblent perdus suite à l'affectation exclusive du lycée à la chirurgie[1]. En juin, le docteur Hautant demande l'arrêt de ce régime qui a désorganisé son centre[2]. Il n'a alors pratiquement plus de lits et a perdu une partie de son personnel médical. Le fonctionnement en hôpital d'évacuation nuit en outre à sa mission de centre régional, qu'il pourrait cependant accomplir si seulement le triage était fait correctement au front. Or, la déstabilisation de l'organisation sanitaire du front fait que de petits malades sont évacués sur son centre. Il renvoie ces malades au front, deux à huit jours après leur arrivée et ce sans obtenir la permission de sept jours accordée aux autres évacués. Cela provoque un mauvais effet sur leur moral car ils s'estiment punis[3]. La situation semble temporaire. Survient alors la démobilisation qui se fait là aussi dans le cadre de la circulaire du 22 décembre 1918. Cependant, nous n'avons que peu d'informations à ce sujet. Il est probable que des spécialistes en O.R.L. de la région, peut-être les mêmes que ceux qui ont créé des services au début du conflit, comme le docteur Magnan de Tours, aient été employés par le Service de Santé pour assurer les soins des soldats.

L'action du service central de Tours est, comme pour les autres centres, appuyée dans la région par des sous-centres. Mais contrairement à certains de ses collègues, cette organisation ne semble pas avoir les faveurs du docteur Hautant qui souhaite une centralisation de l'activité dans son service. Le but est principalement d'assurer de meilleurs soins. En mai 1915, il explique que des opérations sont toujours pratiquées en dehors de son centre et qu'il cherche à y mettre fin car le suivi post-opératoire ne serait pas correctement assuré. Il doit composer avec ces sous-centres[4] dont l'activité est touchée par la pénurie récurrente de personnel spécialisé. La crise est telle qu'en octobre 1916 il doit

---

[1] Le docteur Hautant ne le dit pas clairement dans ses rapports mais l'ensemble de l'hôpital complémentaire n°2 est destiné aux blessés chirurgicaux. Les autres services présents sont virtuellement supprimés sauf la radiologie et l'électrodiagnostic.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. Il évoque plus généralement la désorganisation de l'ensemble des centres.

[3] *Ibidem.* Il dénonce aussi, tout comme ses collègues chirurgiens, l'absence de communication avec les médecins du front. Ce manque de communication provoque le retour dans son service des soldats qu'il renvoie au front car il ne peut transmettre aux médecins du front les informations médicales sur ces derniers. Il explique que souvent, la fiche otologique jaune collée dans le carnet du soldat disparaît.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport d'ensemble sur l'organisation des services d'oto-rhino-laryngologie dans la 9e région par le docteur Magnan et daté du 1er février 1915. Outre son service de Tours, le docteur Magnan mentionne des services à Châteauroux, Poitiers et Saumur. Il s'agit de ces services auxquels s'ajoute celui d'Angers ouvert le 20 mars 1916. C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1916. Les autres centres semblent avoir été fermés.

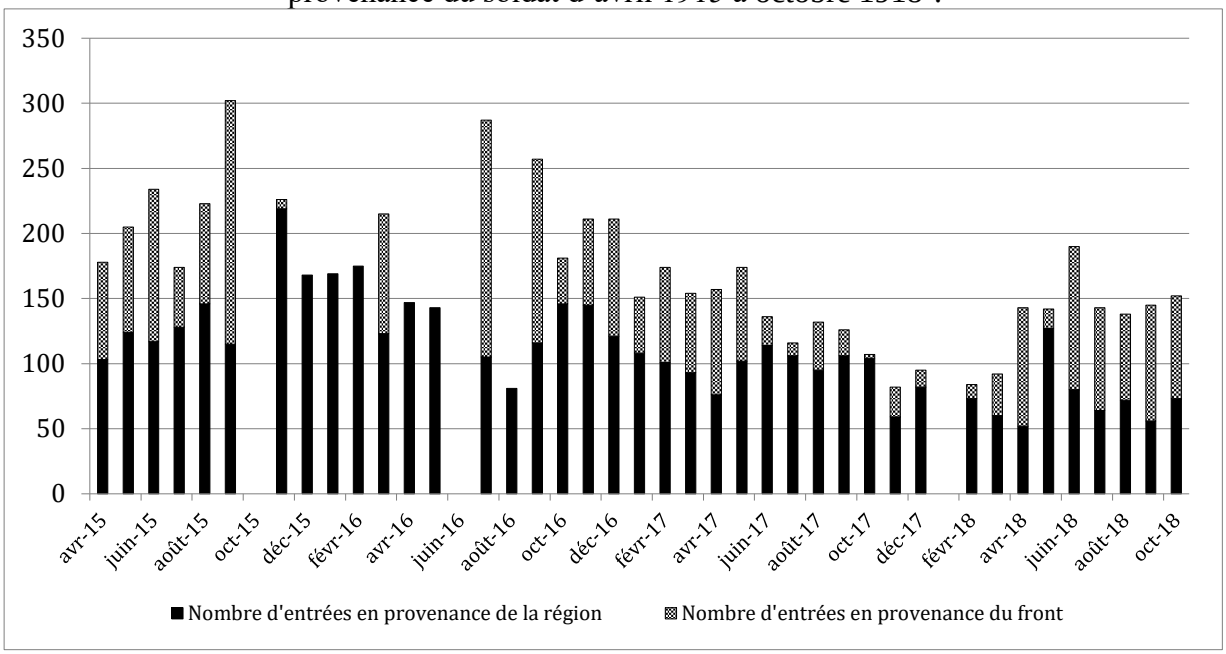
temporairement fermer celui d'Angers. Le docteur Hautant doit aussi composer avec les autorités civiles qui influent sur les affectations du personnel en obtenant des médecins pour les services civils[1]. Le rôle des sous-centres est principalement de donner des consultations, quelque fois des traitements, conduisant à leur développement dans la région surtout dans les principales places[2]. L'organisation est modifiée à la fin de l'année 1917, la circulaire n°25 305 3/7 ordonnant leur réduction. Le docteur Hautant propose de fermer ceux de Niort et d'Angers tout en conservant un service de consultation externe dans cette dernière ville[3]. Pour Poitiers, il propose qu'un de ses assistants fasse une consultation tous les quinze jours. Cependant, avec le fonctionnement en région d'évacuation qui perturbe le service central, il est obligé de développer certains sous-centres. Ainsi Angers, Poitiers et Châteauroux poursuivent leurs consultations externes tout en étant autorisés à hospitaliser des soldats. Il réprouve cette pratique bien qu'il y soit contraint car ces sous-centres n'ont pas le matériel pour et peu de compétences[4].

b) Une activité peu à peu tournée vers la région.

L'activité du centre d'O.R.L. est elle aussi liée aux combats provoquant des évacuations de blessés sur la région auxquelles s'ajoutent celles des malades. Mais cette activité n'est pas entièrement nourrie par le front et ses évacuations. Le graphique suivant montre qu'elle l'est plus par la 9e région elle-même.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Alors que le centre fonctionne sous le régime d'évacuation, le docteur tourangeau Magnan reprend, grâce au maire de Tours, une partie de son ancien service à l'hospice général de la ville. Le docteur Hautant réclame de nouveau un médecin pour son service surtout que l'activité s'accroît.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mars 1916. En mars 1916, un sous-centre est créé à Angers pour donner des consultations et des traitements. Le docteur Hautant souhaite un service similaire à Poitiers.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918.

Figure 13. Évolution des entrées au service central d'O.R.L. de la 9e région en fonction de la provenance du soldat d'avril 1915 à octobre 1918[1].



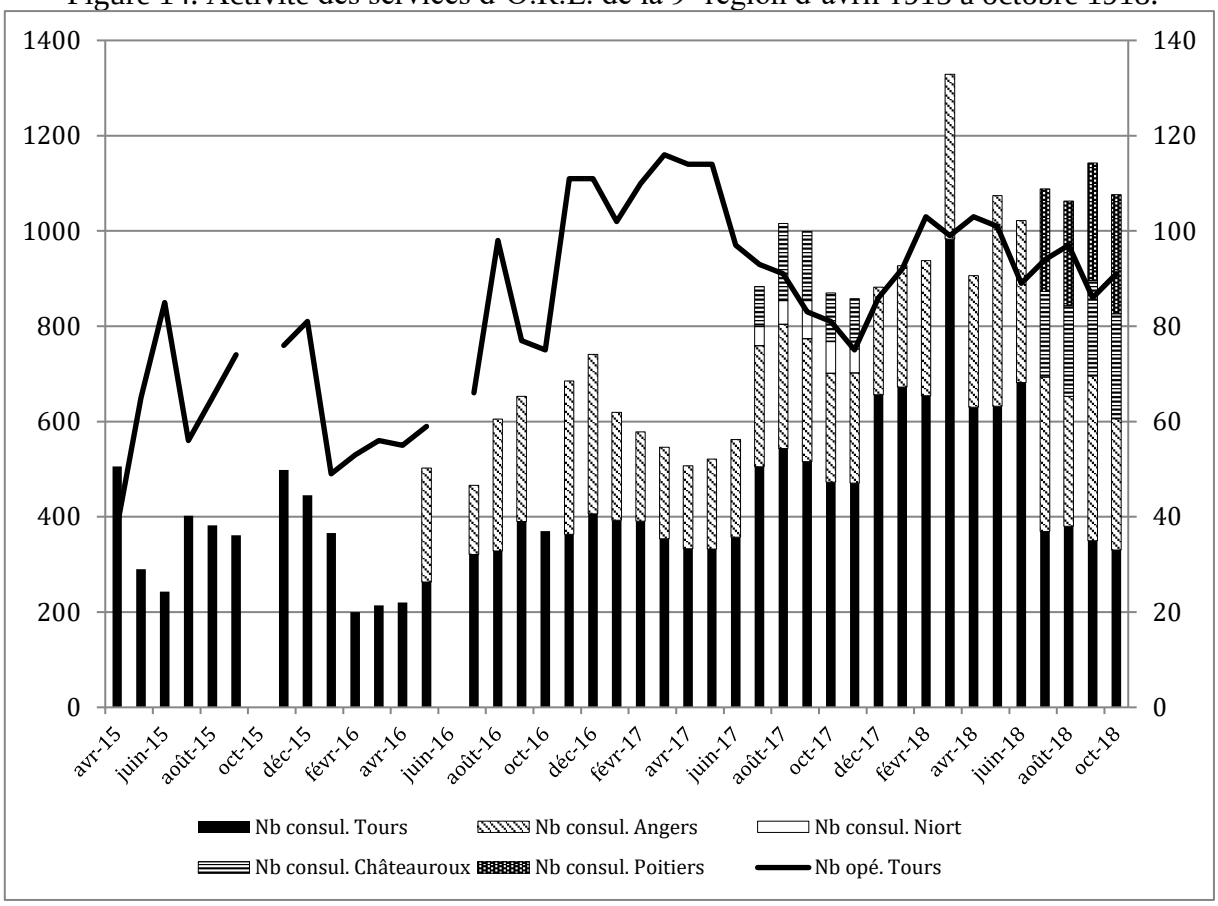
Comme pour les autres centres, on observe une diminution progressive du nombre de soldats hospitalisés au service central ponctuée de pics d'activités liés aux évacuations qui font suite aux batailles. Celle de Verdun a une influence courte et succède à trois mois sans évacuation en provenance du front. Celle de la Somme accroît durablement l'activité du service, par ailleurs diminuée par le départ de personnel, et renvoie aux évacuations de 1915. Cependant, l'état des évacués n'inquiète pas le docteur Hautant qui dénonce des évacuations injustifiées en juillet[2]. La bataille du Chemin des Dames donne les mêmes conséquences. L'offensive allemande au printemps 1918, bien qu'elle n'atteigne pas les niveaux d'évacuation de la Somme, place le service dans une situation difficile puisqu'il n'a plus les mêmes capacités. En-dehors de ces cas, l'activité du service est principalement due aux hospitalisés provenant de la région.

L'aspect régional est prépondérant dans l'activité du centre qui traite de moins en moins de soldats « fraichement » blessés sur le front. L'activité opératoire n'en demeure pas moins importante, mais c'est surtout celle des consultations externes qui prédomine.

[1] Pour les entrées de la 9e région, il a été choisi de regrouper celles provenant des corps de troupes en cantonnement et celles des formations sanitaires. Les soldats provenant de ces dernières sont alors des soldats évacués du front ou provenant des corps de troupes en cantonnement. Cependant, le docteur Hautant ne donne pas de précisions quant à leur provenance. Il est alors probable qu'il s'agisse de soldats évacués du front durant le même mois, ce qui tendrait à les confondre avec les entrées directes. Cependant, ces soldats semblent avoir été déjà pris en charge médicalement par un autre service avant leur entrée au centre.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1916.

Figure 14. Activité des services d'O.R.L. de la 9e région d'avril 1915 à octobre 1918.



Le nombre d'opérations pratiquées au service central, s'accroît durant le conflit, principalement à partir de mai-juin 1916, après la création du service de stomatologie à l'hôpital complémentaire n°26. Cette augmentation semble plus liée au développement de ce centre à Tours qu'aux évacuations en provenance du front même si l'on ne peut écarter ce facteur. Le nombre de consultations dans la région[1] croit lui aussi, montrant l'importance de plus en plus grande du centre d'O.R.L. dans le traitement des malades et des blessés relevant de cette spécialité. Cela démontre aussi l'importance du rôle de consultant du médecin-chef du centre ainsi que de ses adjoints dans les sous-centres.

L'activité médico-légale du centre, dont relève une partie des consultations qui ont trait aux réformes, possède des similitudes avec les autres centres. Le docteur Hautant et ses aides sont chargés d'établir des certificats d'aptitude à l'aviation[2] mais surtout d'examiner des soldats en vue de propositions pour des réformes ou bien lors des conseils de révision. Ces consultations médico-légales l'amènent à deux réflexions : la première sur l'aptitude physique du soldat du point de vue de sa spécialité, la seconde sur la rigueur des examens pratiqués. Dans le premier cas, il ne possède aucune directive à ce sujet. Prenant le cas de l'acuité auditive minimale pour être apte au service armé, il

[1] Nous n'avons pas retrouvé les chiffres pour tous les sous-centres. En outre, nous ne savons pas quand ces consultations ont commencé.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1915. Ces certificats sont mentionnés pour la première fois ce mois-ci.

hésite pour finalement l'établir à trois mètres pour la voix de conversation, une mesure somme toute relative[1]. De là proviennent ses réflexions sur la rigueur des examens à pratiquer. Là aussi il n'a pas de directives et l'uniformisation qu'il met en place ne concerne que son service. Confronté à des divergences avec certains collègues sur certains cas, il demande à ce que des examens plus précis soient pratiqués[2]. Les difficultés à diagnostiquer les vraies surdités, avec le risque d'exagération et de simulation, poussent certains médecins à conserver dans le service auxiliaire des soldats sourds[3]. Ces missions médico-légales l'amènent aussi à réfléchir sur la question des taux de réforme pour les surdités[4].

Le traitement des maladies et plus particulièrement des blessures de guerre est l'autre aspect de l'activité du centre et comme son collègue d'ophtalmologie le but est la récupération des évacués. En mai 1915, le docteur Hautant se félicite que la durée d'hospitalisation soit inférieure à un mois dans la majorité des cas. Cette durée montre, selon lui, l'importance de son centre qui met fin à des durées d'hospitalisation de cinq ou six mois pour certains malades et blessés qui trainent dans les formations[5]. Concernant les affections chirurgicales, il décrit peu les traitements employés sauf dans le cas des mastoïdites pour lesquelles il pratique des trépanations mastoïdiennes[6]. Ce type d'affection l'inquiète car elles peuvent suppurer d'où l'importance de les lui adresser. En dehors de ces affections chirurgicales, il s'attache particulièrement à traiter les surdités tant dans une optique de récupération des soldats que pour leur réinsertion sociale et professionnelle. Dès le mois de mars 1915, il évoque son projet de rééducation auditive. Les surdités traumatiques d'origine psychique ou physique[7] qu'on lui adresse en consultation sont de plus en plus nombreuses[8]. Pour les surdités traumatiques, il explique qu'il faut convaincre les soldats que leur audition peut s'améliorer[9]. Concernant les autres, il faut les prendre en charge dès qu'ils sont guéris pour ne pas qu'ils se « fixent » dans cette attitude.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915.
[3] *Ibidem.*
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915.
[5] *Ibidem.* Il mentionne les otites suppurées chroniques ou les surdités.
[6] Il s'agit de percer la mastoïde, derrière l'oreille, pour évacuer le pus de l'infection.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915. Notamment à la suite d'otites traumatiques.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1915.
[9] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915. On rejoint ici la conception du neurologue Clovis Vincent sur le traitement des pithiatiques. Le docteur Hautant collabore d'ailleurs avec le docteur Vincent pour déceler des cas de simulation.

C'est pour cela qu'il constitue à partir de décembre 1915 une école d'entrainement auditif qui voit le jour en février 1916[1].

3) Le centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales, entre soin des « gueules cassées » et récupération des édentés.

Emblématiques de ce conflit, les « gueules cassées » ne sont prises en charge par un centre qui leur est destiné qu'à partir du mois de juin 1915. Loin du front et en dehors des principaux services qui leur sont destinés notamment à Paris et Lyon, on peut s'interroger sur les soins qui leur sont donnés dans la région. Cependant et bien qu'elles marquent durablement les esprits, elles ne constituent pas la majorité des cas traités par ce centre. Ce centre diffère des deux précédents dans son organisation et surtout dans l'évolution de celle-ci. Il est également vu comme un outil de récupération de soldats par le commandement.

a) Un centre en quête d'une organisation optimale.

La recherche de l'organisation optimale permettant la meilleure prise en charge des blessés relevant de cette spécialité et les meilleurs rendements, conduit le Service de Santé à multiplier les expérimentations. Le premier centre créé en juin 1915 à l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers vise à soigner 400 à 500 blessés par mois. Un objectif jamais atteint par manque de moyens, d'autant plus qu'en septembre 1915, il est aussi chargé des prothèses élémentaires, dont le traitement des édentés. Ces difficultés qui poursuivent le centre durant toute la guerre, tiennent au manque de lits et de place pour les ateliers de fabrication de prothèses. De même, les problèmes d'approvisionnement en matériel, souvent du fait du fonctionnement du Service de Santé, affectent les rendements. Le manque de personnel qualifié, chirurgien-dentiste ou mécanicien (prothésiste), est récurrent au niveau régional mais aussi national[2]. Ces difficultés conduisent au démantèlement du centre. En décembre 1915, le service des édentés est transféré à Poitiers[3] et le service créé à Tours devient en mai 1916 le nouveau centre de chirurgie et de prothèse maxillo-faciales[4].

La deuxième phase de cette organisation voit la scission des services, alors que d'autres recherche la concentration de ceux-ci, entre Tours, destiné aux blessés de la face, et Poitiers, destiné

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois de février 1916. Nous ne connaissons pas les traitements employés ni les résultats obtenus.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1915. Autorisé à rechercher le personnel demandé dans des régions limitrophes, le directeur régional ne parvient pas à en trouver.

[3] Aucune précision n'est donnée quant au choix de cette ville.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1916. On conserve tout de même un service pour les édentés à Angers qui fonctionne comme un cabinet dentaire de garnison.

aux édentés[1]. Ce dernier débute son activité en avril 1916 qui dès ce mois est supérieure à l'ancien service d'Angers[2]. Mais malgré le déménagement, les problèmes concernant le matériel et le personnel persistent[3]. Il est alors transféré à l'hôpital complémentaire n°53 de Tours en février 1917. Le but est d'améliorer la surveillance des soins donnés aux édentés par l'adjoint technique de stomatologie du directeur régional, le docteur Monod, et de rationaliser l'emploi du personnel. Pendant ce temps, le centre de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale est définitivement installé en mai 1916 à l'hôpital complémentaire n°26. Le chirurgien Ombrédanne se charge des interventions chirurgicales et le médecin major de 1ère classe Monod dirige le service de prothèse. C'est là une organisation performante basée sur la collaboration de différents spécialistes au sein de l'hôpital, avec la présence du centre d'O.R.L., mais aussi au niveau de la ville de Tours avec les services de mécanothérapie et d'électrothérapie. Mais elle est démantelée peu de temps après sa création suite à la restitution partielle du lycée de jeunes filles qui scinde le centre en deux. Le service de prothèse est alors transféré à l'hôpital complémentaire n°53. Les blessés sont toujours pris en charge dans les services chirurgicaux du docteur Ombrédanne. L'hôpital complémentaire n°26 semble alors abandonné par le centre qui perd ainsi la collaboration directe avec le centre d'O.R.L.[4].

Contrainte par des évènements extérieurs[5], l'organisation des soins pour les blessés de la face et les édentés doit alors évoluer. Le service de prothèse est temporairement désorganisé suite au déménagement, mais le docteur Monod est satisfait de la nouvelle organisation[6]. Cette organisation évolue de nouveau avec le transfert du service d'édentés à Tours en janvier 1917. Désormais destiné aux édentés et aux blessés de la face, le centre se dote, à l'image de celui de radiologie, d'un magasin permettant de fournir le matériel nécessaire aux cabinets dentaires de garnison en regroupant et en rationalisant les commandes. En octobre 1917, le docteur Monod est remplacé par le médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle qui souhaite donner une nouvelle impulsion au centre dont la suppression a été envisagée[7]. Les mêmes difficultés suivent le centre. Craignant une pénurie de matériel pour tous les services de stomatologie du pays, le docteur Fargin-Fayolle met en place des

[1] Le service est situé à l'annexe du Sacré-Cœur de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 2e classe Raimond sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916. Il demande depuis trois mois un moteur électrique qui permettrait d'accroître le rendement des mécaniciens. Face à la lenteur du Service de Santé, il souhaite pouvoir se fournir localement.
[4] L'hôpital complémentaire n°26 est fermé en juillet 1917 suite à la restitution du lycée.
[5] Ceux-ci sont abordés dans le chapitre 10 (volume 3). Il s'agit des restitutions de locaux scolaires suite aux demandes des mairies.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1916. Il l'estime supérieure à la précédente.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire et des cabinets dentaires de garnison de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. Aucune raison n'est donnée pour cette suppression.

mesures de restriction. Malgré cela, il est tout de même touché par les pénuries dont celles communes aux autres centres notamment pour le pétrole et le gaz[1]. Ces pénuries se compliquent de difficultés d'approvisionnement et de mauvaise qualité du matériel fourni par le Service de Santé qui freine l'activité[2]. Cette organisation, bien qu'imparfaite, demeure jusqu'à la démobilisation.

La démobilisation du centre de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale et du service des édentés diffère des autres services car il n'est pas concerné par la circulaire du 22 décembre 1918. Il semble qu'il n'ait pas été maintenu en 1919, même si l'on peut penser que les cabinets dentaires de garnison ont été momentanément conservés pour accompagner la démobilisation. Situé dans un local scolaire celui-ci est réclamé par la ville de Tours. Le directeur régional doit alors en organiser la restitution et pour cela, il demande dans un premier temps l'évacuation des blessés étrangers à la région dans un centre proche de leur lieu de résidence et dans le Midi pour les indigènes et les coloniaux[3]. Cependant, c'est une toute autre mesure qui est adoptée par le Service de Santé. Le centre semble avoir été supprimé à la fin du mois de décembre, l'hôpital étant fermé le 1er janvier 1919. Certains blessés traités au service du chirurgien Ombrédanne sont alors envoyés sur le centre de la 18e région[4].

b) Les soins des blessés de la face dans la 9e région.

Le service de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale n'est pas l'un des centres les plus importants de la région. Il n'en demeure pas moins indispensable à l'arsenal thérapeutique de la région pour prendre en charge les blessés de la face des cas les plus simples aux plus complexes que sont les gueules cassées. Le but visé est alors le même que pour les autres services : récupérer pour le service armé et a minima pour le service auxiliaire, le maximum de blessés. Pour les autres, du fait de la spécificité des blessures, la mission est de réduire au mieux les séquelles possibles, notamment en permettant au blessé de retrouver une mastication normale permettant son alimentation et de préserver son élocution. Dans les cas les plus complexes, le service essaie de redonner à ces soldats des visages. Ce faisant, les différents médecins à la tête de ce service entrent dans le débat thérapeutique des blessés de la face, chacun apportant son traitement avec plus ou moins de réussite. Cependant, tous s'accordent à réclamer une prise en charge précoce de ces blessés. Le chirurgien

[1] Le gaz est ainsi coupé pendant certaines heures de la journée à Tours, le service de prothèse doit alors s'organiser pour répondre aux besoins.
[2] On se plaint notamment de la qualité du ciment qui est inutilisable, ou bien de celle d'outils qui se cassent facilement.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Lettre datée du 20 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Brouillon de date et d'auteur inconnus.

Martin réclame, en juillet 1915, qu'on lui envoie les blessés sans attendre la désinfection des plaies pour permettre le port d'un appareil correcteur et ainsi éviter les attitudes vicieuses rebelles[1].

Parmi ces complications, les contractures des muscles masticateurs, appelées aussi trismus ou constriction des mâchoires, sont particulièrement combattues par les chefs de ce service. Au centre d'Angers on emploie l'écartement brusque des mâchoires pratiqué sous anesthésie générale. Mais les résultats sont peu convaincants, la contracture réapparaissant quelques jours après. L'écartement lent et progressif des mâchoires est aussi testé, sans plus de résultats[2]. L'utilisation de la mécanothérapie obtient de meilleurs résultats. Les constrictions sont traitées par des massages et par la rééducation progressive de la mastication. Ainsi, les blessés mastiquent des boules de caoutchouc, le chewing-gum est même employé à cette fin[3]. Dans le même but, le docteur Martin met aussi au point des instruments, comme des ressorts[4]. Le docteur Monod poursuit dans cette voie, abandonnant définitivement l'écartement brusque jugé contre-productif[5]. Après un examen radiologique, les blessés sont soumis à un traitement méthodique alliant l'utilisation d'appareils, le travail de la mastication et des massages[6]. Son traitement semble efficace selon lui puisqu'en juillet 1917, il explique guérir rapidement les constrictions.

Concernant les soins de chirurgie maxillo-faciale faits au centre puis dans les services du docteur Ombrédanne, les rapports évoquent peu les traitements employés et plus le nombre d'opérations pratiquées. Ainsi, pour lutter contre la pseudarthrose dans le cas de fracture du maxillaire, le chirurgien Martin pratique des greffes osseuses dont les résultats sont incertains et dont l'opération est parfois refusée par les blessés. Il préconise alors l'emploi d'un appareil, un « […] bridge […] »[7] en or donnant de bons résultats. Le chirurgien Ombrédanne n'est guère plus loquace

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1915.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1915.
[3] *Ibidem*.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1916.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapports du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant les mois de juillet et de novembre 1916. Il collabore aussi avec le service d'électrothérapie mais nous ne savons pas quels traitements sont employés ni quels sont les résultats obtenus.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du docteur Martin et du chirurgien-dentiste Bouvet sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1915. Il a ainsi pu renvoyer au front un officier qui a eu une fracture du maxillaire inférieur avec une grande perte de substance suivie de pseudarthrose. Le coût de l'appareil étant important, il demande l'autorisation de faire ces dépenses au Service de Santé promettant des retours au front ou du moins des baisses des taux de réforme.

sur les techniques qu'il emploie comme la greffe italienne dont il défend la supériorité sur la technique de restauration de l'extrémité du nez par lambeaux latéraux[1].

L'activité prothétique du service est le pendant de l'activité chirurgicale. Dans le fonctionnement du service, les blessés sont opérés puis munis d'un appareil provisoire en attendant la confection de leur appareil définitif. L'activité prothétique se fait donc en étroite collaboration avec l'activité chirurgicale. Différents appareils de prothèse, comme celle pour la voute palatine, ou bien de traitement, comme celui des fractures, sont créés par le centre. Parfois ces prothèses sont des commandes spéciales du service de chirurgie, comme cet appareil pour maintenir en place les parties molles du nez suite à une rhinoplastie mis au point à la demande du chirurgien Ombrédanne en avril 1917[2]. Ici aussi la collaboration entre les différents centres donne d'excellents résultats dans le traitement des blessés. En décembre 1917, suite à une collaboration entre les docteurs Ombrédanne, Fargin-Fayolle et Hautant, des tubes intra-nasaux ont été mis au point permettant une meilleure respiration des blessés ayant subi une autoplastie nasale[3].

c) La récupération des édentés.

Étant écartés du service armé suite à un défaut de dentition que le Service de Santé peut facilement traiter, les édentés constituent une source de soldats que l'armée souhaite voir rapidement réintégrer le front. Parce que ces soins comprennent aussi l'allocation d'appareils prothétiques payés par l'État, ils sont particulièrement règlementés. Le nombre de bénéficiaires de ces soins, et donc le nombre de soldats récupérés, est progressivement étendu et les inaptes pour dentition défectueuse sont recherchés. Suite aux bons rendements des services de stomatologie, on autorise le 1er novembre 1916, l'appareillage des militaires âgés de plus de quarante-cinq ans, auparavant exclus de ces soins[4]. Cette volonté de récupérer les édentés conduit à une réorganisation des services de stomatologie dans les régions par la dépêche ministérielle du 9 juin 1916[5]. Elle se traduit dans la région par la nomination du docteur Monod au poste de conseiller technique de stomatologie auprès du directeur régional en charge du contrôle de tous les services de stomatologie de la région[6]. Un poste qu'il occupait en partie mais cette nomination renforce le centre de Tours conduisant au transfert du service de Poitiers.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Il évoque alors ses recherches menées avant le conflit et son traité d'autoplastie pour appuyer sa position.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire et des cabinets dentaires de garnison de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°304 Ci/7 du 1er novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°5 995H du 9 juillet 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire notifiant la dépêche ministérielle n°8 119 3/7 du 9 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°5 823H du 5 juillet 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

Cette mission de récupération des édentés est donc dévolue au service de prothèse élémentaire ou service de stomatologie. Ce dernier s'attache, malgré les difficultés déjà mentionnées, à répondre à cette mission en augmentant son rendement. Après le transfert du service à Tours, le docteur Monod évoque un rendement de 90 % supérieur à celui de Poitiers[1]. Cette augmentation s'est notamment faite par celle du temps de travail pour les mécaniciens, accompagnée d'un contrôle rigoureux du personnel et de sanctions disciplinaires[2]. Cependant, cette mission est parfois entravée par les actions d'autres services et corps de l'armée qui pourtant bénéficient de la récupération rapide des édentés. En effet, les chefs du service de stomatologie dénoncent régulièrement l'absence des édentés à leur convocation pour leur appareillage suite à leur départ en permission[3]. Les édentés sont aussi responsables de ces retards en ne faisant constater leur mauvaise dentition qu'à leur départ pour le front dans le but de le retarder[4].

Le service central de stomatologie est appuyé dans son action par les cabinets dentaires présents dans toute la région, principalement dans les villes de garnison[5]. Leur essor fait suite à la circulaire du 9 juin 1916. Le docteur Monod est alors chargé d'installer des cabinets dentaires de garnison dans des conditions parfois compliquées par manque de matériel et de personnel. Leur rôle est essentiel dans les soins dentaires mais aussi dans la récupération des édentés puisqu'ils adressent les demandes de prothèse au service central, en joignant notamment empreintes et fiches pour les demandes[6]. Leur activité est intimement liée à la garnison à laquelle ces cabinets sont destinés, la variation de l'effectif de celle-ci décidant de leur création, regroupement ou suppression[7]. Pressés par la direction centrale du Service de Santé qui attend plus de résultats, les chefs du service central de stomatologie en améliorent le fonctionnement. Le docteur Fargin-Fayolle uniformise les registres et les imprimés afin d'améliorer l'appareillage des édentés[8]. Leur récupération n'étant pas assez rapide

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Le rendement est déterminé en fonction du nombre d'appareils fabriqués par jour et par chaque mécanicien.

[2] *Ibidem*. Ces méthodes sont reprises par son successeur, le docteur Fargin-Fayolle, qui souhaite appareiller 300 à 350 édentés par mois. Pour cela, il demande plus de personnel et de matériel.

[3] *Ibid*. Ce traitement est réalisé en deux temps. Tout d'abord, la préparation de la bouche à la pose d'un appareil qui nécessite un temps de cicatrisation qui permet aussi la confection de l'appareil. Durant celui-ci, on ne s'oppose pas au départ de l'édenté en permission. Par contre, lorsque l'appareil est prêt et que l'édenté est convoqué, on demande à ce qu'il se rende au service et ne parte pas en permission.

[4] A.N. C 7690. Circulaire du 1er mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 342H du 28 mai 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Nous ne savons quand et où ont été créés les premiers cabinets dentaires. En mai 1915, des services dentaires sont organisés à Tours dans différents hôpitaux et à différents horaires mais ils ne font que des soins de la bouche et la pose de prothèse est soumise à une autorisation spéciale.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°5 823H du 5 juillet 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1917. Durant ce mois, plusieurs cabinets sont menacés. On attend alors de voir si l'incorporation de la classe 1918 et des récupérés va « sauver » certains cabinets.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire et des cabinets dentaires de garnison de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.

selon l'armée, la direction centrale du Service de Santé réforme leur fonctionnement le 2 mars 1918. Des délais sont ainsi imposés aux services à chaque étape de leurs soins[1]. Désormais, seuls les édentés des nouveaux contingents ou des récupérés sont conservés dans les dépôts, les autres sont dirigés sur un centre de réentrainement et de rééducation physique et militaire créé en décembre 1917. Celui de la 9e région se trouve au camp du Ruchard au sud de Tours où est installé un cabinet dentaire chargé de faire les propositions de prothèse. Dans le même temps, les cabinets dentaires de garnison sont réorganisés au profit des cabinets dentaires installés dans les infirmeries des dépôts des troupes. Cette réorganisation est, là encore, parfois compliquée par les principaux bénéficiaires. Le docteur Fargin-Fayolle dénonce les lenteurs administratives des corps de troupe dans la création de ces cabinets. Les autres cabinets ne sont pas tous supprimés puisqu'il cherche à conserver les principaux cabinets dentaires de garnison de la région[2].

C) La récupération des évacués.

Cette mission est au cœur de l'action des centres de spécialités et des secteurs médicaux et chirurgicaux qui ont été créés dans le but de rendre à l'armée le maximum de soldats évacués. Cette restitution doit se faire au minimum dans le service auxiliaire mais surtout dans le service armé. Cette mission est d'autant plus vitale que le soldat est la ressource la plus précieuse pour le commandement. L'amélioration des soins afin de mettre fin à la catastrophe sanitaire du début de la guerre n'a de raison d'être que si les soldats retournent au front pour le commandement. Dans l'organisation médicale mise en place dans la 9e région, certains centres en font un sacerdoce à l'exemple de ceux de physiothérapie (compris ici sans la radiologie), de la neurologie et, plus étonnant, de la psychiatrie. Cependant l'activité de ces centres ne se limite pas à cette récupération.

Ces centres, sous l'impulsion de leurs chefs, élaborent différents traitements, le plus souvent connus avant la guerre, dans un but qui dépasse parfois la poursuite du conflit et concerne la promotion de thérapies médicales. De nouveaux champs de bataille se forment dans les hôpitaux et les soldats en sont parfois les victimes. Les soldats présentent, pour ceux relevant de ces spécialités, un autre intérêt, plus économique mais qui demeure dans le domaine médical. Ces centres s'adressent à des blessés et des malades nécessitant le plus souvent de longs traitements et qui sont pour la plupart

---

Il souhaite par ailleurs donner des conférences aux chirurgiens-dentistes de ces cabinets pour leur exposer le fonctionnement qu'il veut mettre en place mais aussi pour les former à la réglementation et à des cas médicaux.

[1] A.N. C 7690. Instruction n°671 Ci/7 du 2 mars 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaires. La durée totale des soins ne doit pas excéder soixante jours.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Fargin-Fayolle sur le fonctionnement du centre de prothèse dentaire et des cabinets dentaires de garnison de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Ce qui est permis par l'instruction du 2 mars 1918. Il s'agit principalement des cabinets de l'hôpital complémentaire n°2 à Tours, de l'hôpital complémentaire n°17 à Poitiers et de l'hôpital complémentaire n°28 à Angers. Ces trois villes correspondent aux principales garnisons de la 9e région.

« valides » ; ils peuvent donc être employés pour différents travaux. Ainsi, s'il ne peut servir au front durant son traitement, le soldat peut très bien servir la France économiquement.

1) La physiothérapie au cœur de la rééducation fonctionnelle des blessés.

La mécanothérapie et l'électrothérapie jouent un rôle important dans le retour précoce des soldats au front d'autant plus que ces spécialités traitent une grande partie des blessés. Les chefs de ces services en ont conscience, le docteur Ledoux-Lebard estime en mars 1915 que le service de mécanothérapie est amené à traiter la moitié des blessés au cours de leur traitement[1]. Une organisation performante doit alors être mise en place pour en obtenir les résultats escomptés, notamment dans le cas de la mécanothérapie. Cependant, comme aucune thérapie standard n'existe, cela conduit à des conflits thérapeutiques.

a) La multiplication des organisations pour récupérer les soldats.

L'organisation régionale de la mécanothérapie et de l'électrothérapie repose sur le modèle classique d'un service central appuyé par des services secondaires comme évoqué auparavant. Les services centraux situés à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours possèdent les meilleures installations et sont de ce fait réservés aux cas les plus complexes et souvent les plus longs à traiter. Structurellement, cette organisation va être développée pour répondre à ses missions, puis se rétracter dans un souci de rationalisation du matériel et du personnel, aidée par la baisse des évacuations et l'amélioration des soins. Ceci conduit au renforcement de la position du centre de Tours. On affecte des annexes au service central de mécanothérapie pour augmenter sa capacité hospitalière[2] et un nouveau service est créé à l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours, spécialement destiné aux mutilés[3]. D'autres services secondaires vont s'ajouter à ceux qui existaient lors de la création du centre régional[4], des services supprimés en mai 1917 pour la mécanothérapie[5]. En juillet 1917, ce sont des restitutions de locaux scolaires qui affaiblissent le centre, puis en octobre, une nouvelle

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du service central de physiothérapie et de radiologie de la 9e région militaire du 10 mars au 25 mars 1915.

[2] À l'exemple de l'annexe des Tilleuls, de celle de l'école des Abeilles et de l'hôpital bénévole n°117bis. Un centre de mécanothérapie spécial semble avoir fonctionné à l'hôpital complémentaire n°51, il est mentionné comme en cours d'installation dans le rapport de mai 1915. L'hôpital complémentaire n°52 accueille deux services.

[3] Ce point est traité dans le chapitre 6, p. 359 de ce volume.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du service central de physiothérapie et de radiologie de la 9e région militaire du 10 mars au 25 mars 1915. En mars 1915, trois sous-centres de mécanothérapie-électrothérapie sont conservés : le service du docteur Jousselin à Niort, celui du docteur Leullier à l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers et celui du docteur Boutaud à Poitiers (en janvier 1916, le service de mécanothérapie est à l'hôpital complémentaire n°14). Concernant l'électrologie, l'absence de certains rapports ne permet pas de savoir ce qu'il est advenu des services de cette spécialité en-dehors de Tours.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de physiothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917. Les sous-centres n'apparaissent plus dans les rapports à partir de ce mois.

redistribution des locaux le prive d'une formation supplémentaire. Le docteur Ledoux-Lebard s'en satisfait, cela simplifie l'organisation du service et la surveillance des blessés[1].

Les centres de mécanothérapie élémentaire et leurs successeurs les dépôts de physiothérapie connaissent une évolution similaire. Créés dans le but de ne traiter que les cas les plus simples, auquel s'ajoute pour les seconds la volonté du commandement de reprendre en main la récupération des blessés, ils doivent disposer d'installations simples et de nombreux lits. Les centres de mécanothérapie élémentaire créés au début du mois de juin 1915[2] sont progressivement organisés à Tours dans les hôpitaux complémentaires n°52 et n°53 et à Angers à l'hôpital complémentaire n°19. Formations hybrides[3], les dépôts de physiothérapie ne traitent que les petits blessés insuffisamment guéris pour reprendre l'entrainement militaire. Ils reprennent pour partie les installations de leurs prédécesseurs comme à Angers et à Tours, avant, pour cette dernière ville, de déménager à la caserne Baraguey d'Hilliers en août 1916[4]. En juillet, un dépôt est installé à Poitiers à l'hôpital complémentaire n°55. Ces formations sont ensuite supprimées en mai 1917 pour celles d'Angers et de Poitiers et en février 1918 pour Tours[5].

L'offensive allemande de mars 1918 frappe de plein fouet cette organisation, montrant les limites d'une centralisation excessive sur Tours. L'affectation tout entière de l'hôpital complémentaire n°2 à la chirurgie supprime virtuellement ces deux services après que les blessés aient été évacués sur le Midi[6]. Le service d'électrothérapie maintient une faible activité, principalement des électrodiagnostics. Les traitements mécanothérapiques sont uniquement dispensés à l'hôpital complémentaire n°52 tandis que le personnel du service central est affecté à la chirurgie. Une situation qui dure jusqu'au mois de novembre où une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 est affectée au service de mécanothérapie en attendant la récupération des salles de l'hôpital complémentaire n°2. La démobilisation entraine la réorganisation de ces deux services[7]. Suite à la restitution du lycée Descartes, le directeur régional propose le transfert du service de mécanothérapie

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin major de 2e classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de physiothérapie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. À la fin de l'année 1917, il ne reste plus que le service central de l'hôpital complémentaire n°2, les services des hôpitaux complémentaires n°52 et n°5 et le dépôt de physiothérapie de la place de Tours.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°19 296 C/7 du 1er juin 1915 du directeur de la 7e Direction.
[3] Ces dépôts sont administrés par les corps de troupe, le Service de Santé n'intervenant que pour des questions techniques comme les soins.
[4] L'hôpital complémentaire n°53 accueille alors le centre de chirurgie et de prothèse maxillo-faciales.
[5] Nous ne savons pas pourquoi ces formations sont supprimées. Il y a très probablement un lien avec la création des structures de réentrainement des troupes.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin major de 2e classe Ledoux-Lebard sur le fonctionnement du centre de physiothérapie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Tout comme pour les blessés et malades relevant des centres d'O.R.L. et d'ophtalmologie, l'évacuation a eu lieu le 4 avril 1918.
[7] Les rapports s'arrêtant en novembre 1918, nous n'avons retrouvé que des informations parcellaires et uniquement pour Tours.

à l'hôpital mixte de Tours[1]. Dans le même temps, le pharmacien Métadier, qui souhaite récupérer son matériel, propose de traiter les militaires dans un établissement privé qu'il entend créer. Cette solution n'a pas la faveur du directeur régional qui propose d'utiliser un baraquement de l'hôpital mixte pour y installer ces deux services, solution qui semble, elle, avoir été adoptée[2].

b) Un rôle thérapeutique important mais une activité en constante diminution.

La mécanothérapie et l'électrothérapie jouent un rôle important dans le retour précoce des soldats au front d'autant plus que ces spécialités traitent une grande partie des blessés. Comme pour les autres spécialités, le Service de Santé prend conscience de l'intérêt pour la récupération rapide des soldats de faire rapidement appel à ces deux spécialités multipliant les injonctions en ce sens. Ce rôle important dans les soins est renforcé par l'étroite collaboration avec d'autres spécialités, principalement la chirurgie et la neurologie. En août 1915, le docteur Devaux réclame une plus grande collaboration entre les services de neurologie, d'électrologie et de mécanothérapie afin d'améliorer les soins et d'éviter les traitements inutiles sur des blessés incurables que l'on n'aurait pas détectés[3]. Cette vision est partagée par le directeur régional et en partie par la direction centrale qui souhaitent que les diagnostics soient plus précis[4] afin d'améliorer les soins. Une plus grande collaboration est aussi réclamée par les chirurgiens qui veulent une prise en charge immédiate des blessés après leur opération[5]. Ainsi, le chirurgien Ombrédanne se réjouit de la présence du service de mécanothérapie au lycée Descartes permettant une prise en charge directement au lit des blessés tout juste opérés[6]. Quant au chirurgien Robineau, il réclame la présence d'un masseur professionnel dans les principaux services chirurgicaux[7].

Ces collaborations tournent à la soumission sur fond de méfiance du Service de Santé envers les soins donnés aux blessés. Cette méfiance trouve son origine dans la lenteur des soins et dans la prolongation parfois indue des hospitalisations, bête noire de la récupération. En octobre 1915, la

---

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Lettre datée du 12 mai 1919 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[2] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 17 novembre 1919. Copie d'une lettre du médecin-chef de l'hôpital mixte de Tours au directeur de l'hospice général.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Devaux sur le fonctionnement du centre d'électrothérapie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1915. Il demande plus particulièrement à ce que les blessés soient examinés par un neurologue pour vérifier qu'ils n'ont pas de lésions nerveuses incurables.

[4] A.N. C 7689. Circulaire n°19 296 C/7 du 1er juin 1915 du directeur de la 7e Direction. On demande de procéder à des électrodiagnostics chaque fois que cela serait possible.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Devaux sur le fonctionnement du centre de physiothérapie et de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1915. Ces soins doivent cependant être donnés le plus rapidement possible pour obtenir les meilleurs résultats comme le réclame le docteur Devaux.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Partie rédigée par le chirurgien Ombrédanne.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 13 Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de juin 1916.

direction centrale dénonce celle des blessés dans les services de mécanothérapie dont l'état peut être jugé comme définitif[1]. Cette situation ne connaît pas d'amélioration et pousse à une décision radicale : placer les centres de physiothérapie sous la surveillance technique des chirurgiens et des médecins-chefs de secteurs[2]. La décision exaspère le docteur Wetterwald[3]. Les chirurgiens chefs de secteur procèdent alors à la visite des blessés des différents services de mécanothérapie afin de mettre fin à ces prolongations indues[4]. Agissant ainsi, le Service de Santé ne tient pas compte de la spécificité de certains traitements qui ne donnent des résultats qu'à long terme, comme en électrothérapie. Cependant, on peut penser que la bonne entente entre les chefs de centre et de service permet à ceux de mécanothérapie de conserver une certaine indépendance vis-à-vis des chirurgiens.

Outre cette méfiance du Service de Santé à l'égard des traitements employés, les services de mécanothérapie et d'électrothérapie sont confrontés à la difficulté, partagée par les autres services spécialisés, qu'est la pénurie de personnel. Le nombre de spécialistes, médecins ou infirmiers, étant limité au début de la guerre, les chefs de centre ont le plus grand mal à conserver ceux dont ils disposent pour leurs services ou qui ont été formés durant la guerre[5]. Malgré les efforts du Service de Santé pour stabiliser le personnel infirmier[6], les besoins de l'armée en soldats entrainent sa récupération[7] au détriment du fonctionnement des services et donc de la récupération des blessés. Pour pallier un tant soit peu ce problème, des formations sont organisées au niveau national[8] et au sein des services. Elles ont aussi pour but d'apporter ces soins mécanothérapiques directement dans les services hospitaliers afin d'assurer une prise en charge précoce. En mai 1916, le Service de Santé ordonne la formation aux techniques du massage d'une partie du personnel infirmier des différents hôpitaux dont ceux ayant des services chirurgicaux[9]. Ces formations doivent être faites au service central de physiothérapie. Elles sont organisées par le docteur Wetterwald qui, à son arrivée, a entrepris de compléter l'instruction de tous les infirmiers-masseurs de la région. Ainsi chaque mois,

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°226 3/7 du 17 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°318 Ci/7 du 15 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 562. Lettre datée du 16 novembre 1916 du docteur Wetterwald au docteur Haret.
[4] Les blessés sont alors dirigés sur d'autres services spécialisés pour être soignés ou bien sont envoyés sur les hôpitaux-dépôts de convalescents pour prendre une décision médico-légale.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 562. Lettre datée du 16 novembre 1916 du docteur Wetterwald au docteur Haret. Il accuse la direction centrale de ne pas lui faciliter la tâche sur ce point.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°45 Ci/7 du 17 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le changement de situation du personnel infirmier spécialisé est soumis à son autorisation.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°329 Ci/7 du 25 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les infirmiers électriciens, masseurs et kinésithérapeutes du service armé et ceux des classes 1902 à 1917 du service auxiliaire doivent être remplacés et envoyés au front.
[8] A.N. C 7689. Circulaire n°11 063 C/7 du 30 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Le Service de Santé organise à Paris un Centre d'Instruction de Mécanothérapie active élémentaire où des formations sommaires sont dispensées aux médecins. Ces médecins seulement initiés à la spécialité sont alors destinés à donner ces soins dans les hôpitaux-dépôts de convalescents. Le but est de former en seulement dix jours, six médecins de chaque région aux principes de la mécanothérapie active élémentaire et de les familiariser à la construction d'appareils simples.
[9] A.N. C 7521. Circulaire n°88 Ci/7 du 15 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

il prévoit d'instruire à la mobilisation immédiate des blessés quarante-huit infirmiers espérant ainsi mettre fin aux raideurs incurables chez les petits blessés[1]. Cette meilleure formation du personnel infirmier permettant une mobilisation précoce, ajoutée à une baisse des évacuations et à l'amélioration générale de la prise en charge des soldats, entraine une baisse de l'activité de la mécanothérapie. Celle-ci permet notamment les fermetures des services et les restitutions de locaux.

c) Une guerre de chapelles ?

La mécanothérapie et plus particulièrement la kinésithérapie, étant des spécialités assez récentes dans le monde médical français[2], il en résulte l'absence de traitements standards et une grande liberté laissée aux chefs des services. Les blessés et leur récupération sont alors utilisés pour la promotion de certaines méthodes de soins. Sous la conduite du docteur P. de Champtassin, les appareils de mécanothérapie passive connaissent un « âge d'or » même si d'autres traitements dont la kinésithérapie sont employés[3]. Cependant, il semble partisan des appareils. Son service en possède d'ailleurs de son invention tel un arthromoteur et deux appareils à moufle[4]. Ces appareils sont jugés inutiles par le docteur Wetterwald sauf dans de rares cas[5]. Ce sont principalement les raideurs sérieuses et les ankyloses, nombreuses aux débuts du centre vu le nombre de blessés de 1914 mal soignés provoquant ce type de complication[6]. Pour lutter contre elles, le docteur P. de Champtassin emploie tout d'abord la mécanothérapie active (mobilisation). Au final, l'emploi de ces machines ne se fait qu'en dernier recours mais les résultats ainsi obtenus sont difficilement quantifiables. Il n'en demeure pas moins que ce type de machine, notamment le modèle du docteur P. de Champtassin, est diffusé dans la région.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Wetterwald sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916.

[2] MONET, Jacques et PELLERIN Denys (préf.). *La naissance de la kinésithérapie (1847-1914)*. Paris : Éditions Glyphe, coll. « Société, histoire et médecine », 2009, 421 p.

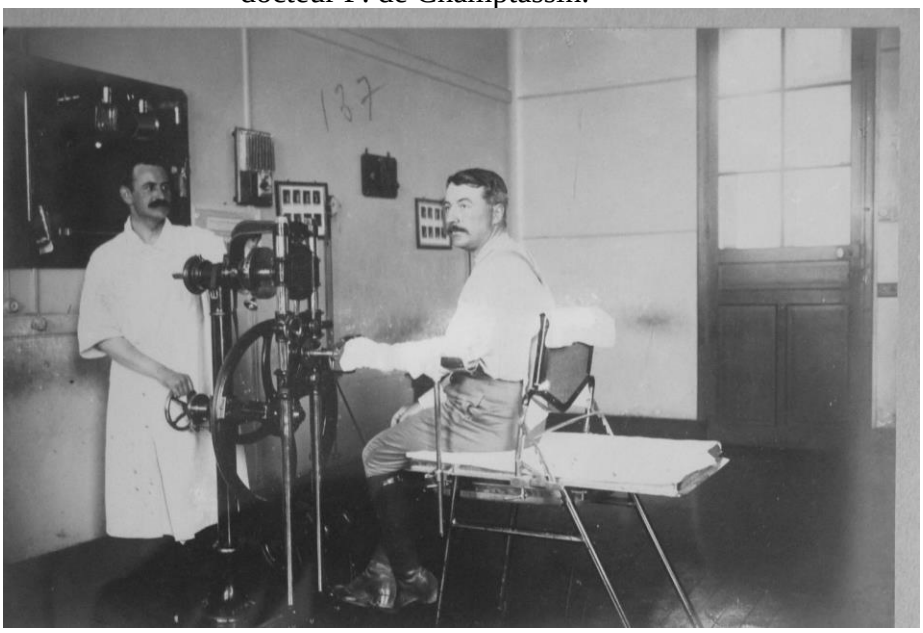
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe P. de Champtassin sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Durant ce mois, le matériel du centre comprend notamment un appareil de banc à ramer, deux massues, trois haltères et dix tables pour la mobilisation manuelle et le massage. Le service comprend quatre sections : mécanothérapie, mobilisation manuelle, massage et gymnastique.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe P. de Champtassin sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1915.

[5] L'arthromoteur sert ainsi dans les cas de raideurs très serrées avec une faible amplitude de mouvement. Dès que l'on obtient le résultat voulu, le blessé achève son traitement en kinésithérapie.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe P. de Champtassin sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1915. Lorsque le service commence à fonctionner le 7 mai 1915, les soldats soignés ont été blessés en 1914. Or, en l'absence d'une prise en charge précoce, le risque de complications est important. Le docteur de Champtassin évoque de nombreuses arthrites suppurées et des lésions nerveuses durant ce mois.

Figure 15. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Arthromoteur du docteur P. de Champtassin.



Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

Les procédures thérapeutiques changent du tout au tout avec l'arrivée du docteur Wetterwald qui utilise sa position pour affermir l'utilisation de la kinésithérapie dont il est un farouche défenseur[1]. Il commence par critiquer violemment les pratiques de son prédécesseur et de certains médecins de la région, ainsi que les résultats obtenus dont il conteste la méthode de calcul[2]. Corrigé par lui, la moyenne des guérisons serait de 35 % et non plus 65,5 %[3]. L'heure est désormais à la kinésithérapie au service central, une voie soutenue par le Service de Santé comme il a été montré. Cette méthode donne très rapidement les meilleurs résultats mais nécessite une très bonne instruction technique[4]. Elle comprend aussi une approche psychologique proche de celle du centre de neurologie pour les psychonévroses. En effet, il faut l'encouragement, la suggestion, l'autorité du médecin pour donner au blessé l'envie de guérir[5]. Ce traitement est complété par l'utilisation d'appareils[6] et se termine par de la gymnastique collective. Ce dernier traitement est indispensable puisqu'il réadapte le blessé à

[1] Il semble que l'une des volontés du docteur Wetterwald ait été d'hisser la kinésithérapie au même niveau que les autres spécialités médicales et d'obtenir son enseignement dans les facultés et les écoles de médecine. DUREY, Louis, HIRSCHBERG, Rubens, ROSENTHAL, Georges, WETTERWALD, Félix, et al. *Manuel pratique de kinésithérapie*. Paris : Alcan, 1912-1913, 7 tomes.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Wetterwald sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1916. Parmi le personnel visé et dont il souhaite se débarrasser, il cite le docteur Leullier qui dirige le sous-centre d'Angers. Il le juge dangereux car il emploie certains traitements abandonnés à Tours, comme l'usage d'appareils de contention, et critique sa tendance à inventer toutes sortes d'appareils sans considérations médicales.

[3] En l'absence des données utilisées nous ne pouvons confirmer ces résultats.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Wetterwald sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916. La technique qu'il emploie pour la mobilisation consiste « […] en mouvements passifs et en mouvements actifs avec résistance de l'aide. » Pour le massage, celui-ci comprend « […] la mobilisation ou le pétrissage de la peau et du tissu conjonctif, et l'effleurage. »

[5] On se rapproche ainsi des principes de suggestion employés avec la technique du « torpillage ».

[6] Par la suite, des appareils de balnéothérapie sont installés dans le service.

son rôle de soldat. Le docteur Wetterwald assure la supériorité de sa méthode qu'il confirme par une comparaison entre février et mai 1916. En février 4,5 % des soldats traités ont été guéris[1] représentant 22 % des sortants. En mai, ils sont 6,6 % et 34 %[2]. Ces résultats sont difficilement vérifiables et l'augmentation très minime montre la faible récupération du service central qui, il est vrai, ne soigne que les cas les plus compliqués. La véritable action de récupération se fait donc directement dans les services chirurgicaux et médicaux mais aussi dans les autres services de mécanothérapie.

Figure 16. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Massages.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 16 avril 1916. Date et auteur inconnus.

Les services d'électrologie de la 9e région sont épargnés par ces conflits. Le docteur Devaux, à la tête du service régional jusqu'en janvier 1916, semble ne pas intervenir dans les traitements des autres services. Dans un premier temps, il soigne les blessures intéressant le système nerveux et leurs complications que sont les paralysies, les atrophies musculaires et les ankyloses, blessures qui entrent aussi dans le champ de la mécanothérapie. Il traite aussi les troubles pithiatiques en collaboration avec les autres services. La palette des outils thérapeutiques qu'il emploie est assez large et parfois commune à la mécanothérapie[3]. Elle comprend les traitements électriques pour les lésions des nerfs et les atrophies musculaires, mais aussi la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'utilisation d'air chaud,

[1] Il faut comprendre par-là, renvoyés sur leur dépôt.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Wetterwald sur le fonctionnement du centre de mécanothérapie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916. Dans ce rapport, il explique aussi que les blessés de Verdun guérissent quatre fois plus rapidement que ceux du début de la guerre. On ne peut dire si cette constatation traduit les résultats de sa méthode ou si ces résultats sont dus plus généralement à l'amélioration des soins donnés aux soldats.

[3] Cette remarque est vraie au début de la vie du service, puis avec l'installation du service de mécanothérapie, le service d'électrologie se concentre sur l'utilisation d'appareils électriques. La proximité des deux services fait aussi que les soldats traités passent très facilement de l'un à l'autre.

le massage manuel ou bien vibratoire, les appareils de mécanothérapie et les rayons X[1]. Mais il recentre son activité sur les traitements électriques, la luminothérapie et l'utilisation de l'air chaud. Le service est alors très lié à celui de neurologie, mais d'autres spécialités l'utilisent. Après son départ, le docteur Ledoux-Lebard conserve dans les grandes lignes l'organisation qu'il a établie.

Les blessés relevant de ces deux spécialités ont aussi un autre intérêt aux yeux de l'État, celui de constituer une main-d'œuvre utile à l'économie du pays. Ces hommes ne pouvant être encore classés dans le service armé, ne sont pas pour autant inutilisables. En outre, les soins en électrothérapie et en mécanothérapie pouvant durer plusieurs mois, il convient de lutter contre le désœuvrement et l'ennui des soldats qui poussent certains à trop fréquenter les cafés[2]. Très rapidement, l'intérêt de les employer pour les travaux agricoles à proximité des hôpitaux ou chez eux via les permissions agricoles, ou bien dans des ateliers apparaît. Cet intérêt n'est pas incompatible avec les soins puisque l'on entrevoit tout le bénéfice de cette rééducation par le travail des blessés dont l'état s'améliore simultanément[3]. Les blessés constituent alors une main-d'œuvre indispensable pour les travaux des champs[4]. Et vu les très bons résultats thérapeutiques, le Service de Santé ordonne la création de centres hospitaliers agricoles dépendant du centre de physiothérapie. Des centres similaires sont aussi créés annexés à ceux de neurologie et de prothèse[5]. Les blessés employés sont rémunérés et contrôlés tout comme les employeurs pour éviter les abus.

2) Le centre neurologique, un service des plus actif.

Le centre régional de neurologie qui prend place à l'hôpital complémentaire n°2 au mois de mars 1915 vient compléter l'arsenal thérapeutique de cette formation et à plus forte raison de la région. S'organisant sur le même modèle que les précédents centres, il connaît une évolution similaire

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Devaux sur le fonctionnement du centre d'électrothérapie de la 9e région militaire durant le mois juin 1915. Il reprend les travaux de Babinski et Charpentier sur l'emploi des rayons X pour les névrites douloureuses et souhaite les employer avec l'aide de Ledoux-Lebard. Avant lui, le docteur Leullier les utilise dans son service d'Angers.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Devaux sur le fonctionnement du centre d'électrothérapie de la 9e région militaire durant le mois septembre 1915.

[3] A.N. C 7689. Circulaire n°23 405 C/7 du 1er juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les travaux agricoles sont vus comme un « […] excellent traitement complémentaire de la cure physiothérapique […] ». A.N. C 7521. Circulaire n°17 Ci/7 du 13 février 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. L'utilisation des blessés pour les travaux agricoles donne d'excellents résultats tant pour l'amélioration de leur état que pour les rendements agricoles. Le Service de Santé encourage de les y employer le plus largement possible et les cultivateurs demandent à conserver les hommes utilisés.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°6 474H du 25 juillet 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il ordonne de donner dans la plus large mesure possible des permissions agricoles aux blessés des services de physiothérapie, d'O.R.L. et d'ophtalmologie. A.N. C 7690. Circulaire n°768 Ci/7 du 24 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Face à la pénurie de main-d'œuvre, on ordonne de mettre le plus grand nombre de blessés des services de physiothérapie et de neurologie à la disposition de l'agriculture.

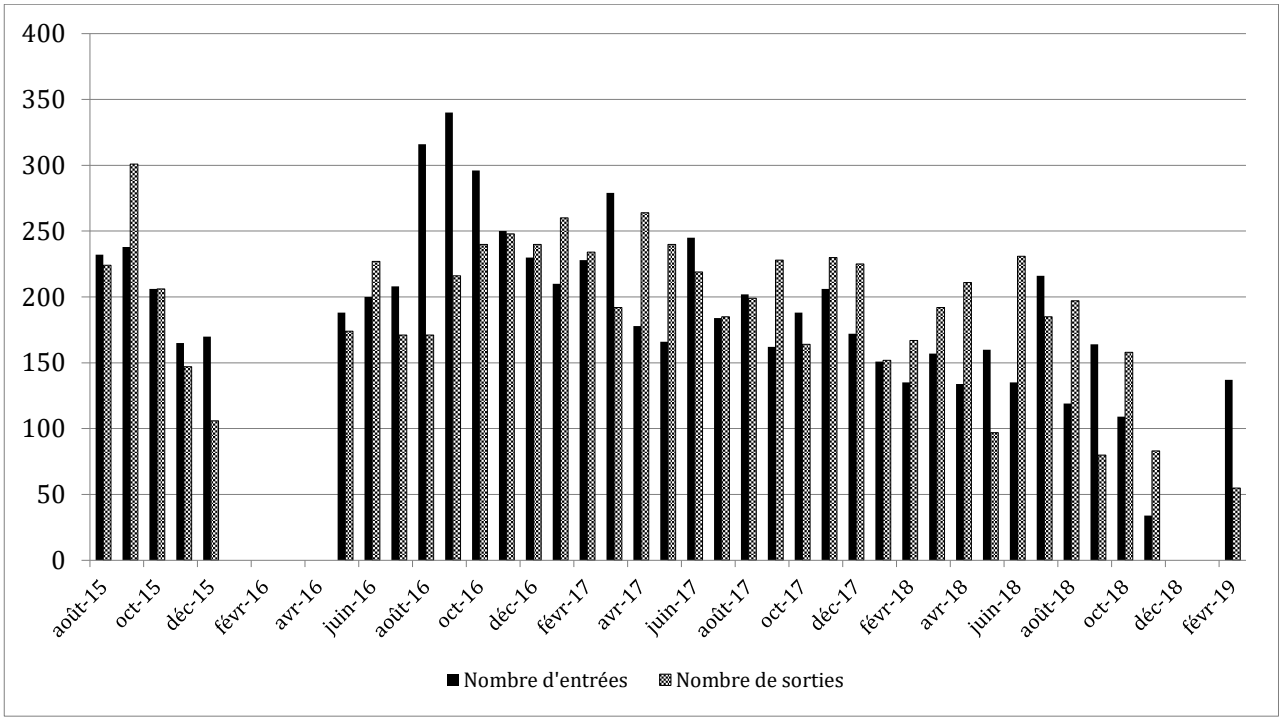
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°506 Ci/7 du 10 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. A.N. C 7690. Circulaire n°576 Ci/7 du 25 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Tout d'abord constituées dans des hôpitaux complémentaires, ces formations sont étendues aux hôpitaux bénévoles.

à ces derniers. Appelé à une importante activité en raison des nombreuses blessures touchant le système nerveux, il intervient aussi dans les cas de stress post-traumatique. La succession de différents spécialistes à sa tête entraine une évolution des thérapies employées qu'il convient de montrer.

a) Un centre important.

Lorsqu'il est créé en mars 1915, le centre de neurologie de la 9e région est appelé à une grande activité en raison du nombre élevé de blessures avec lésions nerveuses et d'hystéro-traumatismes[1]. En outre, la longueur des traitements et leur complexité maintiennent une activité et obligent les centres neurologiques à disposer d'importantes capacités hospitalières[2]. D'autant plus que l'on ordonne d'utiliser tous les moyens thérapeutiques avant d'envoyer un soldat atteint de lésion nerveuse incurable devant les commissions de réforme[3]. Cette activité diminue cependant au cours du conflit.

Figure 17. Évolution des entrées et des sorties au service central de neurologie de la 9e région d'août 1915 à février 1919[4].



Pour s'adapter à cette activité le centre de neurologie va croître sur le même modèle que les autres services : par l'ajout de formations. Et ceci malgré les difficultés matérielles et les pénuries de

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°10 685 du 9 octobre 1914 du directeur de la 7e Direction. Les premiers centres neurologiques ont été créés pour soigner ces malades et blessés.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°37 899 C/7 du 9 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La direction centrale reconnaît la longue durée des traitements et ordonne les augmentations.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°112 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] Les différents chefs de ce centre évoquent principalement leur activité par le mouvement du centre, comprenant le nombre d'entrées et de sorties, et par le nombre de consultations données. Ils n'évoquent pratiquement jamais le nombre de traitements notamment parce que ces derniers sont généralement faits dans d'autres services (chirurgie, physiothérapie). On comprend ainsi l'intérêt du centre à cohabiter avec ces services à l'hôpital complémentaire n°2.

personnel qui frappent les services spécialisés. Le centre neurologique[1] dans son extension maximum, comprend cinq formations et 820 lits[2]. Tout comme les autres centres, il doit se réorganiser suite aux restitutions de locaux, notamment celles des écoles. En avril 1917, il perd l'annexe des Tilleuls de l'hôpital auxiliaire n°103 et en juillet, une partie de l'hôpital complémentaire n°51 situé dans un groupe scolaire rendu à la ville de Tours. Dans un premier temps, cela n'inquiète pas le docteur Cestan[3] à la tête du centre. En effet, il dispose désormais d'une expérience qui lui permet de prendre plus rapidement des décisions médico-légales. En outre, il désencombre le centre en permettant aux malades et aux blessés de travailler dans l'agriculture[4]. En septembre 1917, le service central est transféré à l'hôpital bénévole n°116bis, le centre possède alors trois formations et 538 lits. Mais malgré l'organisation adoptée par le docteur Cestan et son expérience, le centre est quelque peu engorgé et son chef est visé par les critiques concernant les soldats hospitalisés depuis plus de trois mois[5]. Outre des traitements pouvant être particulièrement longs, il dénonce les lenteurs dans la constitution des dossiers à destination des commissions de réforme[6]. Ainsi, l'administratif pénalise l'action thérapeutique et complique l'activité des centres.

L'organisation de la neurologie dans la 9e région se démarque des autres spécialités dans le sens où jusqu'en janvier 1918 elle ne possède pas de sous-centre. Les malades et blessés relevant de la neurologie sont traités à Tours après y avoir été dirigés par leur précédente formation à la suite d'une évacuation du front ou d'une consultation donnée par le chef du centre ou l'un de ses adjoint[7]. Ceci aurait pu durer jusqu'à la fin du conflit mais un service a été créé à l'hôpital complémentaire n°21 de Poitiers en janvier 1918, suite à l'arrivée des troupes américaines provoquant une cession de formations et une réorganisation des spécialités médicales à Tours[8]. Le centre perd les hôpitaux

[1] En mai 1915, il obtient l'hôpital bénévole n°117bis dirigé par Clovis Vincent. En juillet 1915, il obtient l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°103, dite les Tilleuls, où le docteur Gougerot traite les syphilis nerveuses. En novembre 1915, des lits de l'hôpital complémentaire n°51 sont affectés au centre. Entre décembre 1915 et mai 1916, l'hôpital bénévole n°116bis est affecté au centre.

[2] Cette extension est obtenue en août et septembre 1916, puis d'octobre 1916 à mars 1917 le centre comprend cinq formations représentant entre 792 et 797 lits.

[3] Il prend la direction du centre de neurologie de la 9e région militaire en avril 1917.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917.

[5] A.N. C 7690. Circulaire n°612 Ci/7 du 5 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On demande à différents centres, mais principalement à ceux de physiothérapie et de neurologie, de mettre fin aux hospitalisations indûment prolongées. Dans cette circulaire, on cite une partie du rapport d'une commission de contrôle agissant dans le cadre de la loi Dalbiez qui a inspecté les formations d'une région et qui évoque un centre de neurologie conservant quatre-vingt-huit hommes hospitalisés depuis plus de trois mois dont certains pourraient voir leur cas réglé rapidement. Le docteur Cestan se sent visé par cette critique et apporte sa réponse dans son rapport du mois d'octobre.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. Même en s'y prenant à l'avance et pour un blessé léger, il estime qu'il faut entre cinq et six semaines pour réunir toutes les pièces nécessaires.

[7] Les différents chefs de centre font régulièrement des tournées d'inspection, ils semblent moins pénalisés que leurs collègues par les problèmes de transport, du moins ceux-ci sont très peu mentionnés.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1918. Carton A 223. Projet de la lettre collective n°1 836

bénévoles n°116bis et n°117bis et le service central déménage à l'hôpital complémentaire n°51. Le nouveau service de Poitiers poursuit son installation en février afin de se doter des équipements nécessaires aux soins. La 9e région est alors divisée en deux secteurs neurologiques afin de partager l'activité des deux services. Le secteur du service central de Tours comprend les départements du Maine-et-Loire, de l'Indre-et-Loire et de l'Indre tandis que la Vienne et les Deux-Sèvres sont rattachées au service de Poitiers. Le docteur Cestan se contente de cette organisation originale qui allie le fonctionnement en centre régional à celui en secteur.

Cette organisation est là aussi durement frappée par l'offensive de mars 1918 qui fait sentir ses effets au début du mois d'avril par l'évacuation sur les autres centres de neurologie, des malades et des blessés transportables[1]. Elle est ensuite réorganisée pour répondre aux nouvelles missions de la 9e région ce qui se traduit par la perte quasi totale du service de Poitiers dont l'hôpital est affecté aux blessés. Cependant, on parvient à y créer un service neurochirurgical et les neurologues de ce service continuent à faire des inspections, des consultations et poursuivent les traitements sous le régime de l'externat. Des collaborations neurochirurgicales sont mises en place avec les chirurgiens chefs de secteurs. À Tours, un service de neurochirurgie pour lésions nerveuses est créé à l'hôpital bénévole n°97bis et un autre pour les interventions crâniennes à l'hôpital auxiliaire n°10[2]. En mai, le centre connaît une nouvelle réorganisation en se réinstallant à l'hôpital bénévole n°116bis et perd alors les autres formations tourangelles tandis qu'à Poitiers, le service récupère quelques lits avant de déménager à l'hôpital complémentaire n°17 de la ville[3]. Tout comme pour les autres centres, l'activité régionale est pénalisée par le fonctionnement sous le régime des évacuations. Cette situation se poursuit jusqu'à la démobilisation qui donne lieu à la dernière réorganisation du centre de neurologie là aussi sur les bases de la circulaire du 22 décembre 1918 et en lien avec la psychiatrie. Ainsi un service de neuropsychiatrie est créé à l'hôpital complémentaire n°59, auparavant centre de

3/7 du 3 février 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Une autre raison serait cette lettre en projet, mais probablement envoyée, qui prescrit au besoin, la création d'un ou deux sous-centres.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Oberthür sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1918. Celui-ci prend la direction du centre durant ce mois. Ces deux services ont probablement été créés en juin.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Sichère sur le fonctionnement du secteur neurologique de Poitiers durant le mois d'août 1918. L'hôpital complémentaire n°21 est cédé aux Américains et le service s'installe alors dans l'hôpital où se trouve le centre spécial de réforme ce qui ne convient pas au chef du centre de neurologie.

psychiatrie[1]. Dans le même temps, le médecin major de 1ère classe Léri (1875 – 1930), résidant à Paris, est nommé médecin consultant en neurologie pour la région[2].

b) Le traitement des blessés et des malades « nerveux ».

Le centre de neurologie ne déroge pas à la règle concernant la récupération des effectifs et l'amélioration de l'état de ceux qui doivent être réformés. Il convient alors de comprendre comment sont soignés les soldats dirigés sur le centre de neurologie de la région ou sur le sous-centre de Poitiers. Dès lors, il faut définir les maladies et les blessures prises en charge par ces services, ce qui s'avère quelque peu compliqué. Dans son premier rapport, le docteur Laignel-Lavastine explique son classement : lésions traumatiques des nerfs, lésions non traumatiques des nerfs, lésions de l'encéphale, lésions de la moelle, névroses et psychonévroses[3]. Cette classification évolue par la suite et que l'on peut séparer en deux parties : d'un côté les lésions nerveuses, cérébrales et les maladies s'y rapportant, et de l'autres les cas relevant de « maladies mentales » et de stress post-traumatique. Ces deux catégories sont parfois très liées et parfois difficiles à définir[4], mais permettent de montrer deux aspects de l'activité du centre.

Face aux blessés et aux malades « nerveux », le plus souvent les chefs de centre n'emploient pas directement de thérapie. Plus précisément, les traitements indiqués par les neurologues sont en réalités appliqués par les autres services, principalement ceux de chirurgie et de physiothérapie. On comprend alors tout l'intérêt des collaborations avec ces services et de la cohabitation des services centraux à l'hôpital complémentaire n°2. Cependant, ces centres se dotent d'instruments utilisés dans les autres services, notamment d'appareils d'électrodiagnostic et de mécanothérapie, et adoptent aussi le massage et la rééducation physique comme traitement. Concernant les opérations, il n'existe pas de neurochirurgiens en France[5]. Les neurologues diagnostiquent et posent les indications pré-

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Loup sur le fonctionnement du centre de neuropsychiatrie de la 9e région militaire durant le mois de février 1919. Nous ne disposons que de ce rapport parcellaire. Nous ne savons pas quand cette création a eu lieu mais en décembre 1918, le centre de neurologie était encore à l'hôpital bénévole n°116bis.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 223. Minute de date et d'auteur inconnus, le modèle provient du ministre de la Guerre. Le médecin aide-major de 1ère classe Baruk est quant à lui nommé médecin consultant en psychiatrie.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de mars 1915.

[4] SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. « Discussion sur les troubles nerveux dits fonctionnels observés pendant la guerre. » *Revue Neurologique*, 1915, séances des 18 février et 4 mars 1915, p. 447-453. Henry Meige clôt les discussions ainsi : « Quel que soit le terme employé selon les cas (troubles imaginaires, troubles fonctionnels, troubles hystériques, pithiatiques, mythomaniaques, hystéro-traumatisme, névrose traumatique, phénomènes de suggestion, d'exagération, de simulation), il importe que les sujets qui présentent des phénomènes de ce genre ne soient pas confondus avec ceux qu'on désigne communément aujourd'hui sous le nom de « blessés nerveux » et qui sont atteints d'affections avérées du système nerveux. » Enfin, la société adopte un vœu proposé par le docteur Babinski et adressé au ministre de la Guerre réclamant que ces malades soient évacués au plus vite sur les services spécialisés. La société réclame aussi la création de services spéciaux pour ceux dont le traitement a échoué.

[5] Il faut comprendre ce terme comme un neurologue qui opère et non comme un chirurgien ayant des connaissances en neurologie.

opératoires. Ils assistent à l'opération afin de conseiller le chirurgien, dont certains se sont spécialisés dans ces opérations avant la guerre. C'est le cas notamment pour les blessés du crâne. Concernant les extractions de projectiles intracrâniens[1], ils sont pratiqués par le chirurgien Ombrédanne selon la technique mise au point à l'hôpital complémentaire n°2 et sous le contrôle du centre de neurologie[2].

Le traitement des lésions nerveuses dans la 9e région montre une évolution de cette question liée à la fois au changement du chef de centre de neurologie et à l'action parfois indépendante des chirurgiens[3]. Elle dévoile aussi la volonté de récupérer ces blessés pour le service armé ou du moins d'améliorer leur état en vue d'une réforme ou d'un passage dans le service auxiliaire ou une autre arme. En juillet 1915, le docteur Laignel-Lavastine s'interroge sur l'efficacité des opérations nerveuses[4]. En janvier 1916, le chirurgien Ombrédanne explique, dans son rapport, opérer de moins en moins les nerfs et ce, en accord avec le neurologue Clovis Vincent[5]. Cette position évolue avec l'arrivée du neurologue Cestan[6]. En mai 1918, durant le régime d'évacuation, il met en place une organisation neurochirurgicale visant à l'intervention précoce sur les nerfs sectionnés et ce, avant même la cicatrisation de la plaie[7]. La suture précoce des nerfs[8] permet en outre de diminuer les complications qui interviennent généralement sous la forme de névromes. En juin 1918, il poursuit ses expérimentations et obtient la création des services neurochirurgicaux précédemment mentionnés. Cependant, il souhaite la création d'une formation entièrement consacrée à ces lésions et à ce

---

[1] SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE et SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. « Séance commune de la Société Nationale de Chirurgie et de la Société de Neurologie de Paris (Mercredi 24 Mai.). Présidence de M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 1, n°6, p. 721-864. Cette question est discutée lors de cette réunion qui aborde les blessures du crâne.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de février 1916. Le neurologue Clovis Vincent pose les indications pré-opératoires.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois de février 1917. Il décide d'opérer les nerfs adhérents ou comprimés mais pas les destructions ou sections des nerfs.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1915. Il fait cette constatation en comparant des blessés nerveux d'août et de septembre 1914 dont certains ont été opérés et d'autres non. Chez ces derniers, certains ont récupéré à peu près entièrement leur motricité et leur sensitivité.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de janvier 1916. Cependant, nous ne savons pas clairement quelle est la position du neurologue Vincent sur cette question. Il n'évoque pas les traitements dans ses rapports. Au niveau national, la restauration nerveuse est pratiquée, elle l'est aussi dans la 9e région militaire.

[6] Dans le même temps, la circulaire n°112 Ci/7 du 31 mai 1916 précédemment citée, ordonne d'employer toutes les thérapies avant de réformer un blessé.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918. Il reprend une proposition de la conférence chirurgicale interalliée de novembre 1917 et se base sur des résultats qu'il a obtenus. Il n'est pas le seul à envisager cette intervention. Le chirurgien Brin dans son rapport du mois de mai 1918 souhaite procéder à des sutures précoces. Il ne peut le faire sans l'intervention d'un neurologue pour faire les diagnostics nécessaires. Il souhaite alors regrouper les lésions nerveuses dans une formation disposant des moyens nécessaires ou bien il demande à ce qu'un neurologue vienne périodiquement dans son service. Cela montre aussi que les neurologues n'ont pas le monopole des lésions nerveuses.

[8] On trouve ici un parallèle intéressant avec la suture primitive des plaies.

traitement afin d'en obtenir le meilleur résultat mais aussi pour en déterminer la réussite. En juillet, il considère sa méthode fixée :

> « Suturer rapidement et traiter longtemps le blessé sous une surveillance médicale, tels sont, à mon avis, les deux principes fondamentaux. »[1]

Les recherches sont poursuivies par son successeur le docteur Oberthür qui souhaite mettre en place la formation réclamée par le docteur Cestan mais sans succès. Les résultats obtenus par le centre concernant les lésions nerveuses sont inconnus.

c) La prise en charge des soldats « brisés » par la guerre.

Le premier à traiter ces types de maladies au centre de neurologie est le docteur Laignel-Lavastine. Il emploie des psychothérapies classiques pour les troubles fonctionnels[2] et estime que beaucoup de soldats atteints par ceux-ci peuvent être rendus à l'armée. Pour cela, il fait de son service un premier outil psychothérapique avec notamment l'installation de boxes individuels[3] et de locaux disciplinaires afin de décourager les simulateurs, les exagérateurs et les persévérateurs[4]. Les traitements comprennent la coercition avec isolement au pain et à l'eau et menace de conseil de guerre, la négociation avec une promesse de congé de convalescence en cas de guérison prochaine et des traitements médicaux[5]. Les résultats sont difficilement quantifiables d'autant que le risque de rechute chez les malades et les blessés existe. Pour l'éviter, il prévient par lettre les médecins des dépôts où sont dirigés ces soldats afin de les mettre en garde contre celles-ci et leur proposer un réentrainement adapté[6]. Le traitement des troubles fonctionnels rencontre des résultats très variés d'autant que ces troubles se doublent parfois de troubles organiques[7]. Le docteur Laignel-Lavastine souhaite diversifier les thérapies en utilisant le travail[8] puis en réclamant la création d'un service de

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. Il préconise la suture précoce dès 1915 mais il évoque tout de même des limites à la suture nerveuse.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1915. Une définition plutôt large qui va de l'hystérie à la simulation.

[3] *Ibidem.* L'individualité des traitements est parfois indispensable, notamment lors de la consultation où le malade est seul avec le médecin. Le docteur Laignel-Lavastine rappelle que « […] le nerveux est un poison pour le nerveux. »

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 25 septembre au 25 octobre 1915. Parmi les soldats soignés, les exagérateurs, les persévérateurs et les simulateurs sont des catégories dont il se méfie. Les premiers représenteraient un quart des hospitalisés de son centre tandis que les derniers seulement 1 %. Cependant, il est difficile de les repérer car il lui faut le flagrant délit ou l'aveu du soldat pour le classer dans cette catégorie.

[5] Il ne décrit pas ces traitements médicaux.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1915. Il reprend l'idée du neurologue Claude.

[7] *Ibidem*.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 26 juillet au 25 août 1915. Il veut soigner par le travail mais aussi lutter contre l'inactivité des malades et blessés de son centre.

thérapie coercitive pour les réfractaires à la thérapie simplement médicale[1]. Un service est mis en place par son successeur, le neurologue Clovis Vincent, en novembre 1915.

La prise en charge de ces soldats évolue avec le docteur Clovis Vincent qui applique aux hystériques et aux troubles fonctionnels[2] sa technique dite du « torpillage »[3], un traitement « classique »[4]. Ce traitement qui dans toute sa phase comprend de la rééducation physique sous une pression disciplinaire et morale et dure trois mois, rend de tels résultats que le centre est débordé à l'automne 1916. Cependant, le succès de cette méthode est à nuancer car une fois quitté le centre, le risque de « rechute » existe. En outre, il existe une catégorie de soldats pour laquelle ce traitement échoue de l'aveu même du docteur Clovis Vincent. Il s'agit des troubles réflexes[5] que certains classent dans la catégorie des hystéries. Dans une série d'interventions à la Société de Neurologie de Paris, il évoque la persistance de ces troubles malgré l'application de son traitement ou de traitements mécanothérapiques[6]. Souvent liés à des troubles hystériques qui guérissent rapidement, il met en garde ses collègues contre un acharnement à vouloir les soigner par le même traitement que pour les hystéries[7]. D'après les observations qu'il a faites au centre de Tours, les blessés soignés par ces traitements conservent une gêne qui les empêche de reprendre leur ancien poste, mais ils peuvent être utilisés dans d'autres services[8]. La récupération des blessés et malades nerveux menée à tout prix par ses promoteurs les plus zélés rencontre des limites que ceux-ci reconnaissent.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire du 25 septembre au 25 octobre 1915. Cependant, il ne définit pas cette thérapie médicale.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 132. Rapport non daté (probablement entre juin et décembre 1916) sur l'hôpital complémentaire n°2 et ses services. Partie rédigée par le neurologue Clovis Vincent. Il classe parmi les hystériques « […] tout homme dont l'affection est susceptible de se modifier dans un temps très court sous l'influence de la volonté. » Il reprend la définition du pithiatisme de son maître Babinski.

[3] *Ibidem.* Pour les cas où ces troubles se doublent de troubles organiques, il vérifie que le traitement n'aggrave pas l'état du blessé. Le but du traitement est de persuader que le soldat n'est pas malade. Cette suggestion se fait par l'application de courants électriques jusqu'à ce que « […] le malade nous [le docteur Vincent] cède. » Cette partie du traitement peut durer plusieurs dizaines de minutes au besoin. Elle est suivie par une rééducation physique dirigée par d'anciens soldats traités par cette méthode. Le but est d'éviter que le malade ne « retombe » dans son état premier.

[4] BLONDEL, Christine. « La reconnaissance de l'électricité médicale et ses « machines à guérir » par les scientifiques français (1880-1930) ». *Annales historiques de l'électricité,* 1/2010, N° 8, p. 37-51. RASMUSSEN, Anne. « L'électrothérapie en guerre : pratiques et débats en France (1914-1920) ». *Annales historiques de l'électricité*, 1/2010, n° 8, p. 73-91.

[5] VINCENT, Clovis. « A propos du Pronostic et du Traitement des Troubles dits Réflexes. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, séance du 12 octobre 1916, p. 537-542. Il classe parmi eux l'atrophie musculaire, l'hypotonie, la contracture, les troubles vasculaires et thermiques.

[6] *Ibidem.*

[7] *Ibid.* SOUQUES, A., MÉGEVAND, J., NAÏDITCH et RATHAUS. « Troubles de la Température locale, à propos d'un cas de Paralysie dite Réflexe du Membre inférieur. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, séance du 12 octobre 1916, p. 505-513. Lors de cette séance, le docteur Charpentier s'oppose aux mesures coercitives à leur encontre. Il évoque aussi l'interprétation mécanothérapique des atrophies musculaires dont l'origine serait l'inactivité.

[8] Ces constatations interviennent dans un débat plus large et ne sont pas partagées par l'ensemble des neurologues. Ainsi, le docteur Laignel-Lavastine estime que les psychothérapies coercitives ont toute leur place dans le traitement de ces troubles réflexes. Mais l'opposition de Clovis Vincent se fait principalement contre le neurologue Gustave Roussy (1874 – 1948), qui fait part des résultats qu'il a obtenus dans son service de Salin où il emploie des traitements similaires à ceux de Vincent à Tours. Cependant, le docteur Roussy dispose de plus de moyens que le docteur Clovis Vincent lorsqu'il était à Tours, moyens qu'il n'a pas obtenus.

Figure 18. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de neurologie. La visite du docteur Clovis Vincent[1].

Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

Le docteur Cestan va réorienter les traitements, du moins essayer, probablement pour ces raisons. Il emploie deux formes de psychothérapie, celle du déclenchement brusque qui est le « torpillage » du docteur Clovis Vincent et une méthode progressive[2]. Parmi les nouveaux soins qu'il essaie de mettre en place, on trouve la thérapie par le travail, comme les travaux des champs[3] avec l'isolement des malades et la gymnastique collective. Il souhaite recréer dans la région le centre de rééducation qu'il a mis en place au début de la guerre dans la 17e région[4] mais ne disposant pas des moyens nécessaires, notamment en locaux, il doit abandonner ce projet. Le docteur Cestan n'a pas une approche plus « douce » des hystéries qu'il critique durement. Ainsi s'il abandonne le lycée Descartes, c'est pour mettre fin au « […] déplorable état des choses […] »[5] qu'est la cohabitation entre élèves du lycée et malades de son centre. Les névrosés sont vus comme un risque de « […] contagion psychique […] » [6] pour l'arrière. Il souhaite que les hystériques qu'il n'aurait pu soigner passent de centre en centre pour éviter une mauvaise influence sur les autres malades. Si aucun

[1] Le docteur Clovis Vincent est au premier plan à droite. Il tient dans sa main droite l'appareil servant au « torpillage ».
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. Il ne donne pas de détails quant à cette méthode progressive.
[3] Dans le même temps et pour tous les malades et blessés du centre, il a recours aux permissions et aux congés de convalescence pour le désengorger. Il procure ainsi de la main-d'œuvre à l'agriculture comme d'autres centres. Comme il a été vu, ces pratiques sont encouragées par le Service de Santé.
[4] S.H.D. Dossier 6 Ye 27 250. CESTAN Raymond, Jacques, Pierre, Jules.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.
[6] LE NAOUR, Jean-Yves. *Les soldats de la honte*. Paris : Perrin, 2011, 277 p.

traitement ne fonctionne, il considère qu'il faut « […] les isoler comme on isole les porteurs de germe […] »[1] en les concentrant dans une formation agricole afin qu'ils rendent service à l'agriculture.

La prise en charge de ces malades connaît une dernière évolution à la fin de la guerre avec le fonctionnement sous le régime des évacuations, une adaptation qui concerne les psychonévrosés. Les services de neurologie doivent uniquement prendre en charge ceux qui sont rapidement récupérables, une définition subjective tant il est difficile de donner une durée moyenne de traitement pour ces malades[2]. Cette directive n'est pas suivie[3] d'autant que le régime d'évacuation est inadapté au traitement de certains malades dont les pithiatiques. Les évacuations secondaires suspendant les traitements, elles nuisent aux guérisons[4]. Pour le docteur Oberthür, ce régime d'évacuation est néfaste au traitement de ces malades. En effet, il ne peut plus faire appel aux services de mécanothérapie et d'électrothérapie du lycée Descartes. Mais surtout, il est devenu impossible d'envoyer les malades en travail agricole surveillé ou de faire une rééducation fonctionnelle complète qui nécessite du temps[5]. Il en résulte selon lui une perte pour l'armée car des soldats qui auraient pu être guéris conservent des séquelles, voire deviennent irrécupérables[6]. Cette situation évolue peu jusqu'à l'armistice. Seule amélioration, le Service de Santé ordonne d'utiliser toutes les ressources thérapeutiques nécessaires et surtout interdit la suspension des traitements[7].

3) L'avènement de la psychiatrie militaire ?

Avant la création du centre régional de psychiatrie, le centre de neurologie a la mainmise sur les soldats souffrant de troubles psychiques et psychiatriques par le tri qu'il exécute. Le service du docteur Baruk à Sainte-Gemmes-sur-Loire, ouvert depuis le début du conflit, n'a jamais pu rivaliser avec le « puissant » centre de neurologie. Dès lors, la création du centre de psychiatrie à Tours met fin à ce monopole. Dans ce contexte, on peut se demander si l'action du psychiatre Kahn à la tête de ce centre n'est pas de promouvoir la psychiatrie militaire encore « balbutiante » et de s'émanciper de la neurologie.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918.
[3] Cependant, le centre de Tours continue de soigner les nerveux de la région et le docteur Cestan décide tout de même de prendre en charge les nerveux ayant un long traitement et qui en sont originaires. Ce choix est aussi dicté par des soucis « d'humanité » mais aussi pour éviter les transports inutiles. En effet, une fois guéris, ces malades sont renvoyés à leurs dépôts qui sont principalement dans la région.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Sichère et du médecin aide-major de 1ère classe Quellien sur le fonctionnement du sous-centre de neurologie de Poitiers durant le mois de juin 1918.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Oberthür sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1918.
[6] Ceci conduit aussi à une augmentation des pensions et des taux de réforme et à une perte de main-d'œuvre.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1918. Il cite la circulaire n°23 768 4/7 du 16 septembre 1918.

a) Un centre régional de psychiatrie pour éviter l'internement des militaires.

Lorsqu'il est nommé à la tête du centre de psychiatrie de la 9e région en octobre 1917, le docteur Kahn souhaite mettre en place une organisation basée sur les conceptions suivantes :

> « 1° Eviter [*sic*] l'asile d'Aliénés [*sic*] à tous les malades pour lesquels l'internement ne serait pas une nécessité sociale absolue.
>
> 2° Traiter les fatigués, les commotionnés, les asthéniques, les convalescents de psychoses aïgues [*sic*] ou périodiques par le travail musculaire en plein air, par le retour à la terre. »[1]

Malgré les promesses de récupérer de très nombreux malades, il ne met définitivement en place ce centre que plusieurs mois après sa création. Le contexte de réduction du système hospitalier et des difficultés avec les commissions administratives[2] ne facilitent pas sa tâche pour améliorer la situation de la psychiatrie dans la région. En octobre 1917, le centre comprend un service central à Tours et des services dans la région, à Sainte-Gemmes-sur-Loire, Niort et Poitiers. À la tête de l'asile départemental d'Indre-et-Loire[3] depuis novembre 1916, le docteur Kahn utilise cette situation pour y créer un service de psychiatrie commun aux civils et aux militaires, permettant l'observation des malades. Ceux-ci ne comptent pas parmi les effectifs de l'asile mais parmi ceux de l'hôpital mixte de Tours, ce qui permet de contourner la loi de 1838. De même, il crée de manière officieuse un service de douze lits pour psychiques à l'hôpital mixte. À Poitiers et à Niort les asiles pratiquent l'internement des militaires tout en possédant des lits d'hospitalisation, mais ces derniers ne sont pas physiquement séparés des lits de l'asile. Seul le service du docteur Baruk à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire est parfaitement organisé. Mis en place au début de la guerre, le docteur Baruk a été un précurseur en créant un service ouvert permettant d'éviter l'internement des militaires à l'asile, un système que le docteur Kahn reproduit à Tours[4].

Le docteur Kahn améliore progressivement le centre de psychiatrie afin de pouvoir répondre aux attentes du Service de Santé et de l'armée[5]. Les services des asiles de Poitiers et Niort sont modifiés et destinés à l'internement tout en conservant quelques lits d'hospitalisation en cas

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918. Ces conceptions sont forgées d'après son expérience à la tête du service hospitalier pour psychiques de l'Hôtel-Dieu de Paris. De 1909 à 1914, il a ainsi pu guérir plus de 60 % des malades sans les interner. Dans son rapport de décembre 1917, il estime que sur cent psychiques, seul un quart doit être interné, le reste doit être hospitalisé.

[2] La commission administrative de l'hospice général de Tours devient réticente à l'idée d'accroître le nombre de lits militaires d'autant qu'elle tente, comme d'autres commissions, d'obtenir une augmentation de l'indemnité journalière. Sur ce point, voir le chapitre 9 à la p. 509 du volume 3.

[3] Ce dernier est situé au sein de l'hospice général de Tours.

[4] GUÉRIN, Vincent. « Un Service ouvert pour les militaires : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1914-1919) ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 117-127.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1917. Durant ce mois et suite au manque de lits à Tours, les évacuations de psychiques sur le service central ont été suspendues.

d'urgence[1]. Le service psychiatrique de l'asile de Tours ne subit pas de changements notables hormis une variation du nombre de lits permise par la situation du docteur Kahn. Annoncée dans son rapport d'octobre 1917, la formation agricole de Meslay reçoit ses premiers convalescents en rééducation physico-psychique en janvier 1918[2]. La modification la plus importante est la création du service pour psychiques en décembre 1917 qui comprend vingt-huit lits dans une salle de l'hôpital mixte de Tours permettant la séparation avec l'asile. Cependant, cela ne satisfait pas le docteur Kahn qui, conscient des difficultés entre le Service de Santé et les commissions administratives, souhaite une formation psychiatrique propre au Service de Santé[3]. Il obtient cette formation en mai 1918 lorsque l'hôpital complémentaire n°59 situé à Tours est affecté au centre de psychiatrie. Le centre est alors définitivement installé selon ses vœux[4]. Il fonctionne dans cette configuration jusqu'à la démobilisation. La psychiatrie est alors réorganisée en liaison avec la neurologie et le docteur Baruk est nommé médecin consultant régional en psychiatrie pour la 9^{e} région[5].

b) Un conflit avec la neurologie ?

Afin d'obtenir un rendement maximum des services mis à la disposition du centre de psychiatrie, ceux-ci sont spécialisés et une organisation rationnelle est mise en place. Outre le recrutement régional des malades qui ne diffère pas des autres spécialités, le centre accueille ceux venant du front. Ceux-ci sont débarqués à Saint-Pierre-des-Corps et conduits au service psychiatrique de Tours. Ce service est le centre de triage pour la région qui répartit les malades dans les différents services. Ainsi, les soldats à interner[6] le sont dans les différents asiles départementaux. Les psychoses curables à réaction antisociales temporaires restent dans le service psychiatrique de Tours ou sont dirigés sur celui de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Après amélioration de leur état, ils sont envoyés sur le

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 10 octobre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il s'appuie sur cette circulaire qui ordonne la séparation entre les lits hospitaliers et les lits d'asiles. C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9^{e} région militaire durant le mois de novembre 1917. En novembre 1917, l'asile de Niort fait savoir qu'il ne souhaite que des internés militaires. Concernant les asiles d'Angers et de Tours, on conserve la situation d'avant la circulaire qui impose cependant de passer de nouvelles conventions.

[2] Cette formation existe grâce à madame Lefèvre qui met gracieusement son château de Meslay, situé à huit kilomètres de Tours, à la disposition du centre. Les travaux d'aménagement de la formation se poursuivent jusqu'en avril 1918.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9^{e} région militaire durant le mois de janvier 1918. En-dehors de mettre fin aux difficultés avec les commissions administratives, cela permettait aussi d'obtenir plus de places. Il souhaite cinquante à soixante lits pour les psychiques tandis que le service de Tours ne dispose au maximum que de trente lits.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9^{e} région militaire durant le mois de juillet 1918. L'hôpital complémentaire nécessite encore quelques travaux indispensables pour les traitements, comme l'installation de douches.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 223. Document de date et d'auteur inconnus. Il y est dit que le médecin aide-major de 1ère classe Baruk, en résidence à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est médecin consultant en psychiatrie. Un autre document, un brouillon de date et d'auteur inconnus, mentionne en plus du docteur Baruk, le docteur Michel, alors médecin-chef de l'asile de Tours, et le docteur Guiraud, adjoint à ce même asile, comme médecins consultants adjoints.

[6] Relèvent de cette catégorie, les « psychoses chroniques à réactions antisociales » dont les déments et les délirants chroniques.

service hospitalier de Tours, puis sur l'hôpital complémentaire n°59, où sont soignés les psychoses sans réactions antisociales[1]. Enfin, les malades en voie de guérison des services psychiatriques ou du service hospitalier sont envoyés sur la formation de Meslay. Avec cette organisation, le docteur Kahn souhaite utiliser au maximum les moyens dont il dispose et malgré les difficultés communes aux autres services[2], rendre le maximum de soldats à l'armée.

Aux débuts du centre de neurologie, le docteur Laignel-Lavastine réclamait la création d'un centre de psychiatrie, principalement pour prendre en charge les psychopathes et faire le tri des malades. Pendant plus de deux ans et demi et malgré l'existence du service du docteur Baruk à Sainte-Gemmes-sur-Loire, le centre de neurologie a eu la main sur l'ensemble des maladies nerveuses et psychiatriques[3]. La question est alors de savoir si ces deux centres sont en concurrence sur certaines maladies d'autant que certains malades sont traités par les deux services[4].

Tableau 8. Maladies traitées par le centre de psychiatrie de la 9e région militaire[5].

Catégorie	**Maladies**
Dégénérescence mentale	Imbécillité, idiotie, débilité mentale simple, bouffées délirantes des dégénérés, perversions instinctives
Syndromes neuropsychiques	Épilepsie et pithiatisme
Psychoses aigües d'origine toxi-infectieuse ou commotionnelle	Neurasthénie, dépression psychique, obtusion-obnubilation, confusions mentales
Diathèses mentales	Cyclothymie, psychasthénie, paranoïa
Délires systématisés chroniques	À base d'interprétations ou d'hallucinations ou mixtes
Démences	Précoces, artérielles cérébrales, alcooliques, épileptiques, par méningo-encéphalite diffuse

Il apparaît clairement que les centres de psychiatrie et de neurologie traitent parfois les mêmes maladies. L'exemple du pithiatisme est le plus frappant mais on peut aussi ajouter les dépressions et débilités mentionnées par le docteur Laignel-Lavastine[6]. Ce dernier évoque aussi l'influence des gaz chez les soldats traités dans son centre, parmi lesquelles des dépressions neuropsychiques. Or en avril 1918, le docteur Kahn évoque l'hospitalisation d'intoxiqués aux gaz dans son service hospitalier de

[1] Il classe parmi elles les dépressions psychiques, les hypochondriaques, les psychasthéniques, les obtusions mentales.
[2] Il s'agit principalement d'un manque de lits et de personnel infirmier et médical compétent.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 1ère classe Cestan sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917. Dans ce rapport, il envisage d'isoler les petits mentaux non justiciables de l'asile à l'hôpital bénévole n°117bis.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. Comme ce soldat commotionné soigné au centre de neurologie pour camptocormie et obtusion mentale qui, après avoir été « redressé » par un traitement psychothérapique, conserve une séquelle psychique et donc est envoyé sur le centre de psychiatrie.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 64. Rapport du médecin major de 2e classe Laignel-Lavastine sur le fonctionnement du centre de neurologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1915. Cependant, nous ne savons pas si ses successeurs soignent toujours les mêmes maladies.

l'hôpital mixte de Tours[1]. L'orientation des malades à la gare régulatrice de Saint-Pierre-des-Corps se fait en fonction des fiches d'évacuation des soldats qui déterminent le centre qui les prend en charge. L'orientation des soldats se fait au front[2] mais il est probable que le centre de neurologie oriente sur celui de psychiatrie les malades dont il estime ne pas pouvoir se charger. Ce passage au second plan peut mener le centre de psychiatrie à chercher à s'affirmer face à son « puissant » voisin.

c) La récupération des malades psychiques, clé de la légitimation de la psychiatrie militaire.

Le centre de psychiatrie entend participer activement à la récupération des soldats montrant ainsi qu'il n'est pas uniquement destiné aux incurables. Pour ce faire, le docteur Kahn met au point une thérapie en plusieurs étapes. Elle débute par une phase « […] d'hospitalisation […] »[3] au service psychiatrique où le soldat est couché et mis sous observation physique et psychique, complétée au besoin par des examens de laboratoire[4]. La seconde étape concerne le traitement de la maladie qui se fait au sein du service de psychiatrie : le militaire cesse alors d'être alité[5]. Puis vient la convalescence qui se fait toujours dans ce service et consiste en travaux agricoles effectués au jardin, au potager et à la ferme de l'hospice. Ces travaux, dosés pour éviter la fatigue, permettent à la fois le réapprentissage de l'effort musculaire et « […] à leur esprit de se distraire et de refaire aussi son éducation. »[6] Cette psychothérapie agricole, appliquée à tous les malades du centre, accélère la guérison et prépare le militaire au congé de convalescence.

Parmi les malades soignés, les déprimés psychiques ont un traitement particulier. Celui-ci commence par la période de « […] désintoxication […] » qui comprend du repos, une purge drastique avec diurétiques et saignée si nécessaire, accompagnée d'un régime lacté absolu. Suit une période de « […] récupération […] » qui correspond à une reprise progressive de l'activité accompagnée d'une « […] cure de réminéralisation [*sic*] […] »[7] (produits azotés, arsenic, phosphore et iode). Enfin, vient la convalescence par la psychothérapie agricole. Ce traitement initié en octobre évolue quelque peu lorsque le service pour malade psychique est créé. Le fait de quitter l'asile permet de mettre fin au

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918.
[2] Cela pose la question de l'organisation du triage des malades psychiatriques au front et de la compétence des médecins chargés de celui-ci.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917.
[4] Le centre dispose d'un laboratoire permettant les analyses du liquide céphalo-rachidien, de l'urine et du sang. Il fait appel au laboratoire de bactériologie de Tours pour des analyses complémentaires comme la réaction de Bordet-Wassermann afin de diagnostiquer la syphilis. Le centre procède aussi à des électrodiagnostics. En outre, le docteur Kahn met au point une feuille d'observation pour le centre.
[5] Le docteur Kahn n'indique pas les traitements employés.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. Pour cette citation et pour les suivantes.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1918.

contact de ces malades avec les aliénés : un contact « […] choquant […] »[1] et « […] déprimant […] »[2] pour les malades et parfois source de plaintes des familles effrayées de cet état de fait. C'est aussi un facteur d'aggravation de leur état[3]. Enfin, le déménagement de ce service à l'hôpital complémentaire n°59, bien équipé et qui leur est uniquement destiné, réduit la durée d'hospitalisation des malades de 25 % selon le docteur Kahn, preuve de l'efficacité de sa méthode. La thérapie se conclut par « […] le retour à la terre […] »[4], une psychothérapie par le travail agricole partagée par d'autres centres comme il a été montré. Ici aussi, les permissions agricoles sont largement employées par les formations sanitaires pour se désengorger. Pour le docteur Kahn cette phase est indispensable car elle fait la transition entre l'hôpital et le dépôt ou à défaut la convalescence et ainsi parachève la guérison. L'isolement de la formation du Meslay doit permettre de tenir les malades à l'écart de la ville, de ses cabarets et de la toxicité de l'alcool. La psychothérapie par le travail agricole s'accompagne d'une nourriture copieuse et de congés de convalescence d'un mois maximum avec retour au centre pour un contrôle et ce, jusqu'à la guérison[5]. Les résultats obtenus dès le mois de janvier 1918 par ce traitement sont d'ailleurs très encourageants aux dires du docteur Kahn.

En novembre 1918, le docteur Kahn fait le bilan d'une année de fonctionnement du centre de psychiatrie. En envoyant ce rapport à la direction du Service de Santé la volonté de promouvoir sa méthode et la psychiatrie militaire dans la récupération des soldats, qu'ils soient psychiques légers ou atteints de stress post-traumatique, est évidente. En effet, il annonce une moyenne de 70 % de récupérés, dont 82 % pour le mois de septembre 1918[6]. On peut se demander si le but n'est pas de s'émanciper de la neurologie étant donné que les deux spécialités traitent parfois les mêmes maladies. Enfin, il convient de tempérer les chiffres avancés par le docteur Kahn.

Tableau 9. État des récupérés par le service central de psychiatrie de Tours de son ouverture jusqu'au 31 octobre 1918.

Nombre de sortants	Évacués sur d'autres régions	Réformés	Décès	Récupération	Dont service armée
947	535	102	13	297	203

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.
[5] *Ibidem.* Le docteur Kahn dénonce d'ailleurs le mauvais effet des longues convalescences qui font revenir dans les services des hommes « […] surmenés par le travail domestique, intoxiqués par l'alcool qu'on leur avait fait absorber, sous prétexte de refaire leurs forces […] ». Dans ces conditions, les convalescences prolongent les hospitalisations.
[6] *Ibid.*

Dans son calcul, il écarte les évacués sur les autres régions, estimant qu'il ne connaît pas les suites de leur traitement[1], leur nombre influence le résultat. Cette méthodologie peut être tout de même comprise car il ne se focalise que sur ceux qu'il a soigné tout au long de leur parcours hospitalier. Autre biais, il compte comme récupérés des soldats classés dans le service auxiliaire mais ne pouvant être affectés aux tranchées. L'armistice vient interrompre l'activité du centre et mettre fin au combat du docteur Kahn[2].

Relatant l'évolution des soins des soldats durant le conflit, le docteur Paul Abram en donne un exemple schématisé :

> « Le côté pratique de cette évolution est considérable. Si l'on me permettait un exemple assez grossièrement simpliste, j'écrirais volontiers qu'un blessé ayant reçu un éclat d'obus dans le genou avait de fortes chances, en 1914, de mourir de gangrène à Bordeaux ou à Nice ; qu'en 1915, on lui eût coupé la cuisse dans une ambulance de l'avant, et qu'il s'en fût tiré à ce prix ; qu'en 1916, on eût réséqué son articulation, et qu'il eût sans doute guéri en ankylose avec sa jambe raide à jamais ; enfin, qu'en 1918, il eût conservé sa jambe et sa cuisse et l'intégrité presque absolue de la flexion de celle-ci sur celle-là. »[3]

C'est là une évolution simplifiée des soins dont la chronologie doit être quelque peu modifiée comme il a été montré et dans laquelle les régions de l'intérieur comme la 9e région ne sont pas étrangères. La diminution des évacuations et l'amélioration de l'état des soldats évacués conduit à un changement du rôle de la région dans les soins de ces derniers. Cependant, ce changement est différent selon les spécialités. La plus touchée est la chirurgie dont l'organisation est « inadaptée » aux besoins réels du Service de Santé. Conçue dans l'optique de mettre fin à la situation chirurgicale de 1914, cette organisation est à son apogée en 1916 mais elle est alors sous-utilisée. Les difficultés de prévoir les conséquences de la guerre et la pression des autorités civiles mènent à la réduction de cette organisation chirurgicale qui devient sous-dimensionnée par rapport aux besoins de 1918. Ce constat concerne moins les autres spécialités médicales qui connaissent tout de même une diminution de leurs services. L'étude de leur fonctionnement montre l'orientation du système hospitalier de la 9e région qui devient « secondaire » dans les soins des évacués et qui est « approvisionné » par des évacuations secondaires et un recrutement régional. Cependant, cette réorientation se fait toujours dans le but de récupérer le maximum de soldats pour l'armée. Chacun des chefs des centres ou des services spécialisés s'attache à accomplir cette mission avec ses propres méthodes thérapeutiques. Ceci conduit parfois à des « conflits » entre les partisans des différentes thérapies. Ceux-ci sont dus à l'absence de thérapies « officielles » du Service de Santé qui donne une grande liberté aux médecins,

[1] Ce qui peut se comprendre par le fait que, fonctionnant pour partie durant le régime d'évacuation, il est possible qu'il ait eu à évacuer rapidement des malades.
[2] Nous ne savons pas s'il a poursuivi son combat pour promouvoir la psychiatrie.
[3] ABRAM, Paul, (1920), *Médecins et…, op. cit.* p. 61.

mise à profit par certains pour promouvoir leurs thérapies et disciplines dans un but bien plus large que le retour des soldats au front.

Chapitre 6 : La collaboration des civils indispensable au bon fonctionnement de l'organisation médicale.

Avant la guerre, la collaboration des civils est nécessaire au bon fonctionnement de certains services du Service de Santé. Cette collaboration est indispensable dans la lutte contre les maladies épidémiques avec la présence des corps de troupe de l'armée à l'intérieur des villes et se formalise par la participation des médecins militaires aux conseils départementaux d'hygiène. Elle est renforcée avec l'entrée en guerre notamment à la suite du décret du 14 août 1914. C'est dans ce contexte que sont progressivement créés les centres de spécialités qui ne peuvent s'affranchir totalement de leurs relations avec les civils, plus ou moins développées selon les centres. Ainsi la chirurgie, la chirurgie maxillo-faciale, la physiothérapie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie et la psychiatrie peuvent agir indépendamment du système de soins civil mais pas des différentes autorités civiles qui demeurent puissantes dans ces régions de l'intérieur[1].

Les maladies contagieuses abattent les frontières des deux systèmes de soins qui dès lors doivent collaborer. Les centres de spécialités et les services spécialisés ne peuvent ignorer cette interdépendance afin de soigner et de protéger les soldats. Les spécialités concernées sont la médecine générale et la dermatologie-vénéréologie du fait de la nature contagieuse de certaines maladies traitées. Les secteurs médicaux, progressivement créés en 1916, poursuivent cette lutte débutée avant la guerre. Quant au centre de dermatologie-vénéréologie il doit notamment combattre les maladies vénériennes qui menacent la « race » française. De prime abord, cette collaboration semble moins concerner le centre d'appareillage et de rééducation des invalides. Cependant, devant rendre les mutilés à la société civile et à l'économie, il se doit lui aussi de collaborer avec les civils. Ces collaborations s'expriment différemment selon ces spécialités et influent sur leurs missions et leurs approches thérapeutiques.

[1] Ceci est d'autant plus vrai pour le centre de psychiatrie installé au sein de l'hospice général de Tours.

A) Une collaboration obligatoire entre civils et militaires pour soigner les soldats et surveiller les civils.

Le Service de Santé comprend dès l'entrée en guerre l'importance de la protection sanitaire des soldats et renforce sa collaboration avec les services civils. Cette organisation provisoire s'installe avec l'allongement du conflit. La création des centres de spécialités, l'arrivée des spécialistes et les améliorations matérielles ne peuvent que se répercuter sur la surveillance sanitaire des troupes et les soins des malades. En outre, le Service de Santé de la région, habitué à combattre les maladies « traditionnelles » liées à l'état de guerre ou bien endémiques à la région, doit affronter des maladies nouvelles pour lui. Parmi ces maladies, se trouvent notamment le paludisme, les complications liées aux atteintes par les gaz et l'épidémie de grippe espagnole. Le Service de Santé met alors en place des organisations et des traitements pour soigner les malades ou du moins limiter les risques de contagion. Ces changements ne peuvent que modifier les relations entre le Service de Santé et les autorités civiles toujours avec la volonté de mieux surveiller et soigner les populations civiles pour protéger les militaires.

1) La 9e région militaire sous étroite surveillance médicale.

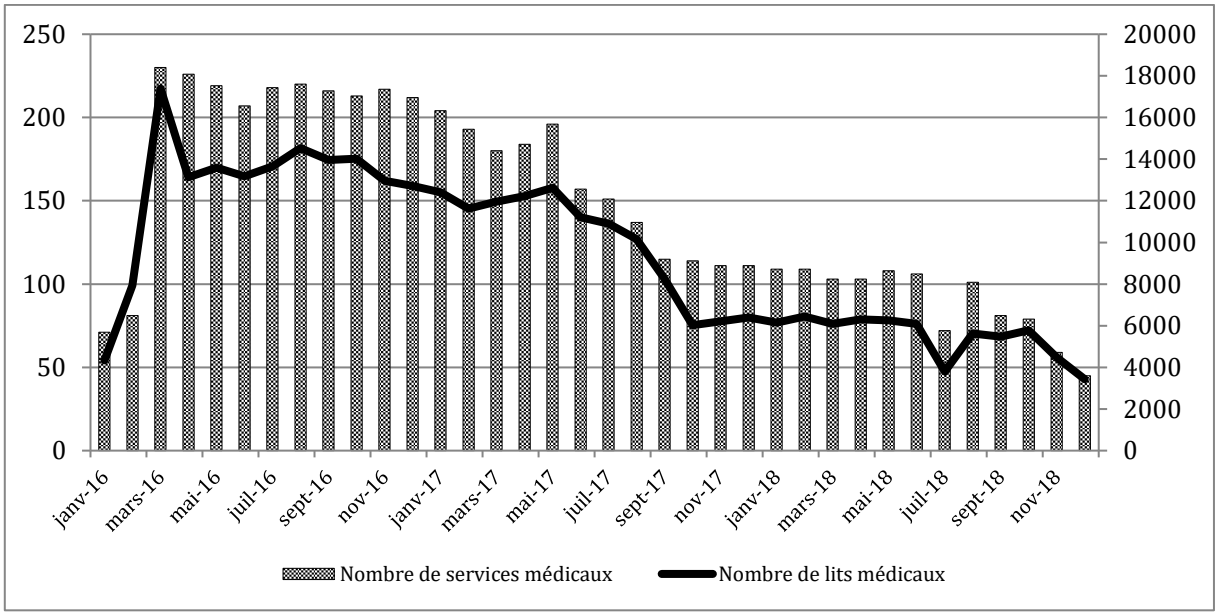
Bien que la sectorisation de la 9e région ait débuté au début de l'année 1916[1], la mise en place de structures spécifiques pour traiter les malades, notamment contagieux, s'est faite au début de la guerre. Ces formations spécialisées, s'appuyant sur les formations sanitaires de la 9e région, soignent les soldats régionaux malades et les évacués du front. Le système est réorganisé par la création des secteurs médicaux et se renforce pour répondre à ses missions, tout en s'adaptant lui aussi aux événements du conflit.

a) L'activité des secteurs médicaux durant la guerre.

Afin de soigner et de surveiller les soldats régionaux et les évacués, le Service de Santé dispose d'une organisation médicale qui évolue de manière similaire à celle de la chirurgie. Une différence apparaît cependant : la temporalité de la réduction de cette organisation.

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°6 494 C/7 du 11 mai 1915 du directeur de la 7e Direction. Le poste de médecin-chef de secteur a existé auparavant. Ces médecins avaient un rôle de consultant et devaient seconder le directeur régional en contrôlant les formations. Le manque de personnel pour les hôpitaux et les contrôles faits par le directeur adjoint, les médecins en mission d'inspection et les chirurgiens-chefs de secteurs entrainent la suppression de ce poste.

Figure 19. Évolution du nombre de services et de lits médicaux dans la 9e région de janvier 1916 à décembre 1918.



Créés pratiquement un an après les secteurs chirurgicaux, la diminution de l'organisation médicale débute en juin 1917 tandis que celle de l'organisation chirurgicale avait démarré à la fin de l'année 1916. Cependant l'organisation médicale connait des fermetures de formations à partir d'avril 1916. Le médecin-chef du secteur d'Angers, le docteur Rocaz, évoque des fermetures de formations secondaires en mai 1916[1]. Bien que certaines soient rouvertes le mois suivant suite à des évacuations du front, il signale plusieurs fois l'absence de malades dans celles-ci. L'organisation médicale tend donc à se stabiliser d'avril 1916 à mai 1917 malgré ces formations vides et les offensives sur le front qui ne provoquent que de légers accroissements du nombre de formations et de lits.

L'évolution de cette organisation médicale à partir du mois de juin 1917 est due aux effets conjugués d'une baisse des évacuations[2], d'un bon état sanitaire des troupes stationnées dans la région[3], de la volonté des autorités civiles de récupérer leurs locaux et de l'arrivée des Américains. Ces deux derniers éléments influencent le plus le fonctionnement des secteurs médicaux et principalement des services centraux. La rétrocession d'une partie du groupe scolaire Mirabeau à Tours ferme en partie l'hôpital auxiliaire n°103 dont dépend le service central du secteur de Tours[4]. L'arrivée des Américains entraîne la perte des hôpitaux complémentaires n°58 et n°25 à Angers et Châteauroux. Les services centraux des secteurs d'Angers et de Châteauroux qui s'y trouvaient, tout

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de mai 1916.
[2] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 520. 468 185 malades sont évacués sur la zone de l'intérieur en 1915, 162 199 en 1916, 89 268 en 1917 et 201 586 en 1918, auxquels il faut ajouter 89 403 soldats gazés.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de juillet 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'août 1917.

comme leurs homologues chirurgicaux, doivent déménager au prix d'une perte « […] irréparable pour le service du Secteur [*sic*] […] »[1] selon le docteur Rocaz. L'organisation médicale se maintient d'octobre 1917 à septembre 1918[2]. Durant cette période, les secteurs médicaux, à l'instar des secteurs chirurgicaux, sont touchés par la transformation de la 9e région en région d'évacuation suite à l'offensive allemande de mars 1918. Les services centraux se réorganisent alors pour traiter rapidement les malades évacués. Le docteur Denéchau estime leur nombre à 1 300 pour son secteur en mai 1918[3] mais ce sont généralement des cas légers. Si les secteurs médicaux connaissent une grande activité, ils ne sont pas au bord de la rupture contrairement aux secteurs chirurgicaux et donc il n'y a pas d'augmentation des capacités hospitalières. Enfin, comme pour les autres spécialités, la démobilisation transforme l'organisation médicale dans le cadre de la circulaire du 22 décembre 1918. Les secteurs médicaux sont alors supprimés, même si dans les faits, ils n'existent quasiment plus[4] et des médecins consultants régionaux sont nommés. Dans ce cas aussi, le Service de Santé parvient à démobiliser son organisation médicale en accompagnant celle du système hospitalier.

b) Experts en diagnostics et formations spécifiques.

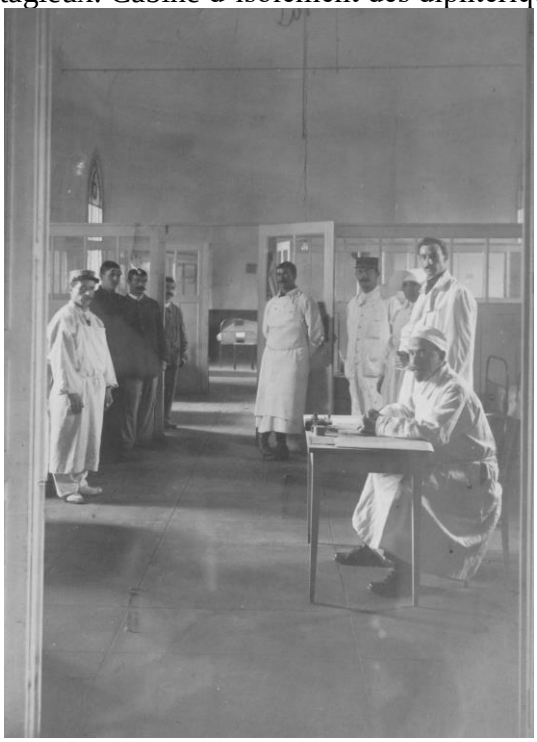
Avant la création des secteurs médicaux, les soldats évacués ou stationnant dans la région sont pris en charge par les formations sanitaires. Il n'y a pas de surveillance spécifique si ce n'est celle des médecins-chefs de place ou ceux en tournée d'inspection. Des structures spécialisées existent cependant, datant d'avant-guerre ou du début de celle-ci. Les infirmeries des dépôts des corps de troupe en sont une illustration. Chargées de prendre en charge les malades et blessés légers ainsi que de surveiller l'état sanitaire des troupes, elles continuent leur action sous le contrôle des médecins-chefs de secteur après la création de ces derniers. La structure est reproduite pour les civils dans la 9e région et surtout pour les ouvriers de la Poudrerie Nationale du Ripault. Suite à l'augmentation du nombre d'ouvriers[5], le système de consultation d'avant-guerre est peu à peu remplacé par une petite formation médicale. Cette dernière permet de soigner et d'isoler les cas les plus légers, les cas les plus graves étant envoyés à Tours, et de mener une lutte prophylactique[6]. Dans ce cas, la collaboration

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois d'août 1917.
[2] La baisse du mois de juillet 1918 est due à l'absence de ces informations dans le rapport mensuel du secteur de Poitiers.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de mai 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois de décembre 1918.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'infirmerie de la Poudrerie Nationale du Ripault par le directeur de la poudrerie et daté du 25 août 1916. On dénombre plus de 5 000 ouvriers, hommes et femmes, à la fin de l'année 1916. On compte aussi parmi eux des Annamites et des Serbes. La grande majorité de ces ouvriers logent à la poudrerie.
[6] La structure possède, dans différents baraquements, une salle d'épouillage, une salle de désinfection, une salle de douches et de bain. En outre, on peut y procéder à des pansements et des petites opérations.

avec les civils est indispensable pour limiter les cas de maladies épidémiques et poursuivre la production de poudre.

Dans le même temps, le Service de Santé dispose pour traiter les malades contagieux, de formations qui leur sont spécifiquement destinées comme celles mises en place au début de la guerre. Le 21 août 1915, le directeur régional évoque la distribution des formations en fonction de certaines maladies pour les hôpitaux et corps de troupe de Tours. Ainsi, les cas de rougeole et les porteurs sains de germes diphtériques doivent être hospitalisés à l'hôpital mixte de Tours tandis que les cas de diphtérie le sont à l'hôpital auxiliaire n°2 et à l'hôpital complémentaire n°37[1].

Figure 20. Hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire). Hôpital pour contagieux. Cabine d'isolement des diphtériques.



Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

Cette dernière formation poursuit son développement au début de l'année 1915. En février, le Service de Santé obtient l'utilisation d'une propriété mitoyenne à la formation et appartenant à l'hospice général de Tours. Celle-ci, uniquement destinée aux convalescents de l'hôpital complémentaire n°37[2], porte le nombre de lits à 250. Ce type de formation n'est pas unique dans la région et le Service de Santé encourage leur développement en septembre 1917[3]. La création des secteurs médicaux permet un meilleur contrôle des soins donnés dans ces formations ainsi que des malades traités.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°6 829H du 21 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 1er février 1915. La commission administrative s'est engagée avant la guerre à ne jamais y hospitaliser des malades contagieux, d'où cette restriction. Le Service de Santé y loge aussi les infirmiers de la formation.
[3] A.N. C 7690. Instruction n°579 Ci/7 du 5 septembre 1917 pour les hôpitaux ou services des contagieux du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

La création des secteurs médicaux induit celles des services centraux dirigés par des spécialistes qui en font des centres de diagnostic performants. En effet, ce sont sur ces centres que sont orientés les cas les plus compliqués nécessitant les meilleurs compétences et outils de diagnostic. Le docteur Herscher, à la tête du secteur médical de Poitiers, met en place une procédure de diagnostic complète visant à statuer sur l'avenir du malade (renvoi sur le dépôt, envoi devant un conseil de réforme ou de révision ou dans un service spécialisé, etc.)[1]. Dès son arrivée, le malade est examiné et les prescriptions urgentes prises. Le lendemain, le malade passe un diagnostic complet (antécédents, historique de la maladie, etc.) et si le cas est simple, le traitement est prescrit. Le malade est ensuite régulièrement examiné par les médecins, sa température prise matin et soir et ses urines analysées. Au besoin, d'autres examens sont prescrits comme l'analyse des crachats, du sang, du liquide céphalo-rachidien ou des examens radiologiques. Après ces examens, il rend un diagnostic et sa décision concernant le malade.

Ces services centraux sont aussi des structures thérapeutiques organisées de manière à en obtenir les meilleurs résultats dans un respect des conditions indispensables à l'hospitalisation de contagieux. Obtenant l'installation de son service central à l'hôpital complémentaire n°58 à Mongazon (secteur d'Angers) en mars 1917, le docteur Rocaz y voit de grands avantages pour ses malades. Il possède un parc et d'excellentes conditions d'hygiène[2]. Les 265 lits qui lui sont affectés sont alors répartis dans différentes salles selon les maladies et les grades des malades[3]. Une installation excellente où la collaboration entre les services centraux de chirurgie et de médecine profite aux malades et aux blessés mais qui, comme il a été montré, est perdue suite à l'arrivée des Américains. Une organisation rationnelle des services centraux est indispensable à leur bon fonctionnement et ainsi aux bons soins des malades. Ces services centraux, couplés aux hôpitaux et aux services pour contagieux, sont la clé de voûte des soins des malades militaires.

c) Le laboratoire de bactériologie, un outil indispensable.

Pour mener à bien leur mission, surtout les diagnostics des cas complexes, les médecins-chefs de secteur disposent d'un outil précieux : le laboratoire de bactériologie. Celui-ci, installé parfois au sein même du service central du secteur, est un outil indispensable pour le diagnostic. Cette médecine de laboratoire, héritière de Claude Bernard (1813 – 1878), est aussi indispensable à d'autres

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de février 1916.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de mars 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois d'avril 1917. On compte alors une salle pour les sous-officiers, deux salles pour les troubles digestifs, une salle pour les cardiaques, deux salles pour les albuminuriques, une salle pour les suspects de tuberculose et deux salles pour les affections diverses. Une chambre pour les officiers est alors en cours d'installation.

spécialités[1]. Les médecins-chefs des services centraux ne conçoivent pas de mener leurs actions sans cet outil. Le docteur Denéchau signale les « […] grands services […] »[2] rendus par le laboratoire de sa formation tandis que son collègue le docteur Rocaz est ravi de sa collaboration avec le « […] Laboratoire d'Analyses chimiques de la Place d'Angers […] »[3] situé au sein de son service central. Devant l'accroissement des examens pratiqués, il réclame par la suite une augmentation du personnel de ce laboratoire[4]. Lors de la création du secteur médical de Châteauroux, son médecin chef réclame l'affectation d'un bactériologiste au laboratoire de la ville afin de procéder aux examens nécessaires[5].

Des laboratoires de bactériologie ou d'analyses chimiques sont créés dans les principales places de la 9e région mais deux d'entre eux ont un rôle plus important : le laboratoire central de bactériologie de Tours et le laboratoire de Poitiers. Ces deux laboratoires sont les mieux outillés de la 9e région et permettent toutes les recherches bactériologiques[6]. En outre, des spécialistes en bactériologie les dirigent et y officient comme les docteurs Courcoux, Nattan-Larrier, Rist et Debré*. Ces laboratoires exécutent les examens demandés par les médecins des hôpitaux ou les infirmeries des corps de troupes[7]. Leur aide, notamment celui de Tours, laboratoire central de la région, est particulièrement demandée tant et si bien que leurs chefs doivent limiter les demandes. Le 3 mars 1916, le directeur régional fait savoir aux médecins-chefs des hôpitaux de la région que les moyens du laboratoire de Tours ne permettent pas la recherche systématique du bacille tuberculeux par inoculation de cobaye. Il demande de ne faire appel à cette méthode que pour des cas particuliers[8]. L'appel au laboratoire est devenu indispensable dans la lutte contre les maladies contagieuses.

C'est d'ailleurs dans ce domaine que le laboratoire de bactériologie de Tours, aidé par les autres laboratoires régionaux et le laboratoire mobile, joue son rôle le plus important. Afin de renforcer la prophylaxie contre les maladies contagieuses et la surveillance de l'hygiène des corps de troupes, le Service de Santé instaure en novembre 1915 le poste d'adjoint technique auprès du directeur régional[9]. Ce poste est attribué à un spécialiste reconnu qu'il soit civil ou militaire, mobilisé

---

[1] Le docteur Laignel-Lavastine installe un petit laboratoire à l'hôpital complémentaire n°2 dès sa nomination comme chef du centre régional de neurologie. Le docteur Kahn fait de même à l'asile départemental d'Indre-et-Loire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'avril 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de mai 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de novembre 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois d'août 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°6 784 H du 18 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de février 1916. Certains examens sont pratiqués par le laboratoire de Poitiers, d'autres sont faits dans sa formation.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°2 081H du 3 mars 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[9] A.N. C 7690. Circulaire n°1 083 3/7 du 4 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ces adjoints techniques concernent aussi d'autres spécialités comme la stomatologie.

ou non ; il peut aussi être nommé parmi des adjoints techniques déjà en poste. Dans la 9e région, ce choix se porte sur le chef du laboratoire de bactériologie de Tours, le docteur Nattan-Larrier[1]. Lui succèdent par la suite, les docteurs Rist et Courcoux. Avec cette nomination, le laboratoire de bactériologie de Tours devient un outil de lutte contre les maladies contagieuses. Une mission particulièrement importante qui comprend entre autres le contrôle technique des autres laboratoires et une étroite collaboration avec les autorités civiles[2]. Le laboratoire de Tours établit aussi un état décadaire des cas de maladies contagieuses dans la région, accompagné d'un rapport sur les mesures prises. Une mission réalisée en collaboration avec les médecins-chefs de secteur. Lors de l'épidémie de grippe espagnole à l'automne 1918, le docteur Boidin, alors chef du secteur médical de Tours, traite les grippés tandis que le docteur Courcoux réalise une surveillance épidémiologique[3].

2) Soigner les malades militaires dans la 9e région.

Les missions des médecins-chefs des secteurs médicaux et des laboratoires de bactériologie sont de veiller à la bonne santé des troupes en cantonnement tout en traitant les malades évacués du front et ceux de la région. Ces missions qui ont des répercussions sur l'état de santé de la population civile sont celles du temps de paix exécutées dans des conditions exceptionnelles. Ainsi, tout en protégeant les troupes en cantonnement, les médecins doivent lutter contre les maladies « habituelles » et d'autres aggravées ou apparaissant avec le conflit telles que les atteintes dues aux gaz, le paludisme et la grippe espagnole.

a) Surveiller la garnison.

La surveillance médicale des dépôts des corps de troupe et des camps d'instruction réalisée par les médecins-chefs de secteur et les laboratoires de bactériologie est l'un des moyens pour protéger les soldats contre les épidémies[4]. Les médecins-chefs de secteur font des tournées d'inspection qui sont appréciées par les médecins de ces corps. Ceux-ci soumettent à l'examen des médecins-chefs, des soldats pour qu'ils règlent leur situation médico-légale[5]. Des visites sont parfois

[1] S.H.D. Dossier 6 Ye 35 655. NATTAN-LARRIER Louis, Adrien, Albert. Son dossier signale qu'il a été nommé adjoint technique en septembre 1915. Il peut s'agir d'une erreur ou il occupait déjà un poste similaire avant cette circulaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°517 Ci/7 du 25 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Boidin sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1918.
[4] On peut aussi signaler les tournées d'inspection du directeur adjoint et des médecins en mission d'inspection. Le Service de Santé, au niveau national ou régional, ne cesse de rappeler l'importance des mesures prophylactiques à prendre pour les cantonnements. Il prescrit aussi plusieurs enquêtes sur les cas de maladies épidémiques survenus dans la région (combien d'hommes touchés, mesures prises, etc.). C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1122 H du 17 février 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le directeur rappelle aux médecins-chefs de service des corps de troupe de lui adresser un état décadaire des contagieux de leur dépôt en mentionnant les mesures de prophylaxie et de désinfection prises.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de janvier 1916.

menées en collaboration avec les laboratoires de bactériologie. En mars 1916, le docteur Herscher visite la caserne du 17e régiment de hussards à Niort accompagné du docteur Abt, chef du laboratoire de bactériologie de Poitiers, suite à l'apparition de cas de scarlatine[1]. Des visites parfois ordonnées par le directeur régional tenu au courant des cas de maladies contagieuses. Suite à une épidémie de rougeole à Poitiers, le docteur Herscher est ainsi chargé en avril 1916 de visiter les différents dépôts de la ville[2]. Ces contrôles ne se limitent pas aux dépôts et aux formations sanitaires, toute source potentielle ou avérée d'épidémie est contrôlée. Le docteur Denéchau visite régulièrement la Poudrerie Nationale du Ripault suite à l'augmentation de son personnel militaire et à l'arrivée d'ouvriers serbes et annamites[3]. De même, le docteur Herscher enquête sur une épidémie de dysenterie mortelle à l'asile d'aliénés de Niort en mai 1918[4].

L'armée ayant besoin de plus en plus d'hommes pour poursuivre la guerre, l'incorporation des nouvelles classes[5] et des récupérés est particulièrement surveillée. La direction centrale multiplie les directives sur l'examen médical des futurs soldats, la prophylaxie des maladies contagieuses, le maintien de l'hygiène dans les dépôts, les cantonnements et les camps d'instruction. L'incorporation de la classe 1917 donne lieu à la création d'une équipe sanitaire destinée au maintien de la salubrité du cantonnement[6]. La création des secteurs médicaux intervenant durant l'incorporation de cette classe, les nouveaux médecins chef de secteur portent immédiatement leur attention sur les dépôts et les centres d'instruction de leur secteur. À Poitiers, le docteur Herscher leur réserve l'hôpital complémentaire n°15 en janvier 1916[7]. Une surveillance particulière est renouvelée chaque année, qui s'étend aussi aux récupérés des commissions, et à laquelle les laboratoires de bactériologie participent[8]. La surveillance de ces médecins porte également sur l'entrainement des recrues. En mai

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mars 1916.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'avril 1916. L'épidémie a provoqué un décès mais le docteur Herscher ne l'estime pas dangereuse. Les mesures prophylactiques prises ont d'ailleurs été très efficaces.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de juin 1916. Il signale de nombreux cas de maladies infectieuses chez les ouvriers annamites.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mai 1918. L'asile est dirigé par un médecin militaire qui fait appel à lui.

[5] BOULANGER, Philippe. *La France devant la conscription. Géographie historique d'une institution républicaine 1914-1922*. Paris : Economica et Institut de Stratégie Comparée, coll. « Commission Française d'Histoire Militaire », 2001, 391 p. Les besoins en hommes font que les classes sont appelées par anticipation dès la classe 1915.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°11 289H du 17 décembre 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le 16 mai 1916, le directeur régional prescrit de nouveau la création d'une équipe sanitaire. Cette équipe, sous la direction d'un pharmacien auxiliaire et du médecin-chef du dépôt, doit veiller au maintien de l'hygiène dans le cantonnement et proposer toutes les mesures allant en ce sens. Le 25 septembre 1916, la direction centrale ordonne la création d'équipes similaires devant être formées à l'intérieur avant de servir au front. A.N. C 7521. Circulaire n°253 Ci/7 du 25 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de janvier 1916.

[8] Dans les états décadaires des contagieux hospitalisés transmis par l'adjoint technique, une attention particulière est portée aux classes en instruction.

1918, lorsqu'une épidémie de rougeole et de rubéole bénigne touche la garnison de Châteauroux, le docteur Turlais pointe la fatigue des malades et demande une diminution de la charge de l'entrainement militaire[1].

Dans le même registre, les campagnes de vaccination des troupes initiées au début de la guerre se poursuivent. L'épidémie de typhoïde qui frappe l'armée française au début de la guerre se poursuit durant l'hiver 1914-1915 amenant le directeur du Service de Santé de la région à ordonner une enquête sur l'état des vaccinations des troupes[2]. Succède à cette épidémie de fièvre typhoïde, celle de fièvre paratyphoïde à l'été 1915 conduisant le Service de Santé à adopter le vaccin triple T.A.B.[3]. Les vaccinations sont étendues aux récupérés et au personnel infirmier[4] et devant les résultats obtenus, la population civile obtient d'être vaccinée, parfois par des médecins militaires[5]. Les vaccins conçus par les docteurs Widal (1862 – 1929) et Hyacinthe Vincent sont améliorés afin de procurer une immunisation totale en une seule vaccination. Ceci diminue la durée des campagnes de vaccination et en améliore les résultats[6]. Des campagnes de vaccination concernent aussi le choléra pour les soldats envoyés à l'Armée d'Orient[7]. Les médecins-chefs de secteur ne procèdent pas à ces campagnes de vaccination qui sont réalisées par les médecins des dépôts puis par des équipes de vaccination[8]. Ils interviennent pour réviser la liste des hommes dont la vaccination antityphoïdique a été contre-indiquée[9]. Ces contre-indications sont trop largement distribuées selon le docteur Herscher, notamment les contre-indications permanentes[10]. La révision de ces listes permet la récupération d'hommes pour le front.

Une mission de récupération des soldats est aussi réalisée dans le cadre de leur rôle de consultant. Même s'il ne s'agit pas à proprement parler de protéger les soldats contre les maladies

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois de mai 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°635H du 28 janvier 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Cette enquête est menée par les médecins-chefs des hôpitaux sous le contrôle des médecins-chefs de place.

[3] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 74. Le vaccin T.A.B. est destiné à immuniser les hommes contre la typhoïde (T.) correspondant au bacille d'Eberth, et contre les paratyphoïdes correspondant aux bacilles paratyphiques A et B.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4073 H du 6 mai 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Cette obligation concerne aussi la vaccination antivariolique. BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 79. Selon le docteur Léon Bernard, la vaccination des infirmières est facultative sauf pour celles devant soigner des malades atteints de ces maladies.

[5] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 59.

[6] *Ibidem, op. cit.* p. 79. Le docteur Widal propose l'injection unique en avril 1917. À l'origine, la vaccination comprenait quatre injections espacées dans le temps. Ceci retardait l'envoi des soldats sur le front ou bien empêchait qu'ils n'y soient envoyés immunisés.

[7] A.N. C 7690. Circulaire n°1 544 3/7 du 16 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[8] A.N. C 7689. Circulaire n°8 266 C/7 du 9 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Cette équipe est mise en place pour les vaccinations antityphoïdiques mais il est possible qu'elle ait procédé aux autres vaccinations.

[9] A.N. C 7689. Circulaire n°18 523 C/7 du 26 mai 1915 de la 7e Direction. Sur les conseils du docteur Hyacinthe Vincent, le directeur du Service de Santé transmet de nouvelles contre-indications.

[10] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de novembre 1917.

épidémiques, la mission de consultant assurée dans ce contexte revient à utiliser correctement les soldats en fonction de leur état. Il comprend aussi le règlement de situations médico-légales des hommes envoyés par les dépôts sur leur service central ou présentés lors de leurs visites[1]. Les médecins-chefs de secteur participent, comme leurs collègues des autres spécialités, aux conseils de révisions et de réforme, travail parfois critiqué comme chronophage. De même, on retrouve ici des plaintes contre la longueur de la constitution des dossiers de réforme nuisant au bon fonctionnement de leur service central où s'accumulent les soldats attendant le règlement de leur situation. La participation à ces conseils, tout comme les visites qu'ils effectuent, leur permet de récupérer des soldats pour l'armée, même s'ils ne sont pas toujours classés dans le service armé. Cela les autorise aussi à définir les aptitudes physiques pour être soldat[2]. Examinant des exemptés et des réformés en mars et avril 1917, le docteur Herscher parvient à en récupérer 19 % pour le service armé et 25 % pour le service auxiliaire[3]. Disposant d'importants moyens de diagnostic dont une installation radiologique, il découvre que beaucoup d'exemptés pour tuberculose pulmonaire ou endocardite n'ont aucune lésion. Soit par manque de moyen matériel ou par manque de compétence, ces hommes ont été écartés. Les cardiaques et notamment les insuffisances aortiques semblent poser problème aux médecins des commissions quant à leur capacité à servir au front[4]. Le docteur Herscher demande alors la mise en place d'une procédure standard.

b) La lutte contre les maladies « habituelles ».

Les médecins-chefs des secteurs médicaux, appuyés par les laboratoires de bactériologie, mènent la lutte contre les maladies traditionnellement liées à l'état de guerre ou au milieu militaire[5]. Si les médecins militaires ont l'habitude de ce type de maladie, ce n'est pas le cas de l'ensemble des médecins civils mobilisés comme le fait remarquer le docteur Turlais à propos des cas de pleurésie à streptocoques[6]. Ces maladies contagieuses touchent régulièrement les troupes en cantonnement mais les atteintes sont minimes.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de mai 1916. Il explique que les médecins des dépôts et des formations sanitaires font de plus en plus appel à lui. Le docteur Herscher, à Poitiers, signale la même chose. Faire appel à ces consultants permet de régler des cas complexes et parfois de se « défausser » sur ces derniers.

[2] Tout comme leurs collègues des autres spécialités, ils apportent leurs modifications à l'instruction sur l'aptitude physique.

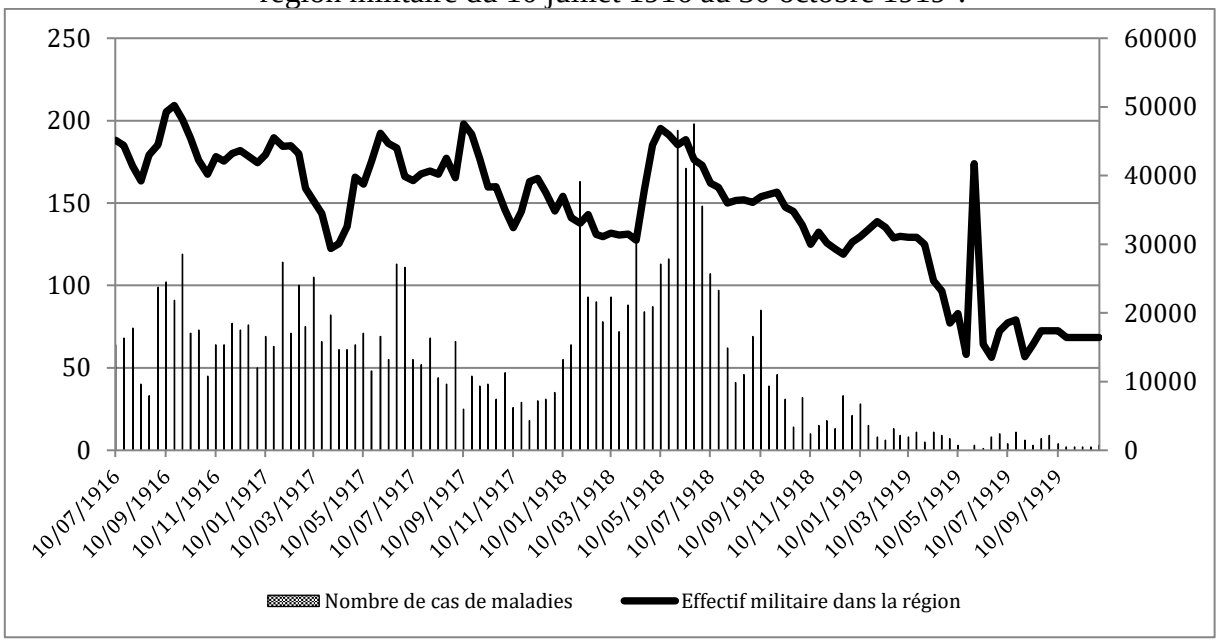
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'avril 1917. Sur les 4 508 hommes inspectés, 850 ont été classés dans le service armé et 1 136 dans le service auxiliaire.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de novembre 1917. Ils sont réformés, classés dans le service auxiliaire ou déclarés aptes à servir dans la zone des armées ou non.

[5] Il s'agit notamment des maladies mentionnées dans le décret du 10 février 1903 auxquelles on peut ajouter le choléra.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois de juillet 1918. Ces cas se manifestent principalement à la fin des épidémies, notamment

Figure 21. Évolution par décade du nombre de cas de maladies et de l'effectif militaire de la 9e région militaire du 10 juillet 1916 au 30 octobre 1919[1].



Les méthodes de lutte contre ces maladies et leurs traitements, connus avant la guerre, sont employés par les médecins de la région : isolement des malades, désinfection des effets personnels et des locaux[2], surveillance et assainissement des déchets et des eaux[3], traitements thérapeutiques[4]. Ces mesures sont sans cesse rappelées par la direction centrale et le directeur régional tout au long du conflit[5]. Les médecins-chefs de secteur évoquent peu les traitements employés, preuve qu'ils sont, du moins à leur niveau, habituels. Concernant les « pics » mis en évidence par le précédent graphique, les médecins-chefs de secteur évoquent peu leurs origines souvent cycliques et connues, comme l'hiver et sa cohorte de maladies contagieuses. En janvier 1917, le docteur Rocaz évoque l'hiver rigoureux provoquant un retour des affections broncho-pulmonaires[6]. En août 1918, le docteur Gourichon signale des cas de diarrhée dysentériforme dans les dépôts de son secteur qu'il relie aux fortes chaleurs[7].

---

de rougeole. Le docteur Turlais en donne le diagnostic et les traitements. Ces cas peuvent être traités par des injections intra-pleurales d'or colloïdal ou de l'electrargol. Ils peuvent aussi être opérés.

[1] Les maladies relevées sont : la rougeole, la scarlatine, les oreillons, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, la grippe thoracique, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la syphilis, la rubéole, la grippe espagnole, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire et la pleurésie purulente.

[2] Par l'emploi de crésyl et de formol notamment.

[3] Par l'emploi de l'eau de Javel (javellisation) pour les eaux de boisson et de chaux pour les déchets.

[4] Sérum antiméningococcique pour les cas de méningite cérébro-spinale, sérum antidiphtérique, etc.

[5] A.N. C 7521. Circulaire n°272 Ci/7 du 10 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il fait distribuer une brochure intitulée « *Notions pratiques sur quelques maladies infectieuses* ». C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°6 561H du 12 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Une épidémie de diphtérie touche la 9e région militaire, le directeur ordonne des mesures pour lutter contre l'épidémie.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de janvier 1917.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Gourichon sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'août 1918.

La récupération des malades est aussi une préoccupation majeure des médecins-chefs de secteurs. Celle-ci ne concerne pas uniquement les maladies contagieuses habituelles et ces médecins s'intéressent davantage dans leurs rapports à des maladies plus récurrentes chez les soldats évacués ou de garnison. Au service central de Tours, ces maladies se répartissent ainsi : affections cardiaques et vasculaires, affections pulmonaires et respiratoires, troubles gastriques et intestinaux, maladies des reins et du foie[1], rhumatismes, et maladies diverses[2]. Tout comme pour leurs collègues des autres spécialités, les médecins-chefs de secteur « affectionnent » certaines maladies. Le docteur Denéchau cible son effort sur les malades atteints d'albuminurie, de néphrite et de maladies cardiovasculaires. Le docteur Rocaz se focalise sur les troubles digestifs, des malades ayant souvent fait de longs séjours dans les hôpitaux et dont beaucoup sont névropathes[3]. Cette catégorie s'apparente aux psychonévrosés et il la soigne notamment en adaptant leur régime alimentaire et par une « […] hygiène psychique […] »[4]. Il ne classe pas ces malades parmi les simulateurs, contrairement aux cas de faux ictères qu'il rencontre parfois[5].

Tout comme leurs collègues chirurgiens, les médecins-chefs de secteur mettent en place des organisations afin de traiter le plus efficacement et le plus rapidement possible les malades. Cependant, là où la technique radio-chirurgicale des docteurs Ledoux-Lebard et Ombrédanne servait principalement à soigner, ces organisations servent autant à récupérer les soldats qu'à écarter les inaptes. Les soldats atteints d'albuminurie et de néphrite en sont des exemples. Pour le docteur Herscher, leur état, à condition d'être surveillé, n'est pas incompatible avec le service armé[6]. Un avis partagé par Justin Godart qui ordonne le 15 septembre 1916 de diriger les albuminuriques, mais aussi les « cardiopathes », sur le service central de médecine[7]. Le but est de soumettre ces malades à des examens plus complets grâce aux meilleures installations de ces services et aux compétences médicales de leurs chefs. À Tours, le docteur Denéchau met alors en place ces services pour albuminuriques et « cardiopathes » dans lesquels les malades suivent des examens en série afin de statuer sur leur situation médico-légale. Cette procédure permet à son service central de ne pas être encombré[8] et il souhaiterait la voir appliquée dans les autres services centraux médicaux de la région

[1] Parmi ces maladies, les médecins se focalisent principalement sur les albuminuries, les néphrites et les ictères.
[2] Une catégorie qui inclut aussi les soldats fatigués.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de juin 1916.
[4] *Ibidem.*
[5] *Ibid.* Un faux ictère s'obtient en ingérant de l'acide picrique pour simuler les symptômes. Durant ce mois, il trouve chez un simulateur un mode d'emploi pour simuler cette maladie.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de septembre 1916.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°240 Ci/7 du 15 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de septembre 1916. Il peut ainsi prononcer la sortie de deux malades par jour, soit un débit de soixante malades par mois.

afin d'unifier pratiques et dossiers médicaux[1]. Nous ne savons pas si cette méthode a été reproduite dans la région mais cette centralisation permet à l'armée de récupérer des soldats dans le service armé ou auxiliaire. Elle permet aussi d'écarter définitivement les inaptes. Des résultats que constate le docteur Rocaz en août et septembre 1917 à Angers[2].

c) Des maladies « nouvelles » pour le Service de Santé de la 9e région.

Le paludisme fait partie de ces maladies auxquelles le Service de Santé de la 9e région est peu habitué. Ce n'est pas une maladie inconnue du Service de Santé. C'est le médecin militaire Alphonse Laveran (1845 – 1922) qui identifie le parasite responsable du paludisme en 1880 et le traitement à base de quinine est connu. Cependant le paludisme est plus fréquent dans les colonies qu'en métropole où le corps médical est peu habitué à traiter ces malades. Le déroulement du conflit entrainant l'envoi en France des troupes coloniales et surtout les évacuations en provenance de l'Armée d'Orient[3] le confronte à cette maladie. En décembre 1916, le docteur Rocaz recense des paludéens en provenance des dépôts des corps de troupes de son secteur qui ont été infectés à l'Armée d'Orient[4]. Ces derniers peuvent développer de graves crises de paludisme avec des complications mortelles[5] mais ils peuvent reprendre le service armé après un traitement rigoureusement suivi[6].

L'approche thérapeutique adoptée concernant les paludéens consiste à les « blanchir »[7], puis à les soumettre à un traitement afin de diminuer et d'espacer les crises et ainsi les récupérer tout en limitant les contagions. Afin d'en faciliter l'application, le Service de Santé organise des formations spécialement pour les paludéens en février 1917[8]. Pour la 9e région, l'hôpital qui leur est réservé est l'hôpital complémentaire n°54 au château de Beaudiment dans la Vienne[9], mais ils sont aussi

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1916. Dans son rapport de septembre 1916, il transmet un exemple du dossier d'examen d'un albuminurique.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapports du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant les mois d'août et de septembre 1917. Il constate une diminution du nombre d'albuminuriques et de cardiaques vrais chez les récupérés. Seuls les cas légers sont conservés.
[3] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 462-464. L'Armée d'Orient est durement touchée par le paludisme qui devient une pandémie à partir de l'été 1916.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers au mois de décembre 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de février 1917.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°626 Ci/7 du 25 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] Ce mot, adopté aussi pour le traitement des syphilitiques, consiste à éliminer sinon à réduire au minimum le nombre d'hématozoaires présents dans le sang.
[8] A.N. C 7690. Circulaire n°420 Ci/7 du 10 février 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Elles sont dirigées par un personnel spécialisé en parasitologie et situées à proximité d'un laboratoire de bactériologie si elles n'en sont pas dotées. En outre, leur emplacement est choisi afin de limiter les risques de contagion via les moustiques.
[9] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'avril 1917.

hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°15 de Poitiers[1]. Pour les soigner, le docteur Herscher emploie le traitement du docteur Laveran : la quinine en injections intramusculaire en diminuant progressivement le dosage[2]. Il adapte ce traitement et le remplace parfois par des injections de novarsénobenzol[3] en intraveineuse[4]. Une fois « blanchis », les paludéens sont envoyés à l'hôpital complémentaire n°54 pour poursuivre leur traitement, de la quinine en voie orale[5]. Ce traitement d'entretien n'est pas toujours correctement suivi[6] conduisant à contrôler les prises de quinine notamment par l'analyse des urines[7]. Cette organisation thérapeutique donne d'excellents résultats et le docteur Herscher ne cesse de constater une diminution de la virulence et un espacement des crises. Une fois sorti de l'hôpital, le paludéen poursuit son traitement au sein d'une section de paludéens[8], toujours sous le contrôle d'un laboratoire de bactériologie avant de partir en congé de convalescence et de rejoindre son corps.

Les gaz de combat sont une des nouveautés de ce conflit mais les soins donnés aux militaires atteints par les gaz ne sont pas totalement nouveaux. Ces soins traitent les complications dues aux gaz, principalement les affections broncho-pulmonaires. Il n'y a pas d'organisation particulière pour ces soldats qui sont soignés par les différents centres de spécialités. Outre des enseignements sur la protection contre les gaz[9], la direction centrale multiplie les instructions et les notices relatives aux symptômes des différents gaz et des thérapies à employer[10]. Dans le même temps, l'armée développe l'utilisation des masques à gaz qui sont progressivement améliorés[11]. Dans la 9e région, l'observation des gazés est assez tardive[12] et ces derniers arrivent surtout au printemps 1918. En mai 1918, le docteur Denéchau estime leur nombre dans son secteur à 700 depuis le début du fonctionnement du

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mai 1917. En outre, des paludéens sont temporairement hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°6 d'Angers de juin à août 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de décembre 1916.

[3] Il s'agit d'un dérivé d'arsenic.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de novembre 1917. Ce dernier traitement, dans un premier temps utilisé pour les cas les plus graves, donne les meilleurs résultats dans le « blanchiment » des paludéens.

[5] Les paludéens peuvent aussi être dirigés sur les villes thermales comme Vichy.

[6] A.N. C 7690. Circulaire du 31 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les malades augmentent ainsi leur durée d'hospitalisation ce qui nuit à leur récupération. Cependant, ce ne sont pas les seuls effets négatifs. Le traitement par la quinine est injustement critiqué et les médecins s'en méfient devant le peu de résultats obtenus.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'août 1917.

[8] A.N. C 7690. Circulaire n°626 Ci/7 du 25 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[9] A.N. C 7521. Circulaire n°70 Ci/7 du 1er mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les pharmaciens sont alors formés durant une journée à Paris.

[10] A.N. C 7521. Circulaire n°770 Ci/7 du 4 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[11] LEPICK, Olivier et CHAUNU, Pierre (préf.). *La Grande Guerre chimique : 1914-1918*. Paris : P.U.F., 1998, 351 p.

[12] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de septembre 1917. Ceci laisse supposer que peu d'entre eux ont été évacués sur les secteurs médicaux de la région. Cependant, ils ont été pris en charge par les autres spécialités médicales et l'on ne peut exclure des collaborations entre les chefs de centres et de secteurs pour soigner ces malades et blessés.

régime des évacuations[1]. La gravité des complications est variée mais généralement les cas évacués sont bénins. Les deux tiers ont pu être soignés rapidement, huit jours en moyenne. Les complications généralement constatées sont des conjonctivites, des laryngites et des bronchites mais il a eu aussi à traiter des cas plus graves concernant des troubles digestifs, cardiaques et respiratoires. Ce qui préoccupe certains de ses collègues, comme le docteur Boidin qui lui succède, c'est le suivi médical après la guerre des gazés avec complications pulmonaires et qui nécessitent de longs mois de traitement[2].

La grippe espagnole est la dernière épidémie que le Service de Santé de la région doit affronter[3]. L'épidémie le prenant au dépourvu, ce dernier tente alors de s'organiser pour limiter les pertes[4]. La première phase qui touche la France au printemps 1918 ne soulève pas de grandes inquiétudes. En mai 1918, le docteur Herscher fait état d'une épidémie qu'il pense tout d'abord être une complication chez les gazés mais qui touche d'autres évacués du front ainsi que des infirmiers et des médecins[5]. Les symptômes durent deux à trois jours, avec parfois des rechutes, mais le docteur Herscher juge la maladie « […] bénigne […] »[6]. Les médecins commencent à observer la deuxième phase de l'épidémie, la plus dangereuse, à partir d'août 1918[7].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de mai 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Boidin sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1918. Suite à la loi du 31 mars 1919, les soldats reconnus invalides de guerre ont droit à des soins gratuits tout au long de leur vie.

[3] WINTER, Jay. « La grippe espagnole ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 539-546. La grippe espagnole fit entre trente et quarante millions de morts dans le monde. RASMUSSEN, Anne. « Dans l'urgence et le secret ». *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 1/2007 n° 25, p. 171-190. L'auteur évoque vingt-cinq à cinquante millions de morts. L'épidémie comprend trois phases en France. La première en avril-mai 1918 est bénigne mais frappe un grand nombre de personnes. La seconde durant l'été 1918 est la phase la plus virulente, elle dure jusqu'en novembre. La troisième a lieu au début de l'année 1919, elle est moins virulente que la seconde.

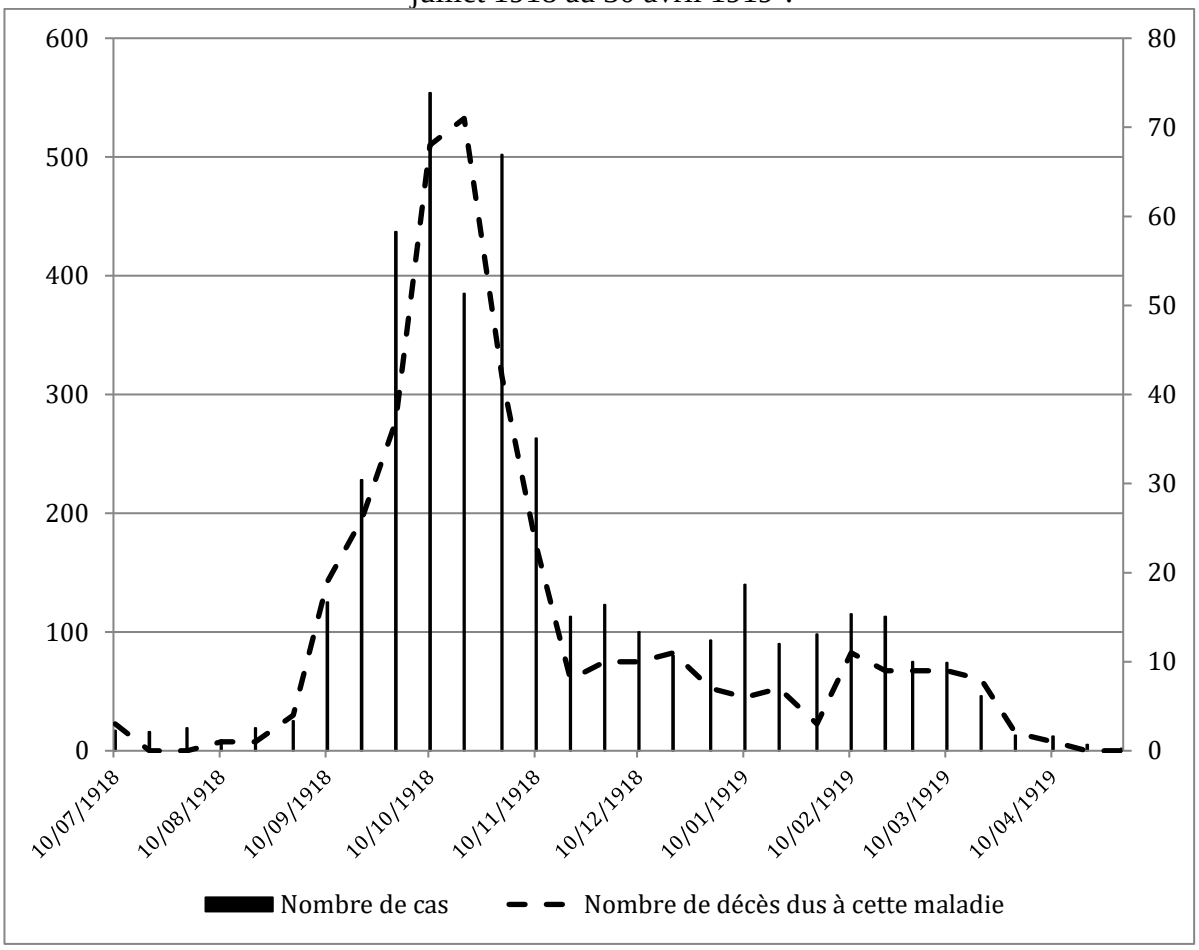
[4] RASMUSSEN, Anne. « Du vrai et du faux sur la Grande Guerre bactériologique. Savoirs, mythes et représentations des épidémies ». In : PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, p. 189-217. L'auteure dénombre 165 000 morts en France. TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général) et ROUVILLOIS, Henry (médecin inspecteur général) (préf.). *Le Service de Santé Militaire au Grand Quartier Général Français (1918-1919). Suivi de documents de statistique concernant la guerre mondiale et l'après-guerre*. Paris : Charles-Lavauzelle & Cie, 1934, 154 p. L'auteur dénombre pour le front 195 000 cas de grippe et 12 000 morts.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de mai 1918. Les symptômes sont une élévation de la température, une sécheresse de la gorge et un état de prostration.

[6] *Ibidem.* En juin 1918, le médecin-chef du secteur d'Angers mentionne lui aussi des états grippaux particulièrement sévères mais il ne mentionne pas de morts.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois d'août 1918.

Figure 22. Évolution des cas de grippe espagnole et du nombre de morts dus à cette maladie du 10 juillet 1918 au 30 avril 1919[1].



Dès lors, elle frappe les troupes stationnant dans la région créant un front secondaire jusque-là évité, avec des pics en septembre et octobre 1918 pour ce qui est de sa morbidité. Le docteur Gourichon, à la tête du secteur de Poitiers en septembre 1918, évoque de nombreux décès dans les corps de troupe[2]. Le personnel des formations sanitaires est lui aussi touché, désorganisant les services médicaux. En juillet 1918, le docteur Turlais en est atteint et des décès sont à signaler au sein de son personnel[3]. Interrogés par le Service de Santé sur cette épidémie, les médecins-chefs de secteur évoquent l'immunité acquise par ceux atteints lors des précédentes phases, même si certains ne sont pas convaincus par la protection totale qu'elle confère[4]. Ils soulignent aussi la pluralité des formes grippales et de leurs complications auxquelles répond celle des traitements[5] qui sont parfois critiqués

[1] Les premiers cas mentionnés dans ces états le sont en septembre 1918 et la dernière mention en juillet 1919. La première phase de l'épidémie, au printemps 1918, n'a pas été observée dans ces états.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Gourichon sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de septembre 1918.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Turlais sur le fonctionnement du secteur médical de Châteauroux durant le mois de septembre 1918.
[4] *Ibidem.* Pour le docteur Turlais, l'immunité n'est semble-t-il pas définitive. De même, le docteur Boidin à Tours évoque des soldats touchés en avril 1918 et de nouveau atteints par la suite.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°793 Ci/7 du 3 octobre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Outre de fortes fièvres et des courbatures, la grippe espagnole se double de complications respiratoires (sous forme pneumonique, broncho-pneumonique, d'un œdème aigu du poumon ou d'une pleurésie purulente), nerveuses (délires) ou intestinales

par les médecins[1]. Les symptômes se confondent parfois avec d'autres maladies, compliquant la tâche des médecins. À partir de novembre 1918, la morbidité au sein de la population militaire diminue mais les cas de complication grave et les décès continuent durant l'hiver et des cas sont signalés en juillet 1919.

Le Service de Santé est démuni face à cette épidémie contre laquelle il ne peut mener une réelle lutte prophylactique. La maladie est extrêmement contagieuse avec des périodes d'incubation très rapides[2]. Les malades évacués du front contaminent les autres évacués dans les trains sanitaires puis leurs camarades de chambre dans les formations. Les visiteurs et le personnel sont atteints et deviennent source de contagion, comme les malades en convalescence. Les médecins ont alors toutes les difficultés à mettre en place une prophylaxie efficace : l'isolement des malades et la désinfection des locaux et des effets. D'autant que certains médecins ne disposent plus des moyens matériels nécessaires pour procéder à celle-ci comme à Tours où le médecin-chef n'a pas les capacités hospitalières suffisantes[3]. Le Service de Santé lui-même reconnaît l'inefficacité des mesures prophylactiques dont il espère tout de même des résultats :

> « S'il est vrai que la prophylaxie est particulièrement difficile et demeure souvent inopérante vis-àvis [*sic*] d'une maladie extrêmement contagieuse, dont le germe est d'ailleurs indéterminé, il faut néanmoins reconnaître que des mesures intelligemment et consciencieusement appliquées doivent limiter la contagion, réduire le nombre des foyers, abaisser le chiffre de cas compliqués et le taux de mortalité : il importe donc de persévérer sans relâche dans l'effort prophylactique. »[4]

L'arrêt de l'épidémie à la fin de l'hiver 1918-1919 sauve la situation sanitaire militaire sans que l'on puisse attribuer la faible morbidité et mortalité chez les militaires aux mesures prises.

3) Collaborer avec les services civils pour protéger la santé des militaires.

La collaboration avec les services et autorités civils existant dès avant la guerre, et renforcée à ses débuts, franchit un nouveau palier avec la prolongation du conflit. Si les relations se font de plus en plus étroites, elles deviennent parfois tendues. L'attitude du Service de Santé et de l'armée fait que les civils subissent parfois plus qu'ils ne collaborent ce qui n'est pas sans risque pour l'hospitalisation des soldats.

(diarrhée). Les traitements sont tout aussi variés selon les complications : huile camphrée, substances colloïdales, saignée générale ou localisée, oxygène, adrénaline, intervention chirurgicale, etc.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Philibert sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de septembre 1918. Il dénonce l'emploi de la strychnine à haute dose menant à des intoxications graves avec une issue fatale.

[2] *Ibidem*. Il évoque une période d'incubation de quelques heures à trois jours.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Boidin sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois de septembre 1918.

[4] A.N. C 7690. Circulaire n°792 Ci/7 du 3 octobre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service Santé Militaire.

a) La surveillance de la santé publique parfois source de conflits entre les militaires et les civils.

Le Service de Santé doit collaborer avec les autorités civiles, notamment médicales, pour lutter contre les maladies épidémiques. Ces collaborations encouragées par les ministères de l'Intérieur et de la Guerre et mises en place de manière plus ou moins forcée provoquent des tensions dans un contexte sanitaire sensible. On retrouve ces tensions dans la désinfection des trains sanitaires. Les nombreuses évacuations vers les régions de l'intérieur nécessitent l'utilisation d'un matériel roulant important qu'il convient de nettoyer après chaque évacuation, la désinfection n'intervient qu'en cas de transport de contagieux. Ces procédures se font dans des gares désignées par le Service de Santé et le Service des chemins de fer[1], à l'exemple de celle de Tours, et ces opérations doivent être exécutées le plus rapidement possible[2]. À Tours, cette désinfection est effectuée au début de la guerre par le service départemental d'hygiène puis par le bureau municipal d'hygiène[3]. Si le Service de Santé fait appel à eux, parfois de manière autoritaire[4], c'est qu'il ne dispose pas des moyens matériels nécessaires à cette mission, au grand étonnement des services civils[5]. Forçant la main des services civils, qui ne peuvent pas ne pas agir, il régularise la situation en négociant l'utilisation du matériel civil. En octobre 1915, il obtient l'utilisation de l'étuve du service départemental d'hygiène d'Indre-et-Loire pour la désinfection des trains sanitaires en gare de Tours[6]. Celle-ci se fait de nuit par des infirmiers militaires, sous la direction d'un pharmacien militaire. Grâce aux services civils, le Service de Santé peut accomplir certaines de ses missions.

Cette collaboration, à l'image des difficultés rencontrées par les hôpitaux mixtes, pénalise souvent l'action des services civils. En mai 1915, le pharmacien David Barnsby se plaint auprès du préfet d'Indre-et-Loire des nombreuses demandes de désinfection de locaux ou de matériel faites par le Service de Santé. Elles surchargent l'activité du service et le pharmacien craint de ne plus pouvoir remplir sa mission initiale[7]. Même si le préfet reconnaît ces difficultés, il est impossible de ne pas

[1] A.N. C 7521. « Instruction provisoire sur les Évacuations par voie ferrée des Malades et Blessés des Armées sur la Zone de l'Intérieur » du 15 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ces gares sont appelées des gares « centres de désinfection ».
[2] A.N. C 7689. Instruction n°10 267 C/7 du 23 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Cette instruction décrit les différentes opérations de nettoyage et de désinfection des trains sanitaires. Elle fait suite à la dépêche ministérielle n°7751 C/7 du 12 septembre 1914.
[3] A.D.I&L. 5 M 98. Lettre datée du 12 mai 1915 de David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire, au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] *Ibidem.* David Barnsby évoque une mise « […] en demeure d'urgence […] » de son service.
[5] *Ibid.* David Barnsby s'étonne que le Service de Santé, qui dispose de ressources financières importantes par rapport aux services civils, n'ait pas acheté le matériel nécessaire.
[6] A.D.I&L. 5 M 98. Lettre datée du 12 octobre 1915 de David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire, au préfet d'Indre-et-Loire.
[7] A.D.I&L. 5 M 98. Lettre datée du 12 mai 1915 de David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire, au préfet du d'Indre-et-Loire.

répondre à ces demandes[1]. Les services civils doivent alors se prémunir de l'emprise du Service de Santé, ce qui n'est pas toujours aisé. Dans la Vienne, le docteur Jablonski tente de conserver l'indépendance de son service face au Service de Santé. Les sources de tension sont les mêmes : la désinfection de locaux et de matériel, auxquelles s'ajoutent d'autres discordes[2]. En février 1915, un conflit l'oppose au Service de Santé au sujet du remboursement de désinfections faites par le chef de poste de Loudun[3] à l'hôpital mixte de la ville pour le compte du Service de Santé[4]. Le différent n'est pas uniquement financier pour le docteur Jablonski : il en va de l'autonomie de son service qui n'a pas à obéir aux ordres de l'armée[5]. En septembre 1916, il négocie avec le médecin chef de la place de Poitiers l'utilisation des étuves de désinfection de son service contre rétribution[6]. Après l'affaire de Loudun, le Service de Santé consent à réglementer l'utilisation des moyens civils, limitant l'emprise des militaires.

Parfois trop envahissant, le Service de Santé s'avère être aussi un allié indispensable pour les services civils dans la lutte contre les maladies épidémiques, palliant certaines de leurs faiblesses. En octobre 1915 à Tours, le chef du laboratoire de bactériologie, le docteur Nattan-Larrier prend contact avec le préfet d'Indre-et-Loire afin d'apporter son aide pour « […] toute mission relative au service de la protection de la santé publique. »[7] Le préfet demande alors au pharmacien David Barnsby de se mettre en contact avec le docteur Nattan-Larrier qui lui détaille son offre. Elle consiste à exécuter, à la demande de l'inspecteur départemental, des prélèvements et des analyses lors d'enquêtes sur des cas de maladies contagieuses et de fournir du matériel de prélèvement aux délégués sanitaires[8]. Agissant ainsi, le docteur Nattan-Larrier souhaite améliorer la lutte civile contre les maladies épidémiques afin de protéger la population civile et par conséquent les militaires. C'est l'argument avancé également par le préfet d'Indre-et-Loire lorsqu'il demande au ministre de l'Intérieur d'obtenir

[1] A.D.I&L. 5 M 98. Brouillon d'une lettre datée du 13 mai 1915 du préfet d'Indre-et-Loire à David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire. Il propose alors de demander à l'armée le personnel nécessaire aux désinfections.

[2] Comme le point déjà évoqué de la mainmise du Service de Santé sur les hôpitaux et hospices civils qui empêche la mise en place de services pour les contagieux civils.

[3] Un chef de poste de désinfection est chargé des désinfections ordonnées par l'inspecteur, le préfet ou le délégué sanitaire de la circonscription.

[4] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 10 février 1915 du docteur Jablonski à monsieur Boyer, chef du poste de désinfection de Loudun. Le conflit porte sur l'organisme qui doit payer les frais de cette désinfection.

[5] L'affaire se poursuit durant quelques mois, chacun campant sur ses positions, nous ne savons pas comment elle s'est achevée.

[6] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre datée du 14 septembre 1916 du docteur Jablonski au médecin-chef de la place de Poitiers. Là aussi nous ne savons pas si les négociations ont abouti.

[7] A.D.I&L. 5 M 98. Brouillon d'une lettre du 15 octobre 1915 du préfet d'Indre-et-Loire à David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire.

[8] A.D.I&L. 5 M 98. Lettre datée du 21 octobre 1915 de David Barnsby, inspecteur départemental des services d'hygiène d'Indre-et-Loire, au préfet d'Indre-et-Loire.

de son collègue de la Guerre les accords nécessaires à ce projet[1]. Malgré les bénéfices de cette collaboration, l'accord du Service de Santé est laborieux à obtenir et n'est donné que le 23 février 1916[2]. L'accord est cependant purement formel puisque le docteur Nattan-Larrier a déjà débuté sa collaboration avec le service départemental[3].

Bien qu'elle ne soit pas toujours excellente, la collaboration des services civils et militaires permet de maintenir un bon état sanitaire dans la 9e région. Cependant, ce dernier risque d'être mis à mal avec la démobilisation qui se fait durant l'épidémie de grippe espagnole. En décembre 1918, le docteur Herscher, bien que constatant une décroissance des cas de grippe dans les hôpitaux militaires du secteur de Poitiers, appelle à maintenir les mesures prophylactiques contre cette maladie qui touche plus la population militaire[4]. Face à la grippe, les services civils prennent des mesures pour limiter les contagions. Dans la Vienne, le docteur Jablonski fait diffuser des instructions sur la prophylaxie de la grippe, les cinémas et le théâtre de Poitiers sont fermés et la rentrée des classes repoussée[5]. Les mois de janvier et février 1919 voient une recrudescence de la grippe dans la population civile avec une mortalité moyenne de 2 à 3 %[6]. Certains services civils semblent avoir eu des dysfonctionnements, comme dans la Vienne. Le ministère de l'Intérieur critique le retard pris pour fermer les écoles et les médecins qui n'ont pas déclaré les cas de grippe[7]. Le docteur Jablonski se défend en expliquant qu'il a appliqué ce qui se fait dans le département de la Seine et déplore l'attitude de ces médecins négligents[8].

[1] A.D.I&L. 5 M 98. Brouillon d'une lettre datée du 25 novembre 1915 du préfet d'Indre-et-Loire au ministre de l'Intérieur. Les déplacements et les analyses pour le compte des services civils sortent des attributions du laboratoire. Même si des collaborations informelles ont pu avoir lieu, on cherche dans ce cas l'autorisation du Service de Santé notamment pour justifier les déplacements du personnel du laboratoire de bactériologie.

[2] A.D.I&L. 5 M 98. Lettre datée du 1er mars 1916 du ministre de l'Intérieur au préfet d'Indre-et-Loire.

[3] A.D.I&L. 5 M 98. Dépêche n°2 811 3/7 du 23 février 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Une copie de cette dépêche est adressée au préfet d'Indre-et-Loire sur laquelle est inscrit : « M. Nattan-Larrier continuera sa collaboration déjà acquise. »

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin major de 2e classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de décembre 1918.

[5] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Les fermetures et l'ajournement de la rentrée des classes sont décidés lors d'une réunion du conseil départemental d'hygiène du 21 octobre 1918. La rentrée des classes est repoussée au 24 novembre 1918. Les instructions datent du 3 octobre 1918.

[6] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Le préfet de la Vienne succombe de la grippe le 14 février 1919.

[7] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Copie d'une lettre du 23 janvier 1919 du ministre de l'Intérieur au préfet de la Vienne.

[8] *Ibidem*. Ce n'est pas la première fois que le docteur Jablonski se plaint du fait que les médecins ne signalent pas les cas de maladies épidémiques comme la loi les y oblige. En mai 1916, il souhaite que des sanctions soient prises contre des médecins, récidivistes, qui n'ont pas signalé des cas de maladies épidémiques. De son côté, le Service de Santé rappelle les médecins militaires à leurs obligations dans ce domaine. C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°7 460H du 8 septembre 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

b) L ‘échec de la lutte contre la tuberculose.

La tuberculose, maladie sociale qui menace la population avant la guerre, fait peser une grave menace sur l’armée, qui n’est pas exempte de tout reproche. En effet, lors de la mobilisation, les hommes sont incorporés dans les corps de troupe le plus rapidement possible afin de mettre en œuvre le Plan XVII. Les tuberculeux rejoignent alors leur unité sans passer un examen de toute manière impossible à mettre en place. Le Service de Santé ne dispose pas du matériel nécessaire pour examiner un si grand nombre de soldats en si peu de temps. Ces tuberculeux deviennent alors des risques pour leurs camarades et le Service de Santé doit alors les écarter de l’armée[1]. Le directeur de la 7e Direction rappelle cette lutte contre la tuberculose et ordonne « […] d’éliminer le plus tôt possible des rangs de la troupe les hommes ainsi atteints […] »[2] notamment lors des périodes d’incorporation des jeunes soldats ou des récupérés. Du 1er août 1914 au 1er novembre 1915, 65 519 soldats tuberculeux ont été réformés[3]. Cependant, l’armée n’a accordé des gratifications et des pensions que très rarement, précarisant ces réformés. En outre, cette action est entravée par la volonté de récupérer le maximum de soldats, ce qui conduit, via la loi Dalbiez, à incorporer des tuberculeux[4].

Appuyés par les laboratoires de bactériologie, les médecins-chefs de secteur médicaux vont poursuivre l’élimination des tuberculeux de l’armée dont le nombre parmi les malades effraie le docteur Rocaz en avril 1916[5]. Les médecins-chefs de secteur instaurent alors des examens rigoureux avec des analyses des crachats et des examens radiologiques systématiques. Pour remédier à la diversité des examens et aux divergences entre médecins, le docteur Herscher impose une feuille d’observation type dans son secteur de Poitiers pour les suspects de tuberculose pulmonaire[6]. Dans le même temps, une uniformisation des examens est initiée au niveau régional permettant des observations complètes et comparables[7]. Ces mesures sont indispensables car nombre de suspects de tuberculose évacués du front ne sont en réalité que des soldats fatigués[8]. L’amélioration du triage au front et l’interdiction de la mention de « suspect », certes tardive[9], diminuent aussi le nombre de

[1] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 236-237 et p. 239. Léon Bernard considère que la guerre n’a fait que révéler le nombre de tuberculeux. Les nouvelles contaminations ont faiblement contribué à l’augmentation de leur nombre.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°12 893 C/7 du 12 avril 1915 du directeur de la 7e Direction.
[3] BERNARD, Léon, (1929), *La défense…, op. cit.* p. 236.
[4] *Ibidem, op. cit.* p. 238. MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick, (1996), *L’hygiène dans…, op. cit.* p. 545-546.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d’Angers durant le mois d’avril 1916.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de septembre 1916.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d’Angers durant le mois septembre 1916.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d’Angers durant le mois d’août 1916.
[9] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois de février 1918. Il se félicite de l’interdiction de cette mention. Les mentions de « bronchite suspecte » ou de « sommet suspect » étaient alors en recrudescence.

tuberculeux évacués ce qui facilite l'action des médecins-chefs de secteur. En avril 1918, des centres de triage pour tuberculeux et « suspects » sont créés. Pour le secteur de Poitiers, ils sont organisés au service central et dans une annexe de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault[1]. La mission de ces médecins ne s'arrête pas à écarter les tuberculeux, ils tentent aussi de les soigner. Le docteur Denéchau souhaite employer pour certains, la méthode de Forlanini[2]. Le docteur Rocaz, convaincu de la curabilité de malades « […] en imminence de tuberculose pulmonaire […] »[3], leur distribue des notices prophylactiques.

L'action de ces médecins ne constitue qu'une étape dans la lutte antituberculeuse du Service de Santé qui met en place toute une organisation hospitalière. Cependant, cette lutte ne fait que poursuivre la mission des médecins-chefs de secteur à savoir écarter les tuberculeux de l'armée. Une fois le diagnostic formellement établi, les tuberculeux[4], réformés ou non, sont dirigés sur les hôpitaux sanitaires créés le 31 janvier 1916[5]. Sorte de sanatorium, au nombre d'un ou deux par région, ils sont destinés à améliorer l'état de santé des tuberculeux et à leur donner une éducation antituberculeuse avant qu'ils ne quittent l'armée. Le manque de locaux adéquats rend leur organisation difficile même si le Service de Santé offre la possibilité de créer de telles structures dans les hôpitaux auxiliaires et bénévoles[6]. Ces difficultés obligent le Service de Santé de la région à organiser ces hôpitaux sanitaires au sein d'autres formations dont une partie des services est alors destinée aux tuberculeux. Les formations concernées sont les hospices mixtes d'Angers et de Poitiers, où ces services disposent de trente lits, et l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde, où le service dispose de quatre-vingt lits[7]. Cette organisation est insuffisante en nombre de lits pour tuberculeux. Et bien qu'elle doive fonctionner après la guerre le temps nécessaire, cette organisation commence à être démantelée dès février 1919[8].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Herscher sur le fonctionnement du secteur médical de Poitiers durant le mois d'avril 1918. En réalité ces services existaient déjà. En outre, le docteur Herscher poursuit le tri lors des visites d'inspection.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 48. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Denéchau sur le fonctionnement du secteur médical de Tours durant le mois d'octobre 1916. La méthode de Forlanini est une intervention chirurgicale qui consiste en un pneumothorax artificiel. Mais pour être efficace, elle doit être faite rapidement dans des formations spéciales, ce que ne permet pas toujours le système hospitalier.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 49. Rapport du médecin major de 1ère classe Rocaz sur le fonctionnement du secteur médical d'Angers durant le mois de juin 1917.

[4] Tous les tuberculeux ne sont pas concernés. Les tuberculeux pulmonaires à lésion ouverte et fermée y sont soignés. Les tuberculeux ayant des lésions graves et les porteurs de lésions osseuses articulaires ou ganglionnaires uniquement ne doivent pas y être dirigés.

[5] A.N. C 7521. Circulaire n°14 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[6] A.N. C 7521. Circulaire n°239 Ci/7 du 15 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[7] A.N. C 7690. Instruction n°637 Ci/7 du 20 décembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les chiffres donnés correspondent à ceux de cette instruction.

[8] MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick, (1996), *L'hygiène dans…, op. cit.* p. 548-550.

Le Service de Santé décide d'accompagner temporairement les tuberculeux écartés de l'armée[1]. En réalité, il se défausse sur les civils dont le système de lutte antituberculeuse est, dès avant le conflit, en retard par rapport à l'Allemagne et à la Grande-Bretagne[2]. Sous la conduite du ministère de l'Intérieur, des stations sanitaires sont créées pour des militaires tuberculeux en instance de réforme ou réformés et ayant un état de santé satisfaisant. En effet, ces stations sanitaires ne sont pas des lieux de soins mais d'éducation à la prophylaxie antituberculeuse[3]. Le Service de Santé est associé à ces structures, fournissant une aide financière pour les soldats en instance de réforme et au besoin du personnel. Des formations de ce type sont créées dans la 9e région comme celle des Brandelles en Indre-et-Loire[4] et de Touvent dans l'Indre[5]. Cependant, ces structures ne sont que des étapes pour les tuberculeux qui ne peuvent y rester qu'au maximum trois mois avant d'être renvoyés chez eux. Ces structures auraient pu servir de base à un système civil de lutte contre la tuberculose mais il est, lui aussi, progressivement démantelé après la guerre[6].

La société civile prend alors le relai de cette structure avec les comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux chapeautés par un comité national créé le 1er avril 1916 et présidé par Léon Bourgeois (1851 – 1925)[7]. Le 17 juin 1916, le préfet des Deux-Sèvres convoque différentes autorités civiles et médicales du département dans le but de créer le comité départemental de cette œuvre[8]. Son but est d'aider les militaires tuberculeux réformés matériellement ou financièrement pour les indigents[9]. Mais le comité veille principalement à ce que tous les anciens militaires tuberculeux qui lui sont signalés ou qu'il trouve, suivent les prescriptions hygiéniques enseignées, notamment dans les stations prophylactiques. L'action du comité repose sur les dames visiteuses qui, dans le cas du comité des Deux-Sèvres, sont membres de la S.S.B.M. ou de l'U.F.F. Elles visitent les tuberculeux, les conseillent, enquêtent, présentent les demandes d'aide et règlent les factures. Cependant, l'action du comité possède une limite : le tuberculeux n'a aucune obligation de

---

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°14 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les hôpitaux sanitaires ont été créés dans le cadre de la loi du 18 octobre 1915 qui décrète « […] l'assistance pendant la durée de la guerre aux militaires en instance de réforme, ou réformés pour tuberculose. »

[2] MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick, (1996), *L'hygiène dans…, op. cit.* p. 550.

[3] A.N. C 7521. Circulaire n°14 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°10 738 H du 3 décembre 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il annonce l'ouverture de cette structure le 15 décembre 1915.

[5] A.N. C 7690. Instruction n°637 Ci/7 du 20 décembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[6] MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick, (1996), *L'hygiène dans…, op. cit.* p. 550.

[7] *Ibidem, op. cit.* p. 551-552.

[8] A.D.D-S. 3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux. Procès-verbal de la réunion constitutive du comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux du 17 juin 1916. Outre le préfet, le président du conseil général, les maires de Niort, Parthenay, Saint-Maixent-l'École et Thouars sont présents ainsi que le président du syndicat des pharmaciens, le vice-président du conseil départemental d'hygiène et le médecin des épidémies de l'arrondissement de Niort.

[9] A.D.D-S. 3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux. Procès-verbal de la réunion du 8 octobre 1917. Le comité acquitte les factures auprès des fournisseurs mais ne donne jamais d'argent. Il peut aussi fournir des lits, etc. L'aide aux anciens militaires tuberculeux est conditionnée à une enquête préalable faisant état de la situation d'indigence de ces derniers.

faire appel à lui. Certains déclinent l'aide financière et matérielle du comité n'étant pas en situation d'indigence ou précaire ; d'autres refusent la surveillance des dames visiteuses concernant le respect des règles d'hygiène. Un tel refus est accepté facilement par le comité lorsqu'il considère le tuberculeux suffisamment éduqué à ces règles[1].

La création des dispensaires antituberculeux améliore le suivi des tuberculeux réformés en permettant aux comités et aux sociétés de la Croix-Rouge de poursuivre leurs actions. Le 24 février 1919, le président du comité des Deux-Sèvres rappelle que, selon ses statuts, l'existence du comité s'achève six mois après la cessation des hostilités. Afin de poursuivre son action, le comité se transforme en société de préservation contre la tuberculose avec la création d'un dispensaire[2]. Le « […] dispensaire public de préservation contre la tuberculose […] »[3] qui succède au comité, est doté de nouveaux statuts mais surtout d'un dispensaire à Niort, le dispensaire « Léon Bourgeois ». La nouvelle œuvre poursuit les missions de l'ancienne, le dispensaire permettant de procéder à des examens bactériologiques et de soigner gratuitement les tuberculeux indigents. Il permet aussi de former les dames visiteuses qui continuent aussi leurs actions. À Angers, c'est la volonté de continuer de soigner les soldats qui pousse le comité de l'U.F.F. à créer, le 30 avril 1917, un dispensaire antituberculeux où les premières consultations sont données le 20 mars 1918[4]. Le comité se dote d'une section antituberculeuse pour appuyer le dispensaire et des dames visiteuses sont formées. Le dispensaire, œuvre privée, agit en étroite collaboration avec le comité départemental d'assistance aux militaires réformés pour tuberculose au cours de la guerre jusqu'à la suppression du comité[5]. Il poursuit alors sa mission.

B) Les maladies vénériennes et dermatologiques, une source de conflits entre les militaires et les civils.

Les maladies vénériennes et dermatologiques sont une autre source de collaborations entre les autorités civiles et militaires. Mais les maladies combattues dans ce cas diffèrent de celles affrontées

[1] A.D.D-S. 3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux. Procès-verbal de la réunion du 8 octobre 1917.
[2] A.D.D-S. 3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux. Procès-verbal de la réunion du 24 février 1919. Le 18 juin 1918, la création d'un dispensaire avait déjà été actée. Les membres fondateurs de cette association sont les autorités civiles et médicales du département, ainsi que les comités de l'U.F.F. et de la S.S.B.M. de Niort.
[3] A.D.D-S. 3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux. Statuts de l'association datés du 25 février 1919. Il s'agit du nom de l'association.
[4] A.D.M&L. 101 J 280. Historique du dispensaire antituberculeux d'Angers d'auteur inconnu et daté du 21 décembre 1920. La mission Rockefeller a visité le dispensaire mais n'a pas aidé financièrement à sa création car il s'agit d'une œuvre privée non affiliée au comité départemental d'assistance aux militaires réformés pour tuberculose au cours de la guerre.
[5] Tout comme le comité des Deux-Sèvres, le comité du Maine-et-Loire n'a qu'une durée de vie limitée. Nous ne savons pas ce qu'il est devenu ensuite.

par les autres médecins, sauf dans le cas de la tuberculose, par leur dimension sociale. Les maladies vénériennes sont considérées comme des maladies honteuses. Celles-ci, particulièrement la syphilis, font parties de ces « fléaux sociaux » avec la tuberculose et l'alcoolisme, menaçant la « race » française de « […] dégénérescence […] »[1]. Le « péril vénérien » fantasmé effrayant les médecins avant la guerre, trouve un nouvel écho durant le conflit, devenant l'un des symboles de cette lutte contre l'ennemi de l'intérieur et inquiète jusqu'au plus haut niveau du Service de Santé qui se doit d'agir[2]. Son action passe là aussi par la mise en place d'un système performant visant à améliorer les soins des soldats en vénéréologie mais aussi en dermatologie. Un système où l'élément civil et dans une moindre mesure l'allié américain sont là aussi indispensables pour sa réussite. Cependant, la nature des maladies traitées par ce système et l'absence de collaborations avant la guerre, comme ce fut le cas pour d'autres maladies contagieuses, fragilisent ces relations indispensables.

1) Une organisation régionale plus délicate à mettre en place.

Lorsque le Service de Santé prend la décision d'ériger un centre régional de dermatologie-vénéréologie, il adopte un schéma désormais « classique ». Les divergences avec les autres centres tiennent évidemment à la dimension sociale de ces maladies. L'aspect « honteux » des maladies vénériennes influe sur l'organisation du centre, tout comme l'attitude de son chef, le docteur Gougerot.

a) Une organisation régionale classique.

Placé à la tête de ce centre qui ouvre ses portes le 20 mars 1916, le docteur Gougerot met en place cette organisation dont le service central est à l'hôpital complémentaire n°3. Ce service est initialement destiné aux cas graves et compliqués de maladies vénériennes et d'affections cutanées[3] ; son organisation s'achève en juin 1916. L'hôpital est partagé avec d'autres malades et blessés. Ainsi, deux salles sont attribuées au service de dermatologie tandis que les malades vénériens sont hospitalisés dans deux baraques installées dans la cour. Dirigeant l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°103 aux Tilleuls, une formation partagée avec le centre de neurologie, le docteur Gougerot y soigne les affections cutanées d'origine nerveuse et les syphilis nerveuses ou viscérales[4]. Ce centre collabore activement avec ceux créés auparavant ainsi qu'avec des spécialistes. Ces collaborations sont

[1] LE NAOUR, Jean-Yves. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) ». *Annales de démographie historique*, 1/2002 (n°103), p. 107-120.
[2] LE NAOUR, Jean-Yves, (2002), *Misères et tourments…, op. cit.* p. 128-131.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°2 428 du 13 mars 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il annonce aux médecins de la région l'ouverture prochaine du centre.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant la période du 20 mars au 30 avril 1916. Il poursuit ainsi ce qu'il faisait lorsqu'il était affecté au centre de neurologie.

immédiates car le docteur Gougerot est affecté à la région depuis plusieurs mois. Outre le service d'urologie du docteur Vincent à l'hôpital complémentaire n°3, le docteur Gougerot utilise le service de radiologie du lycée Descartes pour soigner certains de ses malades. Le laboratoire de bactériologie de Tours est lui, mis à contribution pour permettre les examens indispensables au diagnostic, notamment la séroréaction de Wassermann[1]. Collaborant avec les spécialistes présents à Tours, le docteur Gougerot parvient à faire de son centre un « […] petit hôpital S^{t} Louis […] »[2].

Dans ce centre régional, l'organisation diffère entre la dermatologie et la vénéréologie. Dans ce dernier cas, le docteur Gougerot divise la 9^{e} région en trois secteurs, sur le modèle des secteurs médicaux, dirigés par des spécialistes[3]. Le but est de permettre le traitement ambulatoire de vénériens non contagieux et ainsi d'éviter de suspendre leur entrainement. Cela permet aussi de diminuer les coûts de transport et l'encombrement du centre de Tours qui continue de traiter les cas graves. Les sous-centres de Poitiers et d'Angers sont créés au mois de mai 1916, le premier dans des salles de l'Hôtel-Dieu et le second dans un pavillon et une salle de l'hôpital mixte. Cette organisation est complétée par deux services de traitement ambulatoire des maladies vénériennes créés à Châtellerault en juin 1916 et à Châteauroux en août 1916[4] suite à l'importance de leurs populations militaires et ouvrières. Ces services deviennent des sous-centres en août 1917[5]. Originellement consacrés à la vénéréologie, ces sous-centres procèdent aussi à des soins dermatologiques en ambulatoire. Concernant l'organisation dermatologique, le docteur Gougerot utilise aussi l'hôpital complémentaire n°58 situé à la station hydrominérale de La Roche-Posay dans la Vienne.

Afin de compléter son « petit hôpital Saint-Louis » et de se doter d'une réelle action thérapeutique, le centre régional possède une pharmacie dirigée par un spécialiste, le pharmacien Paul Duret*, affecté à l'hôpital complémentaire n°3 le 13 avril 1916. Le docteur Gougerot obtient que ce pharmacien délivre à l'ensemble des formations sanitaires et des corps de troupe de la région, les

---

[1] TILLES, Gérard. *Dermatologie des XIX^{e} et XX^{e} siècles. Mutations et controverses*. Paris : Springer-Verlag France, 2011, 269 p. Appelé aussi Bordet-Wassermann, ce test, inventé en 1906, permet de diagnostiquer la syphilis. Plus précisément, il permet de mettre en évidence la présence du *Treponema pallidum*, la bactérie responsable de la syphilis, dans le sang. Cependant, ce test n'est pas spécifique à la syphilis.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Premier rapport annuel et rapport du médecin major de 2^{e} classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie durant le mois de mars 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9^{e} région militaire durant le mois d'août 1916. Le secteur de Tours comprend les départements de l'Indre et d'Indre-et-Loire (sauf l'ouest du département, soit Chinon et Bourgueil). Le secteur de Poitiers comprend la Vienne (sauf Loudun) et les deux tiers des Deux-Sèvres. Le secteur d'Angers comprend le Maine-et-Loire, une partie de la Vienne avec Loudun, le nord des Deux-Sèvres et l'ouest de l'Indre-et-Loire.

[4] Ces services sont organisés respectivement à l'annexe C de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault et à l'hôpital mixte de Châteauroux.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9^{e} région militaire durant le mois d'août 1917. Il n'évoque pas de modification des secteurs.

médicaments indispensables aux traitements des maladies vénériennes et dermatologiques[1]. En outre, il obtient que les médicaments soient délivrés aux médecins des soldats venus à la consultation de son centre. Agissant ainsi, il souhaite pallier l'absence de ces traitements dans les corps de troupe, des traitements qui nécessitent un savoir-faire pour leur conception afin d'éviter les accidents médicamenteux. La délivrance immédiate des traitements aux consultants accélère leur guérison en évitant que ces derniers ne suspendent leur entrainement ou leur service. Enfin, cela permet de diminuer les coûts des médicaments en les faisant fabriquer par un spécialiste et non en les achetant. Le docteur Gougerot ne cesse de louer l'action du pharmacien Duret qui, tout comme les médecins, améliore les traitements et diffuse ses recherches[2].

Les différents services de cette organisation partagent les difficultés rencontrées dans les autres spécialités. Le docteur Gougerot relaie les plaintes des médecins dirigeant les sous-centres concernant la gestion parfois désastreuse du personnel. Lui-même réclame du personnel administratif et dénonce les départs soudains d'un personnel qu'il a formé à sa tâche et qui est alors remplacé par un personnel novice[3]. Ces services rencontrent les mêmes difficultés matérielles que les autres formations, montrant ainsi les difficultés du Service de Santé à répondre aux besoins des centres spécialisés. Souhaitant améliorer son centre par l'installation d'un laboratoire, il commande du matériel en août 1916[4]. La commande ne parvient à son centre qu'en septembre 1917 mais est incomplète. La démobilisation se fait dans le cadre de la circulaire de décembre 1918 et sans trop désorganiser les services. Le sous-centre d'Angers ferme dès novembre 1918 avec le départ de son chef, les malades sont alors soignés à Tours. Le docteur Gougerot est quant à lui affecté à Paris mais il continue de diriger le centre en s'y rendant deux jours par semaine. Le centre de Tours et le sous-centre de Poitiers continuent d'exister au moins jusqu'en décembre 1919.

b) La mairie de Tours, un « adversaire » du centre.

En juin 1916, le docteur Gougerot parvient à mettre en place une organisation performante pour traiter les militaires atteints d'affections vénériennes ou dermatologiques. L'organisation est modifiée avec la scission du centre le 25 juillet. Le service de vénéréologie est déménagé à l'hôpital

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916.
[2] DURET, Paul. « Traitement des plaies de guerre par un liquide à action en même temps germicide et cytophylactique ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1916, tome n°76, séance du 11 juillet 1916, p. 23-25. DURET, Paul. « Nouvelle préparation d'un calomel très dissociable ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1919, vol. 33, p. 174-176.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Ce mois-ci, un infirmier spécialisé dans les techniques de laboratoire est affecté au centre avant de le quitter le même mois pour Paris.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916. Cette demande vise à pouvoir pratiquer des examens urgents sans passer par le laboratoire régional.

mixte de Tours tandis que le service de dermatologie reste à l'hôpital complémentaire n°3[1]. Cette division va à l'encontre de la qualité des soins des malades pour le docteur Gougerot. En effet, les soins urologiques dont bénéficiaient les vénériens deviennent compliqués à mettre en œuvre. Pour lui, l'origine de cette scission vient des autorités civiles, particulièrement de la mairie de Tours, opposées à la présence de vénériens dans des locaux scolaires où des enfants suivent leur scolarité[2]. La cohabitation entre ces malades « honteux » et des enfants provoque les plaintes des parents ainsi que de la mairie, plaintes que le docteur Gougerot récuse, mais uniquement sur le plan médical :

> « Les autorités civiles craignaient la contamination des locaux scolaires voisins de nos baraques par nos vénériens (!). Or la baraque Rollet, la seule qui servît aux vénériens est construite dans la cour, loin des locaux scolaires, elle a une cour spéciale réservée à nos malades, cour enclose d'un mur de 2^{m} 15 et des water-closets spéciaux compris dans cette cour. Par conséquent nos vénériens ne pouvaient même pas être aperçus du dehors, s'il n'y avait que les contagions vénériennes par l'air et par dessus les murs comme le croient ces autorités, les maladies seraient immédiatement supprimées ! »[3]

Figure 23. Hôpital complémentaire n°3 à l'école supérieure de jeunes filles de Tours. Centre de dermatologie-vénéréologie. Baraques destinées aux malades vénériens[4].

Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9^{e} RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

Les autorités civiles ont certes joué un rôle dans le départ des vénériens de l'hôpital complémentaire n°3 mais elles sont soutenues par les autorités militaires. Le 31 mai 1916, le S.S.E.S.S.M. interdit l'utilisation des locaux scolaires pour l'installation d'hôpitaux exclusivement destinés aux vénériens[5]. Bien que l'hôpital complémentaire n°3 comprenne aussi des services de chirurgie, d'urologie et de dermatologie, le directeur du Service de Santé de la région souhaite

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9^{e} région militaire durant le mois d'août 1916.
[2] *Ibidem.* L'école continue d'être en partie occupée par des classes dont des classes de jeunes filles.
[3] *Ibid.*
[4] À droite se trouve la baraque incriminée et à gauche on peut observer la présence d'enfants.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°118 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

déplacer les vénériens. Le 1er juillet 1916, il demande à la commission administrative de l'hôpital mixte de Tours, l'autorisation d'y transférer les vénériens afin de mettre fin à cette situation[1]. La commission administrative accepte cette demande, d'autant que les vénériens seraient ainsi hospitalisés dans les locaux militaires séparés des locaux civils et les traitements seraient fournis par la pharmacie régionale du Service de Santé. Elle demande cependant à ce que ces malades n'en sortent pas et ne pénètrent pas dans l'espace civil de l'hôpital[2].

Dès lors, les relations entre le docteur Gougerot, cherchant à mener à bien sa mission, la commission administrative et la mairie de Tours, souhaitant préserver leurs intérêts, deviennent délicates. L'attitude du Service de Santé dans les négociations sur le relèvement de l'indemnité journalière ne facilite pas le dialogue mais la commission administrative n'a réellement plus les moyens de répondre aux demandes du docteur Gougerot. Les services de vénéréologie et de dermatologie sont installés dans des locaux qui deviennent de plus en plus exigus avec l'augmentation de leur activité. À l'hôpital mixte de Tours, le docteur Gougerot demande quatre salles en janvier 1917 pour y installer les services nécessaires au bon fonctionnement de son centre. Elles lui sont refusées car l'hôpital mixte ne dispose plus de place. Le moindre local est dédié à l'hospitalisation des malades et il doit refuser des entrées[3]. Quant à l'hôpital complémentaire n°3, la mairie refuse dans un premier temps la pose de cloisons de bois demandées par le docteur Gougerot permettant la création de salles. Il lui faut faire des « […] démarches personnelles […] »[4] pour obtenir cet aménagement. Le refus initial de la mairie tient en la volonté de récupérer l'école au début de l'année 1917, à laquelle s'ajoutent les dissensions provoquées par les travaux réalisés par le Service de Santé au début de la guerre dans les écoles. Cette situation semble propre à la ville de Tours, les sous-centres de Poitiers, Angers et Châteauroux obtiennent facilement les aménagements souhaités.

Malgré des améliorations, le docteur Gougerot ne se satisfait pas de la situation et réclame constamment un hôpital pour réunir les deux services. D'autant que la situation se détériore à partir de la fin de l'année 1917. La restitution des Tilleuls en septembre 1917 provoque le transfert des malades à l'hôpital complémentaire n°3 déjà exigu. Des aménagements dans les deux formations permettent d'obtenir « […] l'indispensable […] »[5] pour les services mais ne permettent pas leur

---

[1] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 4 juillet 1916.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 12 juillet 1916.
[3] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 10 janvier 1917. Le docteur Gougerot demande une salle de consultation, une salle d'attente, une salle pour les traitements ambulatoires et une salle de laboratoire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1917.

fonctionnement dans des conditions optimales. Ces aménagements montrent aussi une amélioration des relations avec les autorités civiles. Cette organisation n'est que temporaire puisque l'hôpital complémentaire n°3 est cédé aux Américains au début de l'année 1918, concentrant l'ensemble des services à l'hôpital mixte[1]. Manquant de place, il réclame alors une formation pour son centre. Ce besoin se fait d'autant plus sentir avec les évacuations liées à l'offensive allemande en mars 1918. Les services sont alors obligés de s'étendre sur les services civils[2]. L'état sanitaire des évacués, généralement bon, et les évacuations secondaires permettent au centre d'éviter d'être saturé. L'attribution d'une formation en mai, une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 à Tours, où seul le service de dermatologie est installé dans des conditions satisfaisantes, améliore le fonctionnement du centre[3]. Cette organisation perdure jusqu'à la démobilisation.

2) La lutte contre les maladies vénériennes et dermatologiques basée sur la responsabilité individuelle des soldats.

La lutte contre les maladies vénériennes et dermatologiques par les sous-centres et le service central se fait sur deux plans : le traitement et la prophylaxie, principalement pour les maladies vénériennes. Une organisation similaire à la médecine mais qui dans le cas des maladies vénériennes fait du soldat, le principal acteur de ce combat.

a) Adapter la lutte à la vie des soldats.

Les traitements des maladies vénériennes ne connaissent pas de grandes évolutions avec la Première Guerre mondiale. Les vénériens sont repérés lors des visites de santé mensuelles dans les dépôts ou lors de la visite des soldats à leur retour de permission. Les médicaments employés sont les traitements mercuriels et arsenicaux classiques[4], le cyanure et le calomel, selon la pathologie du malade. Certains traitements sont améliorés par le pharmacien Duret afin de les rendre plus supportables. En effet, des accidents peuvent survenir à la suite d'injections. Ainsi, le traitement mercuriel n'est appliqué que sous la surveillance des dentistes militaires, en collaboration avec le centre de stomatologie. Très rapidement, le « stock » d'anciens malades vénériens et dermatologiques antérieur à la création du centre régional est soigné. Les syphilitiques le sont en moyenne en un mois[5]

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1918.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1916. Parmi les arsenicaux et ses dérivés (novarsénobenzol), le centre emploie les injections de 102, 606, 914, 1116.
[5] *Ibidem.* Il faut entendre par là qu'ils sont « blanchis ». Les symptômes sont traités et ils deviennent, en principe, non-contagieux. Cependant, ils ne sont pas guéris et les rechutes sont possibles.

et en mars 1917, le docteur Gougerot annonce la quasi disparition des syphilis secondaires et tertiaires[1], à l'exception des syphilis nerveuses[2]. Les vénériens quittent les services dermatologiques avec une notice de conseils afin d'adopter des comportements limitant les contagions et suivent au besoin un traitement d'entretien. Pour faciliter celui-ci, les syphilitiques reçoivent une « feuille calendrier » indiquant la prise des médicaments. Ces mesures montrent une tentative de responsabiliser le malade, seul à pouvoir se guérir. Cependant ces malades, du moins les syphilitiques, ne sont pas abandonnés à eux-mêmes. Le docteur Gougerot transmet au médecin de leur dépôt une lettre confidentielle faisant état du traitement d'entretien avec au besoin le traitement afin de les surveiller[3].

Les maladies de la peau sont elles aussi soignées par les traitements classiques d'avant-guerre et ceux mis au point par le pharmacien Duret, auxquels s'ajoutent des traitements radiologiques en collaboration avec le service de radiologie du docteur Ledoux-Lebard[4]. Les résultats obtenus par le centre en démontrent l'utilité pour la récupération des malades. Les malades atteints d'épidermites depuis plusieurs mois, voire des années, sont soignés en deux à six semaines[5]. La guérison des « […] dermoépidermites microbiennes de guerre […] »[6] se développant autour des plaies accélère leur guérison. Tous les traitements ne rencontrent pas le même succès, la cure thermale à l'hôpital complémentaire n°58 ne donne pas toutes les satisfactions. Afin de diminuer autant que possible l'impact des traitements sur l'activité des soldats, le docteur Gougerot emploie, autant que possible, le traitement ambulatoire. Ce traitement, principalement utilisé pour les maladies de la peau, s'étend aussi aux maladies vénériennes non contagieuses. Les malades viennent alors en dehors de leurs heures de service se faire soigner dans les différents services dermatologiques de la région[7]. Les

[1] Il s'agit des différents stades de la maladie.
[2] Cette phase de la maladie est associée au stade tertiaire. Le *Treponema pallidum* est alors présent dans le cerveau ce qui peut conduire à des complications graves comme la démence.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916. Cette lettre mentionne également la propension du malade à négliger son traitement ou bien à exagérer ses symptômes afin de lutter contre les simulateurs ou les exagérateurs. L'aspect confidentiel de la lettre est indispensable de par la nature honteuse de la maladie. Il s'ajoute à d'autres mesures visant à préserver le secret médical, comme l'utilisation de la nomenclature médicale du Service de Santé. Une mesure qui ne dure qu'un temps car la nomenclature est rapidement connue de tous.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. La radiothérapie est employée pour des formes d'adénites. Le docteur Gougerot mentionne aussi l'emploi de boues radioactives. La radiothérapie est aussi utilisée dans le traitement des teignes.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1916.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Premier rapport annuel et rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie durant le mois de mars 1917. GALTIER-BOISSIÈRE, Émile (dir.), (1917), *Larousse médical…, op. cit.* p. 72-80. Il s'agit d'affections inflammatoires du derme ayant pour origine les streptocoques et staphylocoques présents dans le pus des blessures. Leur guérison est considérée comme « […] le grand succès de [son] centre […] ».
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916. Les soldats peuvent ainsi se rendre en semaine au centre de Tours de 11 à 12 heures et après 17 heures 30, ainsi que le samedi soir et le dimanche matin.

soldats atteints de gale sont uniquement soignés de cette manière[1]. Concernant les blessures dues aux gaz de combat, dont l'ypérite, soignées en dermatologie, le docteur Gougerot n'évoque pas les traitements mais signale des brûlures parfois graves[2].

Pour aller plus loin dans la lutte contre les maladies vénériennes et espérer diminuer les contaminations, il doit prévenir les comportements à risque. Pour cela, le docteur Gougerot et ses subordonnés cherchent à responsabiliser le soldat, seul à pouvoir se protéger contre les maladies vénériennes. Cette prophylaxie individuelle initiée avant la création du centre[3] est renforcée par l'action du docteur Gougerot et de ses subordonnés. Le docteur Gougerot multiplie notices et conseils prophylactiques et médicaux à destination des soldats sortant des services ou en formation dans les dépôts[4]. Sa notice « *Soldat ! Défends-toi contre les maladies vénériennes !* » tente de détourner le soldat de la prostitution et de ses dangers[5]. Une propagande écrite renforcée par une propagande orale menée par l'ensemble des médecins des différents services de la région. Des causeries sont faites avec les soldats ainsi que des conférences. Pour renforcer leur efficacité, le docteur Gougerot constitue une collection de documents iconographiques et de films. Il fait appel à ses réseaux et prend des photographies dans son service pour constituer cette collection et pour obtenir du matériel de projection[6]. Le succès de ces conférences et de cette propagande écrite est difficile à quantifier. Certaines conférences ont lieu devant des centaines de soldats et des médecins les évoquent comme étant à l'origine d'une baisse des cas de maladies vénériennes[7]. Cette propagande permet tout de même une amélioration de la protection individuelle même si la prophylaxie militaire rencontre très rapidement ses limites. Pour être efficace, elle doit impérativement être accompagnée de mesures chez les civils, ce que préconise le docteur Gougerot dès la création du centre.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916. À Tours, ces derniers se rendent au service central accompagné d'un infirmier de leur corps pour y être soigné (frotte, bain et pansement). Ils repartent ensuite à leur corps, où leur linge est désinfecté, avec des recommandations pour le médecin de leur corps.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°309H du 11 janvier 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il rappelle aux médecins des dépôts qu'ils doivent donner des conseils prophylactiques aux soldats.

[4] Il préconise de ne fréquenter que les maisons publiques où les femmes sont surveillées médicalement et incite au port du préservatif. C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1918. À la fin de la guerre, le docteur Gougerot réclame l'achat massif de préservatifs par l'armée afin de les redistribuer à perte ou à prix coûtant aux soldats.

[5] Il y reprend la rhétorique d'avant-guerre, assimilant les maladies vénériennes à un péril pour la « race » française et reprend le registre des maladies honteuses.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1916. Il fait appel à son éditeur, la maison Maloine, pour employer l'iconographie de son traité sur la syphilis. Les photographies sont initialement prises afin d'illustrer des articles scientifiques mais surtout pour être envoyées au Musée du Val-de-Grâce.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Le docteur Lévy à la tête du sous-centre de Poitiers fait trois conférences ce mois-ci devant 700 militaires pour chacune d'elles. Le docteur Brulé, qui dirige le sous-centre de Châteauroux, estime, mais sans le mesurer, que les causeries qu'il fait avec les soldats diminuent les contagions.

b) L'échec d'une collaboration franco-américaine dans la lutte contre les maladies vénériennes.

L'arrivée des Américains dans la région oblige le centre de dermatologie-vénéréologie à adapter sa lutte contre les maladies vénériennes. En effet, les troupes américaines sont un facteur de développement de la prostitution[1] et donc, représentent un risque pour la santé des troupes et de la population civile. Dès l'arrivée des premiers contingents, le docteur Gougerot prend contact avec ses homologues américains pour leur proposer son aide ainsi que la mise en place d'une action commune. Les résultats de cette collaboration sont mitigés. Le docteur Gougerot fait traduire ses notices et tracts en anglais afin de les diffuser aux soldats américains[2]. Il propose de fournir du matériel, notamment iconographique, pour des conférences de prophylaxie antivénérienne pour ces soldats. Une conférence en anglais est faite le 25 janvier aux contingents américains de Bitray (Châteauroux) avec ce matériel[3]. Soignant des soldats américains dans ses services de dermatologie et de vénéréologie, le docteur Gougerot souhaite aller plus loin. Il propose la création d'un centre franco-américain, à la fois centre d'enseignement et de soin, afin de rendre plus efficace la lutte contre les maladies vénériennes en fusionnant les moyens[4]. Une proposition écartée par le Service de Santé américain.

Dans un premier temps confiant quant à sa collaboration avec ses homologues américains, le docteur Gougerot se rend rapidement compte qu'elle se fait *a minima*[5]. Il attend plus des Américains[6] mais se heurte à une différence d'approche du problème des maladies vénériennes qu'il constate lors de ses conférences auprès de sociétés américaines ou au *War Office* à Londres[7]. Il fait état de la « […] répugnance morale […] »[8] et de « […] l'hostilité médicales des médecins et du Commandement Américains […] » concernant les maisons de tolérance et leur surveillance médicale. Celles-ci sont vues comme une source de contagion et les Américains préfèrent les prostituées isolées ou clandestines, moins connues donc faisant moins de « dégâts ». Là où ils le peuvent, ils font fermer les maisons de tolérances ou bien les interdisent à leurs soldats, ce qui peut avoir des répercussions

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. Il vise particulièrement la prostitution clandestine.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1918.
[4] *Ibidem.* Des médecins américains sont envoyés au centre régional afin de s'initier aux méthodes et traitements mis en place dans celui-ci.
[5] *Ibid.*
[6] Il souhaite notamment qu'ils dénoncent les contaminatrices pour les soigner et qu'ils renforcent la surveillance de la prostitution à proximité de leurs camps.
[7] Voir le chapitre 4 de ce volume p. 231.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Pour cette citation et la suivante. Lors de sa conférence au *War Office* en juillet 1918, des membres anglais ont demandé à ce que le gouvernement français ferme toutes les maisons de tolérance tandis que des généraux américains en ont attaqué le principe. Dans ces conditions, la création des bordels militaires en mars 1918 est vivement décriée par les Anglais et les Américains.

désastreuses. À Châteauroux, où les maisons de tolérance ont été interdites aux soldats américains[1], ces derniers s'adressent à toutes les femmes qu'ils rencontrent, une attitude pouvant favoriser la prostitution clandestine et les viols. Les Américains favorisent la propagande morale pour écarter leurs soldats de la prostitution et la prophylaxie individuelle après l'acte sexuel par le passage obligatoire au cabinet prophylactique. Ils reprochent aux Français de négliger cette prophylaxie individuelle pour ne se consacrer qu'à la surveillance médicale des prostituées[2].

Cette divergence d'approche du problème vénérien n'affaiblit pas la lutte menée par le centre de dermatologie-vénéréologie mais au contraire, la renforce. Le docteur Gougerot essaie de développer la propagande morale sur le modèle américain, une éducation morale et antivénérienne constante avec l'appui des officiers et sous-officiers, des aumôniers et des membres de la *Young Men's Christian Association*[3]. Pour ce faire, il souhaite s'appuyer sur les foyers de soldats dont l'une des missions est d'écarter les soldats des dangers de la prostitution[4]. Le docteur Gougerot emprunte surtout la méthode de prophylaxie individuelle américaine par les nécessaires prophylactiques[5] et les cabinets de prophylaxie. Dès janvier 1918, le docteur Brulé qui dirige le sous-centre de Châteauroux demande l'adoption de ces cabinets qui obtiennent d'importants résultats dans la lutte contre les maladies vénériennes[6]. Le docteur Gougerot expérimente ces cabinets dans la région à partir de mars-avril 1918[7]. Les résultats obtenus dans la 9e région et dans d'autres, incitent le S.S.E.S.S.M. à ordonner leur création sur tout le territoire en août 1918[8]. Ces cabinets prophylactiques, dont l'utilisation est anonyme, consistent en une installation sommaire comprenant un lavabo, un moyen de faire chauffer l'eau, des médicaments et des instruments permettant le nettoyage des parties

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. Elles sont contraires « […] aux convictions religieuses du Lieutenant Colonel américain qui commande la place […] ».

[2] *Ibidem.*

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1918.

[4] Cependant, nous n'avons pas trouvé de réalisations de ce souhait.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. Ce nécessaire de différents modèles contient les médicaments et instruments pour un nettoyage des parties génitales après l'acte sexuel.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapports du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant les mois de mars et d'avril 1918. Le docteur Gougerot fait état de ces résultats. Ainsi, la morbidité vénérienne tomberait de 15 ou 17 % à 1 % et même 0,1 %. Elle est d'autant plus faible que l'utilisation du cabinet est précoce (inférieure à trois heures après l'acte sexuel). Cependant, les résultats obtenus par les Américains sont biaisés par le fait que les soldats américains se font soigner dans les services français pour éviter d'être sanctionnés. Voir à ce sujet LE NAOUR, Jean-Yves. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) ». *Annales de démographie historique*, 1/2002 (n°103), p. 107-120.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapports du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant les mois de mars et de juin 1918. En mars 1918, il demande à ce que ces cabinets prophylactiques soient adoptés. Le 8 avril 1918, une circulaire, émanant probablement de la direction du Service de Santé de la 9e région militaire, ordonne la création de ces cabinets.

[8] A.N. C 7690. Circulaire n°772 Ci/7 du 8 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La mesure est aussi étendue à l'Afrique du Nord et au Maroc.

génitales[1]. La simplicité de l'installation fait que ces cabinets sont rapidement créés dans toutes les places de la région, au sein des cantonnements des troupes mais aussi dans certains hôpitaux[2]. Le docteur Gougerot souhaite aussi la création de cabinets dans les gares pour les permissionnaires, cibles de la prostitution et population à risque. Le fait que les infirmeries de gare soient tenues par la S.S.B.M. avec des infirmières qui sont parfois de jeunes femmes ne facilite pas la création de ces cabinets. À défaut d'obtenir la création de cabinets franco-américains qui auraient le même but, le docteur Gougerot obtient que les soldats français puissent utiliser les cabinets américains et en septembre 1918, un cabinet prophylactique est créé à la gare de Tours. Les résultats obtenus par ces cabinets sont mitigés car l'aspect facultatif de leur utilisation ne permet pas d'obtenir les mêmes résultats que l'armée américaine. Le docteur Gougerot souhaiterait les rendre obligatoire, comme le fait l'armée américaine notamment pour les soldats en état d'ébriété qu'ils aient eu ou non une relation sexuelle.

c) Des dispositions spécifiques pour les populations étrangères.

Le centre de dermatologie-vénéréologie doit adapter ses actions aux populations étrangères et aux prisonniers, afin de mener une lutte des plus complètes. Les prisonniers de guerre sont soignés dans des conditions spécifiques à leur situation dans les différents services de la région[3]. Le contrôle des coloniaux et des indigènes, soldats ou travailleurs, est réalisé dans le but d'éviter l'importation de maladies exotiques mais aussi pour protéger cette force de travail. En novembre 1916, le docteur Gougerot examine les Annamites en se focalisant sur la lèpre dont il ne découvre aucun cas[4]. Le mois suivant, ce sont tous les travailleurs asiatiques et africains qui sont examinés par lui, l'un de ses adjoints et des médecins des dépôts[5]. En janvier 1917, le Service de Santé rend obligatoire le contrôle périodique des travailleurs coloniaux et étrangers[6]. Le docteur Gougerot craint les affections

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapports du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant les mois de juin et d'août 1918. En juin 1918, des cabinets existent notamment à Tours, Angers, Poitiers, Châtellerault, Châteauroux, Niort, Saint-Maixent-l'École, Bressuire et Parthenay.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917. Un accord avec le médecin militaire de l'hôpital mixte de Tours permet de les soigner au sein de cet hôpital.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1916. Il agit ainsi sur ordre du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire ou de la direction centrale.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1916. Durant ces visites, il constate une baisse du nombre de cas de gale et de pyodermite. Il n'a pas constaté de cas de lèpre et met en garde contre des erreurs concernant son diagnostic.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°399 Ci/7 du 10 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

exotiques[1] mais son inquiétude est de courte durée car il démontre que certaines d'entre elles comme le craw-craw et l'*ulcus tropicum* sont en réalité des maladies de peau connues en métropole et facilement guérissables[2]. Le centre exerce une surveillance accrue sur des maladies plus communes et sur l'hygiène de ces troupes relevant de sa spécialité. Ainsi, la lutte contre les poux est systématique[3].

Les soldats et travailleurs étrangers sont évidemment surveillés sur le plan des maladies vénériennes, le Service de Santé craignant qu'ils ne soient des sources de contagions. La circulaire du 10 janvier 1917 fait état de ce risque en ciblant les travailleurs chez qui on constate fréquemment des affections vénériennes dont des « […] accidents syphilitiques graves et très contagieux. »[4] Au mois de janvier 1917, les médecins de la 9e région font le même constat. Sur un contingent de 255 Kabyles, le docteur Lévy, chef du sous-centre de Poitiers, dénombre quatre-vingt-huit syphilis secondaires nécessitant pour huit d'entre eux, l'hospitalisation au sous-centre[5]. Les autres sont traités en ambulatoire, à l'aide de la « […] voiture vénéréologique […] »[6]. Pour le docteur Gougerot, ces chiffres ne montrent pas une plus grande propension des maladies vénériennes chez ces populations mais une absence de suivi médical :

> « Ces faits semblent prouver qu'il n'y a pas eu de visite médicale sérieuse ni au recrutement, ni à l'embarquement, ni au débarquement, ni lors de leur 1e séjour en France. »[7]

Ces observations sont régulièrement faites par les médecins de la région qui demandent des mesures pour prévenir les risques de contagion comme à Poitiers en avril 1918 où le chef du sous-centre réclame l'interdiction de se rendre en ville pour un contingent arabe[8].

Pour tenter de diminuer les cas de maladies dermatologiques mais surtout vénériennes, le docteur Gougerot et ses subordonnés mènent une propagande envers ces populations. Basée sur celle

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Durant ce mois, il soigne un cas de Pian.

[2] *Ibidem*. En avril 1917, une épidémie d'ulcérations des pieds sévit dans un contingent malgache à Chinon. Elle s'achève dès le mois suivant. Le docteur Gougerot semble écarter l'*ulcus tropicum* pour une origine bactérienne.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Suite à des cas de maladie n°22 (typhus) chez des ouvriers indigènes dans la 9e région militaire, on ordonne l'épouillage de tous les ouvriers indigènes.

[4] A.N. C 7690. Circulaire n°399 Ci/7 du 10 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Le docteur Lévy se rend au cantonnement tous les huit jours pour surveiller et traiter ces malades. Le médecin du cantonnement procède aux injections mercurielles.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Tous sont atteints de maladies vénériennes : 20 % de syphilis et 80 % « […] d'uréthrites chroniques ou aiguës […] ».

faite à destination des troupes et des ouvriers français, elle vise là aussi à les responsabiliser pour qu'elles adoptent des comportements limitant les risques de contagion. Des conférences sont mises en place progressivement. La première a lieu le 15 juin 1917 à la poudrerie du Ripault devant 500 ouvriers serbes, suivi d'une deuxième conférence devant 300 ouvriers annamites. La traduction de la première conférence est faite par un officier, la seconde par un missionnaire, un adjoint du docteur Gougerot leur donnant les explications pour les clichés projetés[1]. Ces conférences se multiplient dans la région auprès de différents contingents étrangers. En août 1917, des conférences en arabe et en kabyle sont données à Angers[2]. Afin de renforcer cette propagande, les tracts, affiches et notices en français sont traduits et diffusés dans les cantonnements ou lors des conférences. Un moyen parfois limité par l'illettrisme de certaines populations[3] et qui ne se cantonne pas à la région. Ainsi, certains tracts du docteur Gougerot en annamite sont imprimés à plusieurs milliers d'exemplaires[4] et sont diffusés sur tout le territoire métropolitain et en outre-mer[5]. Les résultats de cette prophylaxie sont là aussi difficilement quantifiables.

3) Un bilan mitigé chez les civils.

Les résultats de la propagande antivénérienne menée par le centre de dermatologie-vénéréologie sont difficilement quantifiables mais risquent d'être nuls si rien n'est fait dans le milieu civil. Le docteur Gougerot en est conscient et ce très rapidement. Il décide de créer un projet global incluant la population et les autorités civiles sans qui celui-ci ne peut aboutir. Ce projet prévoyant une approche législative et sanitaire est loin de faire l'unanimité.

a) Soigner la population ouvrière avec elle ou malgré elle ?

En parallèle à la mise en place d'un traitement ambulatoire pour les soldats, le docteur Gougerot instaure dans les places pourvues d'un service de dermatologie-vénéréologie, un système identique pour les ouvriers. Ceux-ci viendraient dans les services destinés aux militaires, en dehors de leurs horaires de travail pour ne pas empiéter sur celui-ci ; les traitements seraient fournis par le

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917. Après une enquête auprès d'officiers interprètes, le docteur Gougerot renonce dans un premier temps à traduire des tracts en arabe car la population visée était majoritairement composée d'illettrés. Par la suite, les tracts, notices et affiches sont traduits en arabe.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Le docteur Gougerot évoque 30 000 tracts de propagande antivénérienne en annamite qui ont été commandés et sont en cours d'impression.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. Les tracts et notices du docteur Gougerot sont demandés à Alger, à Casablanca et par des ambulances divisionnaires du front.

service et remboursés par l'employeur à la pharmacie centrale[1]. Des essais sont en cours à Châtellerault pour les ouvriers de la manufacture d'armes et à la poudrerie du Ripault. Dans le premier cas, le service ambulatoire est celui de l'annexe C de l'hôpital complémentaire n°12 et dans le second, les ouvriers se rendent au centre de Tours sur leur temps libre[2]. Ce système semble prometteur mais ne peut rendre les meilleurs services qu'à condition que les ouvriers militarisés soient soumis à une visite mensuelle de santé et à l'hospitalisation obligatoire[3]. Dans ce but, le docteur Gougerot demande à ce que la visite et l'hospitalisation obligatoire soient intégrées aux contrats de travail pour les autres ouvriers. Ces mesures n'étant pas prises, il ne peut que constater l'échec de cette organisation. À Châtellerault, alors qu'il juge qu'il est « […] de notoriété publique […] »[4] que les maladies vénériennes sont fréquentes, les ouvriers ne se font pas soigner. Il tire le même constat pour les ouvriers de Tours et de ses environs[5]. Dans ce cas aussi, une propagande antivénérienne est menée via des tracts, notices et affiches dont certains reprennent en les adaptant ceux destinés aux militaires[6]. Ils sont complétés par des causeries et des conférences qui se mettent là aussi progressivement en place. Les résultats de cette propagande sont là aussi difficilement quantifiables.

La prophylaxie antivénérienne en milieu ouvrier s'améliore à Châtellerault à partir du mois d'août 1917 lorsqu'une consultation de vénéréologie est instituée à la manufacture d'armes pour les hommes et les femmes. Deux fois par semaine, le chef du sous-centre de Châtellerault y examine les malades repérés par les médecins de la manufacture[7]. Les résultats se font sentir dès le mois suivant, 123 malades se sont présentés à cette consultation où une séance a été rajoutée spécialement pour les traitements. Ce succès est dû à la propagande menée dans la manufacture, mais surtout à la bienveillance de son colonel directeur et à la présence de médecins militaires qui envoient les malades à cette consultation[8]. Cette consultation est voulue par le ministère de l'Armement mais elle rencontre

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916.

[2] *Ibidem.* Ils sont ensuite soignés par le médecin de la poudrerie et en cas d'urgence par un médecin du centre. Pour cela, il utilise le principe de la voiture vénéréologique qui transporte un spécialiste avec son matériel et les médicaments nécessaires aux diagnostics et aux soins.

[3] *Ibid.* En effet, le docteur Gougerot craint que l'abus des hospitalisations de force en cas de découverte de maladie vénérienne conduise à ce que les ouvriers se cachent et ainsi ne se soignent pas ou mal.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1917. De mars 1916 à juin 1917, seulement trente-deux ouvriers sont venus se faire soigner en ambulatoire. Ils sont treize à Châtellerault de juin 1916 à juin 1917.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'octobre 1917. Le tract « *Soldat ! Défends-toi contre les maladies vénériennes !* » est ainsi adapté et devient « *Ouvrier ! Défends-toi contre les maladies vénériennes !* ».

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. La première consultation est faite le 21 août. Le sous-centre est alors en cours d'aménagement.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

l'hostilité du maire de la ville, par ailleurs médecin de la manufacture, qui selon le docteur Gougerot, a menacé une ouvrière de renvoi car elle s'était rendue à cette consultation[1]. Malgré cette hostilité, le nombre de consultants ne cesse d'augmenter, conduisant à l'ajout d'une nouvelle consultation en juin 1918[2]. Ce type de consultation se fait aussi pour la dermatologie notamment pour les maladies provoquées par le maniement des poudres[3].

L'implantation de ces consultations au sein d'une usine est plus facile lorsqu'elle bénéficie du soutien de la direction et des ouvriers[4]. À la poudrerie du Ripault, l'aide du directeur permet la création en février 1918, d'une consultation vénéréologique mais aussi dermatologique dans un local bien équipé[5]. Les malades repérés par les médecins de la poudrerie sont envoyés à cette consultation en toute discrétion. Ce système dit « à deux degrés » permet d'éviter de dénoncer le vénérien. C'est aussi celui utilisé à Châtellerault. Les malades sont traités à la poudrerie et au besoin sont hospitalisés à l'infirmerie où se fait le traitement des galeux. Le soutien du directeur facilite l'installation de la consultation mais c'est la propagande faite par les ouvriers et surtout les malades en traitement qui en fait le succès. Ainsi, dès ce mois de février, quatre-vingt-quatre malades se rendent à la consultation dont vingt spontanément. L'adhésion des ouvriers à cette consultation est indispensable car ils ont le droit de refuser de suivre les traitements prodigués par les médecins qui se doivent de les persuader[6]. La connaissance du personnel de la poudrerie facilite la recherche des contaminateurs et contaminatrices. Les médecins n'hésitent pas à utiliser les ouvriers ayant le plus d'influence afin de faire la publicité de la consultation[7]. Pour compléter la prophylaxie antivénérienne à la poudrerie,

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917. Cette consultation, appelée aussi dispensaire antivénérien, semble ordonnée par une circulaire n°140 *bis* 5/M. L'hostilité du maire de Châtellerault quant aux actions du centre est évoquée dans les points suivants de cette partie du chapitre et notamment p. 351.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. On dénombre alors 580 consultants pour 2 520 consultations depuis la création de ce dispensaire.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Le chef du sous-centre d'Angers fait une consultation dans un atelier près d'Angers depuis le mois de juillet 1917. La manipulation de poudre (cheddite) provoque des maladies de la peau. Il propose alors le port de gants et une modification de la fabrication. Des mesures qui ne sont pas adoptées par les ouvrières car elles entrainent une perte de la productivité et donc une diminution des salaires. Par ailleurs, les maladies de peau sont peu graves et guérissent facilement.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917. Dans son rapport, le docteur Gougerot remercie le président du Comité de secours de la manufacture, qui est aussi à la tête d'un syndicat ouvrier et conseiller municipal de la ville de Châtellerault, pour son aide apportée à l'action du sous-centre de la ville.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de février 1918.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Deuxième rapport annuel et rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie durant le mois de mars 1918. Le docteur Bonnin qui fait la consultation à la poudrerie du Ripault réclame l'obligation de traitement et ne peut qu'opposer qu'une lettre de propagande aux refus.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1918. Une conférence est ainsi faite par

des cabinets prophylactiques y sont installés pour les femmes et les hommes, leur publicité étant réalisée par les moyens habituels[1].

b) Le service annexe, cœur du dispositif de lutte contre les maladies vénériennes.

Le service annexe constitue le cœur du dispositif de la lutte contre les maladies vénériennes dans le milieu civil et donc, par répercussion, dans le milieu militaire. C'est une idée de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des Députés, reprise par le ministère de l'Intérieur, afin d'améliorer la prophylaxie des maladies vénériennes[2]. Souhaitant que ces services annexes soient installés dans les hôpitaux et hospices mixtes[3], il requiert l'aide du Service de Santé afin que celui-ci libère de la place et au besoin fournisse du personnel. Justin Godart transmet le projet du ministre de l'Intérieur aux directeurs régionaux le 6 mars leur demandant de collaborer avec les autorités civiles afin de déterminer les localités où un tel service serait nécessaire et d'aider à leur réalisation[4]. Une fois nommé à la tête du centre de dermatologie-vénéréologie, le docteur Gougerot entre en contact avec les autorités civiles de la région, les préfets et les maires principalement, pour les mettre en place. Il définit une organisation « idéale » qui évolue avec ses conceptions sur la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution[5]. Le cœur de ce service est la consultation assurant un traitement ambulatoire en dehors des horaires de travail et en toute discrétion afin que les malades puissent s'y rendre. Il propose trois modes de consultation selon les moyens du service annexe. Le pire pour la discrétion des malades est la consultation réservée aux maladies vénériennes, trop dénonciatrice[6]. La meilleure serait la consultation pour les vénériens intégrée à une consultation de médecine générale, l'anonymat est garanti mais cela nécessite de bonnes connaissances en

une ouvrière influente à des collègues. Le succès de la conférence est tel que des ouvrières ont réclamé une nouvelle conférence.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1918. Le cabinet pour femmes est ouvert lors de la conférence citée précédemment et est rapidement fréquenté. Les cabinets pour hommes ont été ouverts récemment et sont encore peu connus.

[2] A.D.D-S. 5 M 39. Lettre-Dépêche datée du 29 février 1916 du ministre de l'Intérieur au ministre de la Guerre et au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[3] *Ibidem.* Pour des raisons de discrétion, les malades seraient plus encouragés à venir dans un service de l'hôpital que dans un dispensaire spécifique et donc plus dénonciateur.

[4] A.D.D-S. 5 M 39. Dépêche n°3 392 3/7 datée du 6 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917. Dans ce rapport, il reproduit sa présentation à la réunion des chefs des centres de dermatologie-vénéréologie du 15 juillet 1917 qui adoptent des organisations similaires. À cette date et selon lui, un service annexe doit soigner les vénériens civils non prostitués mais aussi prostitués. Il doit mener la lutte contre la prostitution clandestine, rechercher les foyers de contagion et mener une propagande antivénérienne. Il comprend pour cela : une consultation, des lits d'hospitalisation et un laboratoire.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1916.

vénéréologie de la part du médecin généraliste. Le compromis est la consultation à deux degrés déjà évoquée[1].

La mise en place des services annexes est un long combat mené par le docteur Gougerot contre les craintes et réticences des maires et dans une moindre mesure, des commissions administratives. La collaboration entre les mairies et le centre, voulue par le ministre de l'Intérieur et le S.S.E.S.S.M. est indispensable à la création et à la bonne marche des services annexes. Les objections opposées par les mairies sont nombreuses et ne sont pas spécifiques à la région[2]. Ainsi, des attaques sont portées contre le docteur Gougerot et contre les militaires accusés d'être responsables des maladies vénériennes[3]. Les mairies et les commissions administratives prétextent l'existence d'un service pour les vénériens datant d'avant le conflit et fonctionnant parfaitement, en confondant les services pour les prostituées et ceux pour les civils qui ne le sont pas. On évoque le coût de ces services, les craintes des médecins et des pharmaciens de perdre une partie de leur clientèle, l'absence de locaux, des difficultés administratives diverses, etc.[4]. Avec l'aide du corps préfectoral et aux prix de nombreuses lettres et entrevues, le docteur Gougerot et ses subordonnés viennent petit à petit à bout des réticences. À la fin de l'année 1916, des services annexes fonctionnent avec des organisations différentes à Poitiers, Châteauroux, Angers, Châtellerault et Niort[5]. Hormis Tours, toutes les préfectures disposent d'un service annexe à la fin de l'année 1916. Après cette première phase de création, le docteur Gougerot développe ce réseau en ciblant les sous-préfectures et les villes de garnison ou de cantonnement. Ainsi, Cholet, Issoudun, Saumur, Chinon, Loches et Saint-Maixent-l'École sont dotées d'un service annexe complétant le réseau qu'il s'attache ensuite à perfectionner.

Les situations de Châtellerault et Tours rendent compte des difficultés rencontrées par le docteur Gougerot dans la création mais aussi dans le fonctionnement des services annexes. À Châtellerault, un service annexe est créé à la fin de l'année 1916 à l'hôpital mixte mais ne rend pas les résultats escomptés par manque d'un médecin spécialiste à sa tête. En août 1917, un spécialiste arrive dans la ville et prend la tête de ce service annexe qu'il entend développer mais il est stoppé net dans son action le mois suivant. En effet, le maire de la ville et médecin de la manufacture, le docteur

[1] Les malades se rendent à leur consultation habituelle (1er degré) et le médecin qui découvre des cas suspects les dirige dans une salle à côté où se trouve un spécialiste pouvant confirmer les cas et les traiter (2e degré).
[2] S.H.D. GR 9 NN 7/1052. Les chefs des centres de dermatologie-vénéréologie se plaignent eux aussi de difficultés similaires. Elles sont par ailleurs discutées lors des réunions des chefs de centre.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de novembre 1916. En application de la circulaire n°251 Ci/7 du 25 septembre 1916, des visites bimensuelles des militaires sont prévues. Pour le docteur Gougerot, cela doit permettre de montrer aux civils que tout est fait pour surveiller les militaires et contrer cet argument.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapports du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant les mois de d'août 1916 et de juillet 1917. Présentation à la réunion des chefs de centre du 15 juillet 1917.
[5] Le service annexe de Poitiers ouvre le 21 septembre, celui de Châteauroux le 10 octobre, celui de Châtellerault ouvre ce même mois, celui d'Angers en novembre et celui de Niort en décembre 1916.

Derouau, obtient selon le docteur Gougerot, la fermeture du service annexe par décision de la commission administrative de l'hôpital mixte le 11 septembre 1917[1]. En réalité le service n'est pas supprimé, mais il est désormais assuré par un médecin civil de la ville et le docteur Derouau. Afin de vérifier que les soins gratuits ne sont réellement donnés qu'à des indigents, les malades doivent désormais apporter les justificatifs nécessaires (livret d'assistance médical, certificat d'indigence)[2]. Même si le service annexe continue sous cette forme, il n'existe plus pour le docteur Gougerot car aucun des médecins n'est spécialiste et les justificatifs suppriment l'anonymat nécessaire à sa bonne marche. En outre, il suspecte « […] une jalousie médicale […] »[3]. Malgré ses nombreuses plaintes adressées à la commission administrative, au préfet de la Vienne, au ministre de l'Intérieur et au directeur régional du Service de Santé, et malgré le soutien d'un conseiller municipal, la commission administrative ne revient pas sur sa décision. Le service annexe doit alors être recréé à l'annexe C de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault et rouvre en janvier 1918.

Tours est une situation tout aussi particulière puisqu'aucun service annexe n'a pu y être créé suite à l'opposition de la mairie. Lorsqu'il propose cette création à la commission administrative, cette dernière refuse arguant qu'il en existe déjà un et en donne la description[4]. Le docteur Gougerot refuse cet argument et considère que le service n'existe pas, il demande alors l'aide du préfet d'Indre-et-Loire qui tente une médiation[5]. Constatant l'impossibilité d'obtenir gain de cause, le préfet lui propose la création de ce service dans un local militaire, ce que refuse le docteur Gougerot[6]. L'existence d'un service pour vénériens[7] ne semble pas être la seule raison du refus de la mairie de Tours, le docteur Gougerot sous-entend que l'on souhaite « […] ménager la susceptibilité d'un

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

[2] Ce point sous-entend que les médecins de l'hospice général auraient agis ainsi pour éviter que des personnes ne se fassent soigner gratuitement et donc pour ne pas perdre leur clientèle.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

[4] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 3 mai 1916. Il comprend deux services, un pour femmes (salle d'examen et de pansements, réfectoire, dortoir de douze lits, cours close), un pour homme (salle d'examen, salle de pansements, dortoir de seize lits). Le manque de personnel infirmier perturbe son fonctionnement. Le service médical est assuré par les médecins de l'établissement. Séance du 12 juillet 1916. C'est un nouveau refus, un service existe, des consultations et des traitements en externe sont faits et la discrétion est assurée. On propose au Service de Santé de se mettre d'accord avec la ville de Tours pour utiliser son dispensaire au centre-ville.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916. Le docteur Gougerot est d'autant plus déçu de l'attitude de la mairie de Tours qu'elle lui avait laissé penser que cette création était possible. En outre, il critique le refus du maire qui ne lui donne pas de réelles raisons.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1916. Il explique qu'il est impossible de trouver un local et que s'agissant d'une œuvre civile, celle-ci ne peut pas être dirigée par le Service de Santé. En outre, le local serait trop rapidement connu et donc dénonciateur. Enfin, il explique que la municipalité pourrait agir contre ce service. Cependant, il accepte ce cas de figure pour Châtellerault l'année suivante.

[7] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séances des 10 janvier et 7 mars 1921. Un service pour vénériens existe mais il n'y a pas de consultations gratuites puisque la commission étudie la question de la création de ce type de service.

médecin […] mobilisé et du médecin qui le remplace […] »[1]. L'arrivée d'un nouveau maire relance les négociations au début de l'année 1918 mais celles-ci n'aboutissent pas. Agissant quelque peu brusquement avec les autorités civiles et les médecins locaux, le docteur Gougerot prend le risque de froisser certaines susceptibilités et de s'aliéner des collaborateurs indispensables pour la réussite de son action. L'attitude des mairies et des médecins récalcitrants à ses propositions fait craindre le pire pour l'avenir du système qu'il a péniblement mis en place. Il réclame alors l'adoption d'une loi obligeant les mairies à créer un service annexe ce qui sauvegarderait l'organisation de la 9e région. En outre, cette loi permettrait de mettre en place des services correctement organisés et dirigés par des médecins compétents[2].

L'action du docteur Gougerot connaît tout de même des réussites, qui plus est sur le long terme. Ces réussites sont rendues possibles parce qu'il sait impliquer le maximum d'acteurs locaux dans sa lutte contre les maladies vénériennes. Lorsqu'il entreprend de créer un service annexe à Angers, le docteur Gougerot prend contact avec les autorités civiles et médicales de la ville, dont les docteurs Boquel et Papin. Il doit répondre à des objections sur le coût du service annexe, principalement sur le remboursement des médicaments donnés gratuitement aux malades, ainsi que sur la responsabilité des soins. En effet, la commission administrative craint des poursuites en cas d'accident consécutif aux traitements donnés au service annexe par un médecin extérieur à l'établissement[3]. Cette objection souvent soulevée est battue en brèche par le docteur Gougerot. S'il nomme à la tête de ces services des médecins militaires c'est que les villes ne disposent pas de médecins civils compétents qu'il tente de placer prioritairement à la direction de ces services, ce qui est une manière de les faire accepter aux autorités civiles[4]. Au final la commission cède et fournit un local de l'hôpital mixte et une subvention de 600 francs pour l'installation et les premières dépenses en attendant les crédits de l'État. Elle limite cependant le prêt du local jusqu'à six mois après la

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917. Présentation à la réunion des chefs de centre du 15 juillet 1917. Le médecin mobilisé est le docteur Baudouin, médecin-chef de l'hospice général de Tours, il est remplacé par la doctoresse Tixier, par ailleurs fille de monsieur Lemaître, maire de Tours de janvier à novembre 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. La mise en place d'un réel concours sur titre mettrait fin aux connivences.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916. Les injections arsenicales et mercurielles ne sont pas sans danger. La commission administrative a consulté le Président du Tribunal civil d'Angers à ce sujet, ce dernier lui a répondu qu'elle serait condamnée en cas « d'accident » suite à ce traitement. La commission met aussi en avant le fait qu'elle ne peut garantir les compétences du médecin à la tête du service puisqu'il n'a pas été nommé au concours. Dans son rapport pour la réunion du 15 juillet 1917, il explique que la commission s'inquiétait de n'avoir aucun contrôle sur un personnel militaire alors que le service est destiné aux civils.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917. Présentation à la réunion des chefs de centre du 15 juillet 1917. La situation semble un peu plus complexe car il souhaitait y placer un médecin de l'hôpital qui était mobilisé. En outre, on tente de marchander avec lui l'ouverture du service en échange du maintien à Angers d'un médecin mobilisé.

signature de la paix et fixe les conditions des consultations[1]. Le service annexe est dirigé par le docteur Papin en liaison avec le sous-centre de vénéréologie d'Angers. La publicité de ce service, indispensable pour le succès de son activité, est réalisée de manière discrète, via les chefs d'ateliers et les médecins, et plus largement via la presse, les autorités civiles et le médecin du service[2]. On s'appuie sur des acteurs importants de la vie socio-médicale pour faire cette publicité comme la Fédération Mutualiste de Maine-et-Loire qui aborde la question de la syphilis lors d'une assemblée générale et où le président fait connaître aux membres ce service annexe[3]. S'appuyant sur les autorités et les principaux acteurs civils de la ville et du département, le service annexe réussi à s'implanter à Angers et est fréquenté. Son implantation dans l'organisation médicale de la ville est telle que le docteur Gougerot n'a aucune crainte quant à sa survie après la démobilisation[4].

c) La lutte contre la prostitution, une lutte perdue d'avance ?

La lutte contre la prostitution et la surveillance médicale des prostituées complètent celles des maladies vénériennes. Pour le docteur Gougerot, la surveillance médicale de la prostitution doit revenir au service annexe qui centraliserait toute la lutte contre les maladies vénériennes, ce qui est le cas à Châteauroux et à Angers. Le plus souvent, les mairies et les médecins civils en charge de la surveillance médicale de la prostitution ne sont pas disposés à abandonner leur autorité et leur poste rémunéré[5] conduisant le Service de Santé à collaborer avec eux. Cette collaboration se traduit par la participation du médecin responsable du service annexe, le plus souvent un militaire, aux visites médicales des femmes des maisons de tolérances et des femmes en carte. Cette collaboration peut être mal acceptée par les médecins civils qui peuvent se montrer vexés d'être contrôlés par un médecin militaire[6] et est parfois refusée ce qui renforce les conflits entre autorités civiles et centre de

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1916.
[2] Les services annexes visent dans un premier temps les populations indigentes et rapidement les populations pauvres. Le milieu ouvrier est particulièrement visé car vu comme la population la plus exposée aux maladies vénériennes. On compte aussi sur le bouche-à-oreille. Les autorités civiles participent à cette propagande. À Niort, le préfet des Deux-Sèvres fait connaître le service annexe de la ville aux médecins par une lettre. Dans le Maine-et-Loire, le préfet fait la publicité des services annexes d'Angers et de Cholet auprès des maires, une lettre circulaire est envoyée aux médecins le 7 décembre 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Dans ce rapport, il s'alarme des difficultés rencontrées par les services annexes qui n'existent parfois que parce que les maires ne peuvent faire autrement.
[5] *Ibidem*. Le maire d'Issoudun, médecin, rentre en novembre 1917. Il décide alors de faire les visites des femmes en carte et des maisons de tolérance auparavant faites par le médecin militaire en charge du service annexe. Le docteur Gougerot y voit une volonté vénale plus que médicale car ces visites sont rémunérées au contraire de l'activité du service annexe. Cependant, il est très probable que le maire ne fasse que reprendre son poste.
[6] A.M. Niort. Guerre 1914-1918. Hygiène (8). Lettre datée du 26 janvier 1916 du docteur Roulland, médecin en chef de l'hôpital de Niort, au maire de Niort. Chargé de la visite des femmes en carte et de celles des maisons de tolérance, il s'élève contre la volonté du ministre de la Guerre de le faire accompagner par un médecin militaire. Il juge cette présence « […] offensante […] ».

dermatologie-vénéréologie[1]. Hormis le cas de quelques villes, les visites médicales des prostituées par les médecins civils sont généralement doublées d'une visite du médecin militaire[2]. Ceci permet de pallier quelque peu l'incompétence ou la complaisance de certains médecins civils[3]. Cependant, les visites étant fixes, elles sont trop prévisibles et les femmes malades parviennent à masquer leurs maladies. De même, les visites inopinées sont « déjouées » par les maisons de tolérance qui se préviennent de l'arrivée du médecin. Des visites qui se font parfois en collaboration avec les médecins américains[4], sous réserve encore de l'accord des médecins civils[5].

Les résultats de la campagne de prophylaxie des maladies vénériennes chez les prostituées sont mitigés. Sous la conduite du docteur Gougerot, les médecins des services annexes tentent de faire des prostituées des maisons de tolérance, et dans une moindre mesure de celles en carte, des agents de cette campagne. Ainsi, la propagande de prophylaxie antivénérienne passe aussi par elles. Outre les tracts et les notices, dont certains ont vocation à détourner ces femmes de la prostitution, des affiches (en français et en anglais) appelant le soldat à se protéger des maladies vénériennes sont placardées dans les chambres des prostituées[6]. D'autre part, le docteur Gougerot essaie de généraliser l'installation dans ces chambres de nécessaires prophylactiques afin que la prostituée et le soldat puissent se nettoyer avant et après le coït. Certains médecins vont encore plus loin en essayant d'instruire les prostituées à la prophylaxie antivénérienne[7]. La fréquentation des services annexes par les prostituées est là aussi très irrégulière et souvent elles y sont amenées de force par la police. En effet, l'examen bactériologique décelant plus efficacement les maladies vénériennes que l'examen gynécologique propice à la tricherie, les malades craignent d'être démasquées[8]. Si de bons résultats

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. Le maire de Châtellerault refuse la présence du médecin militaire lors de ces visites qui ne sont pas faites par lui. Un refus contraire à un règlement municipal qu'il a signé et qui prévoit cette aide. À Tours, la doctoresse Tixier a refusé la présence du médecin militaire lors des visites.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Dans son rapport, il ajoute une enquête sur la prostitution dans les cinq départements de la 9e région militaire.

[3] *Ibidem.* En outre, le matériel utilisé est parfois vétuste.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Deuxième rapport annuel et rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie durant le mois de mars 1918. Angers, Châteauroux et Issoudun sont les premières villes où cette collaboration se fait. La présence d'Issoudun montre un certain revirement du maire qui n'a pas totalement écarté le médecin militaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918. Le docteur Gougerot espérait mettre en place une visite de ce type à Tours, mais la municipalité le refuse pour les raisons déjà évoquées : le service est correctement fait et n'a pas besoin d'être contrôlé.

[6] *Ibidem.*

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Deuxième rapport annuel et rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie vénéréologie durant le mois de mars 1918.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917. Le docteur Brulé qui dirige le service annexe de Châteauroux explique que les prostituées en carte ne viennent plus aux visites car « […] il leur fait des prélèvements et les reconnaît malades alors qu'elles ne le sont pas […] ».

sont obtenus dans le traitement des femmes des maisons de tolérance[1], le résultat est catastrophique pour les autres, principalement pour les clandestines. Le traitement lui-même des maladies vénériennes chez les prostituées rencontre les mêmes difficultés. Les prostituées officielles sont plus enclines à suivre les traitements ambulatoires des services annexes que les clandestines, d'autant qu'il est légalement impossible de les contraindre à suivre les traitements. Les médecins doivent alors négocier avec ces femmes qui quittent la ville à la première occasion sans avoir été guéries[2]. Les médecins des services annexes et des sous-centres doivent aussi affronter le mauvais vouloir des médecins et des infirmières des hôpitaux et hospices civils. Ceux-ci, se basant sur l'absence de contraintes légales, libèrent des femmes qui ne sont pas guéries quand ils ne facilitent pas leur « évasion »[3].

Au fur et à mesure que le conflit se poursuit, que le docteur Gougerot et ses subordonnés poursuivent leurs efforts, il apparaît de plus en plus que la lutte contre la prostitution est une cause perdue. Si la prostitution officielle est contrôlable et parfois en diminution, elle est supplantée par la prostitution clandestine sous toutes ses formes[4], considérée comme le principal vecteur de maladies vénériennes par les médecins. Le docteur Gougerot dénonce parfois un manque de volonté des polices municipales mais il pointe surtout le manque d'agents, la mobilisation ayant retiré un grand nombre d'entre eux des commissariats[5]. La justice est aussi parfois dénoncée comme trop laxiste concernant les peines pour les prostituées, ce qui ruine l'action de la police[6]. Le docteur Gougerot vise particulièrement certains maires qu'il juge incompétents soit parce qu'ils refusent d'agir contre la prostitution, soit parce qu'ils s'opposent à son action. Il demande alors la possibilité de substituer l'autorité préfectorale à l'autorité du maire incompétent et plaide pour la création d'une police nationale indépendante des maires. Le docteur Gougerot réclame aussi le vote de lois afin de pallier

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 148. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1918. À Poitiers, depuis vingt-deux mois, il n'y a pas eu de cas de contagions syphilitiques chez les hommes de la garnison avec des prostituées officielles.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Enquête sur la prostitution dans les cinq départements de la 9e région. Il cite un exemple à Poitiers où la prostituée a finalement accepté de se faire soigner mais demande ce qu'il convient de faire si une prostituée persiste dans son refus.

[3] *Ibidem.*

[4] La prostitution clandestine regroupe toutes les femmes se livrant à cette activité sans être inscrites sur les registres par les policiers et les gendarmes. Ainsi, elles échappent aux visites médicales obligatoires. Parmi elles se trouvent des femmes se livrant plus ou moins occasionnellement à la prostitution (veuves, femmes de soldats, ouvrières, mineures, etc. protégées par leur maris, amant ou famille). À cette population parfois vagabonde et sans domicile fixe, ce qui ne facilite pas les contrôles, s'ajoutent les prostituées indésirables expulsées de Paris.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Enquête sur la prostitution dans les cinq départements de la 9e région. Il rend hommage à l'activité de certains commissaires de police. À Poitiers, il ne reste à cette date que deux agents de police et un agent de la sûreté. Il demande la création d'agents de police auxiliaires pour la durée de la guerre. Dans d'autres rapports, il réclame l'application de la loi Mourier pour récupérer les agents mobilisés.

[6] *Ibidem.* Il évoque plusieurs décisions de justice défavorables à la police de la prostitution. Certaines se basent sur le droit mais des relaxes sont plus discutables, notamment pour des défauts de visite médicale.

l'insuffisance des arrêtés et des règlements municipaux. L'absence d'uniformité législative affaiblit la lutte contre la prostitution. En effet, pour fuir la police, les prostituées n'ont qu'à quitter le territoire d'une ville et ainsi, elles peuvent poursuivre leur activité[1]. À Saumur, où le commissaire de police est particulièrement actif dans cette lutte, son action et celle du sous-préfet permettent en avril 1917 une uniformisation des règlements avec les communes alentour, améliorant la lutte contre la prostitution[2]. Le docteur Gougerot préconise d'autres mesures, comme le retour de l'attribution des pouvoirs de police à l'Armée, retirés dans la zone de l'intérieur le 1er septembre 1915[3]. Cette mesure qui n'est finalement pas réintroduite, permettrait enfin d'écarter les maires récalcitrants.

C) L'association des militaires et des civils pour la réinsertion des invalides de guerre.

La prise en charge et la réinsertion des invalides de guerre est un autre domaine dans lequel civils et militaires collaborent. Un domaine où les relations sont plus apaisées que pour la lutte contre les maladies vénériennes et moins formalisées que pour les maladies épidémiques où civils et militaires se côtoient dans des instances depuis 1902. Dans ce domaine, l'armée dispose d'une certaine expérience notamment avec la création de l'Hôtel des Invalides en 1670 par Louis XIV et son évolution au XIXe siècle avec les lois des 11 et 18 avril 1831 établissant un régime de retraite pour les militaires et un droit à la pension immédiate pour les militaires invalides. De leurs côtés, les civils disposent aussi de lois d'assistance sociale pour les invalides avec notamment la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. C'est ce système d'assistance sociale morcelé entre les civils et les militaires[4] qui doit prendre en charge les invalides de ce conflit nécessitant une étroite collaboration entre ces deux acteurs afin de rendre les invalides à la société et à l'économie.

1) Vers la centralisation de la prise en charge des mutilés.

N'ayant pas anticipé un nombre aussi important de mutilés à appareiller et à rééduquer, le Service de Santé de la région connaît une période de tâtonnement, et soutient des initiatives civiles. L'arrivée du centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des mutilés dans la région replace le Service de Santé au cœur de cette prise en charge avec cependant un risque de centralisation excessive menaçant son bon fonctionnement.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2e classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917.
[2] *Ibidem.* Les villes sont Bagneux, Saint-Hilaire-Saint-Florent et Saint-Lambert. Le commissaire de police de Saumur travaille aussi sur un projet de réglementation.
[3] RENOUVIN Pierre, (1925), *Les formes de…, op. cit.* p. 31-32.
[4] MONTES, Jean-François. « L'office national des anciens combattants et victimes de guerre ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1/ 2002 (n° 205), p. 71-83.

a) À l'aube du centre régional.

La Première Guerre mondiale oblige le Service de Santé à revoir toute son organisation concernant l'appareillage des invalides, mutilés ou non. En parallèle à la mise en place d'un processus administratif et médical, c'est une industrie qu'il faut adapter au nombre des invalides de cette guerre. Au début, la production de prothèses des maisons privées parvient difficilement à suivre la demande forçant le Service de Santé à rationaliser la fabrication et la délivrance des prothèses. Les fabricants sont recensés dans chaque région et il ordonne d'appareiller en priorité les mutilés du membre inférieur, puis supérieur et enfin ceux en attente de leur prothèse dans leur foyer[1]. Les difficultés d'approvisionnement sont telles que le Service de Santé ordonne en juillet 1915 dans certaines régions, de réquisitionner les stocks d'ateliers civils en essayant de ne pas trop pénaliser les amputés civils[2]. Il tente aussi de limiter les abus[3], par souci de limiter les dépenses. Avec l'augmentation de la production, liée à la création des centres d'appareillage compensant les difficultés des maisons privées[4], le Service de Santé parvient à fournir correctement les mutilés en prothèses à partir de la fin de l'année 1916[5].

Dans ce contexte de pénurie, le processus de délivrance des prothèses dans la 9e région est réorganisé pour être plus efficace. Le Service de Santé ordonne en décembre 1914 la centralisation de l'établissement des demandes dans un seul hôpital dans chaque région[6]. Pour la 9e région, il s'agit probablement de l'hôpital mixte de Tours où a été installé à la même époque le centre de chirurgie orthopédique, sous la direction du chirurgien Guillaume-Louis[7]. Cette formation est chargée de prendre les mesures et le moulage du moignon afin de commander une prothèse. Une procédure modifiée en juin 1915 : le dossier est complété et la prothèse est examinée par une commission de réception, dont fait partie le médecin-chef du service de chirurgie orthopédique afin d'en contrôler la

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°4 518 2/7 du 26 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Cette dernière catégorie est néanmoins suivie afin que les mutilés puissent être convoqués pour prendre des mesures et pour leur fournir leur prothèse.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°24 020 C/7 du 6 juillet 1915 du directeur de la 7e Direction. Le Service de Santé ne réquisitionne pas les maisons et leur installation.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°27 153 C/7 du 30 juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Des amputés ayant déjà des prothèses font de nouvelles demandes. On ordonne alors de mentionner la délivrance des prothèses dans leur livret militaire. Cependant, cette dépêche ne dit pas si les demandes étaient motivées par l'état de la prothèse.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°80 Ci/7 du 5 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La direction centrale informe les directions régionales que la Maison Durand à Paris n'est plus en mesure de fournir des prothèses. On ordonne alors de ne plus faire appel à elle.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°291 Ci/7 du 20 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les amputés des membres supérieurs sont dorénavant dotés de deux appareils, l'un répondant au cahier des charges, l'autre dit de secours. Cette mesure était auparavant réservée aux mutilés du membre inférieur.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°11 449 2/7 du 7 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°4 019H du 17 mai 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Afin d'assurer un meilleur suivi des mutilés à qui a été commandé une prothèse mais qui ont quitté l'hôpital sans donner d'adresse, on ordonne dorénavant de n'évacuer ces mutilés qu'après en avoir informé le médecin-chef de l'hôpital mixte de Tours. Cette mesure ne s'applique qu'aux hôpitaux de Tours, il est possible que dans chaque place un hôpital soit désigné pour centraliser les demandes de prothèse.

qualité avant d'appareiller le mutilé[1]. Cette organisation est ensuite modifiée, notamment avec l'arrivée du chirurgien Ombrédanne. Un service central d'appareillage a existé à l'hôpital complémentaire n°26 avant d'être transféré à l'hôpital complémentaire n°31 en mai 1916. Deux sous-centres existent à cette époque à Angers et à Poitiers[2]. Le centre et les sous-centres sont dotés d'une commission permanente de contrôle et d'une commission de réception, chargées de la fourniture des prothèses[3]. Cette organisation n'est pas encore totalement efficace et les cas les plus urgents sont évacués sur l'hospice de Maison Blanche pour y être appareillés[4].

Cette organisation imparfaite est remaniée le 2 juin 1916 avec la création des centres d'appareillage et de rééducation des mutilés[5]. Avec ces centres, le Service de Santé souhaite mieux utiliser les compétences et mieux répartir les attributions des orthopédistes et des chirurgiens[6]. La centralisation de l'appareillage et des rééducations fonctionnelles et professionnelles dans un même centre vise à accélérer l'appareillage des invalides et à améliorer leur réinsertion professionnelle. Les centres de chirurgie orthopédique sont alors progressivement supprimés et remplacés par cette nouvelle organisation. La 9e région n'est pas concernée par cette nouvelle organisation bien qu'elle dispose d'un centre de chirurgie orthopédique. Les invalides sont alors envoyés sur le centre de Bourges exceptés pour ceux provenant des formations sanitaires des Deux-Sèvres qui sont envoyés sur celui de Bordeaux. Une incongruité[7] qui rappelle l'organisation utilisée pour la physiothérapie au début de la guerre et qui a été supprimée devant la place indispensable de cette spécialité dans la récupération des blessés.

b) Le centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des invalides de Joué-lès-Tours.

Cette organisation n'est que temporaire et très rapidement le Service de Santé dote la 9e région d'un centre de ce type. Le centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des mutilés de

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°21 754 C/7 du 20 juin 1915 du directeur de la 7e Direction. Le dossier comprend une observation chirurgicale succincte, une photographie du moignon, une photographie du membre au-dessus de l'amputation et du membre du côté opposé, une radiographie du moignon, une observation sur sa valeur fonctionnelle et un moulage de celui-ci. La commission de réception n'examine que les prothèses réalisées dans la région, celles étant destinées à d'autres régions sont envoyées accompagnées d'un certificat. La circulaire du 26 mars 1915 ordonnait déjà au chirurgien orthopédiste de vérifier la qualité des prothèses.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de mai 1916. Les archives sur ce centre sont parcellaires et nous ne savons pas quand il a été créé. En outre, le docteur Ombrédanne mélange les activités de chirurgie générale et de chirurgie orthopédique laissant penser que ce centre a pu être aussi installé à l'hôpital complémentaire n°2. Le sous-centre de Poitiers est à l'hôpital mixte de la ville et celui d'Angers est à l'École Nationale d'Arts et Métiers, à l'hôpital complémentaire n°40.

[3] *Ibidem.* Celles-ci sont composées d'un maître armurier (pour la composition technique de la pièce), d'un officier d'administration et de médecins.

[4] A.N. C 7689. Circulaire n°12 385 C/7 du 8 avril 1915 du directeur de la 7e Direction. Il n'est pas donné de précisions quant à l'origine de cette mesure.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 3046. Circulaire n°7 788 3/7 du 2 juin 1916 du Sous-secrétaire d'État du Service de Santé. Ces centres s'adressent à tous les invalides ayant besoin d'une prothèse.

[6] *Ibidem*. Le Service de Santé dénonce les chirurgiens-chefs des centres de chirurgie orthopédique qui ont délaissé l'appareillage des mutilés et les médecins orthopédistes sans notions chirurgicales qui ont créé des services chirurgicaux.

[7] Il n'y a pas d'explication quant à la répartition des centres et l'absence d'un tel centre dans la 9e région militaire.

Bourges est transféré à Joué-lès-Tours en novembre 1916[1]. La formation choisie est l'hôpital complémentaire n°5, auparavant installé à Niort, et qui a été transféré dans une caserne inachevée en août 1916[2] et initialement destinée à devenir un important hôpital médico-chirurgical de 360 lits. L'hôpital est dirigé par le médecin major de 2e classe Joseph Thomas*, par ailleurs chef du service de rééducation professionnelle jusqu'à l'arrivée du docteur Boureau en août 1917. Le service d'appareillage est dirigé par le médecin aide-major de 1ère classe Cousin. Indispensable pour l'appareillage et la rééducation professionnelle, exigé par la circulaire du 2 mars 1916, un service de rééducation fonctionnelle est créé en janvier 1917 et ne fonctionne correctement qu'à partir du mois suivant[3]. Utilisant un matériel et des thérapies similaires au service central de physiothérapie dont il dépend, ce service aide les invalides à utiliser leur prothèse et soigne certains moignons qui n'ont pas totalement cicatrisé. Une répartition des tâches bien définie doit permettre à chacun d'accomplir sa mission sereinement et en collaboration avec les autres services. En juillet 1917, le docteur Cousin devient le médecin-chef du centre mais ce dernier ne modifie pas l'organisation des services, laissant la direction de l'hôpital au docteur Joseph Thomas[4]. Agissant ainsi, le docteur Cousin se libère de la lourde tâche médico-légale qui aurait compliqué son action à la tête du centre d'appareillage[5].

En effet, la centralisation d'une grande partie des invalides de la région vient accroître le travail administratif du docteur Joseph Thomas. Son rôle est des plus important pour les deux centres car il régule les entrées et les sorties des mutilés et ainsi influe sur leurs activités. Le principal problème vient de la constitution des dossiers de réforme, les autres formations se déchargeant de cette tâche sur l'hôpital complémentaire n°5[6]. Cette attitude est encouragée par le Service de Santé qui rappelle en janvier 1917 que les hommes ayant achevé leur traitement et attendant une prothèse, doivent être envoyés immédiatement sur les centres d'appareillage[7]. Ces derniers sont alors chargés de la constitution des dossiers de réforme[8]. Comme d'autres chefs de centre, il réclame la création de

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours par le directeur du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire et datée du 15 octobre 1916. Le directeur ne donne aucune raison quant à cette décision.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Porée concernant le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°5 de son ouverture au 1er janvier 1917 et daté 22 avril 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 325. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Bibard sur le fonctionnement du service de physiothérapie de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de février 1917.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917.

[5] *Ibidem.* En juillet 1917, les services deviennent des centres, hormis celui de rééducation fonctionnelle. En pratique cela ne modifie en rien leur fonctionnement.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de mai 1917.

[7] A.N. C 7690. Circulaire n° 388 Ci/7 du 1er janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[8] A.N. C 7690. Circulaire-instruction n°560 Ci/7 du 25 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette instruction sur l'appareillage et la rééducation des mutilés de la guerre résume alors les dispositions en vigueur. On explique que le médecin-chef du centre d'appareillage « […] doit faire établir le dossier de réforme de l'intéressé. » Par ailleurs, un blessé ne peut sortir de la formation si ce dossier n'est pas complet.

formations chargées de cette tâche et ne comprend pas pourquoi les centres spéciaux de réforme refusent l'entrée d'un mutilé pour une pièce manquante[1]. Le Service de Santé tente de lutter contre cet encombrement à partir de mars 1917 en contrôlant l'envoi des soldats sur les centres d'appareillage[2]. En novembre 1917, il ordonne de n'envoyer le blessé sur le centre d'appareillage que précédé de son dossier de réforme[3]. Finalement en avril 1918, les soldats n'ayant plus besoin de traitement, dont les droits à une pension de retraite ou à une réforme n°1 sont certains et qui attendent la constitution de leur dossier de réforme, sont admis dans les centres spéciaux de réforme. En attendant celle-ci, ils sont envoyés en congé de convalescence dans leurs foyers[4].

L'encombrement de l'hôpital ne ralentit pas uniquement l'activité des services, il peut conduire à des problèmes de discipline. N'ayant besoin d'aucun soin, les soldats attendent la confection de leur prothèse et leur réforme avant de quitter l'hôpital. S'ils ne peuvent partir en permission, ils risquent de devenir oisifs à moins de faire une rééducation fonctionnelle ou professionnelle à l'hôpital, cette dernière n'étant pas obligatoire. En outre, la disposition de l'hôpital complique leur surveillance. Les bâtiments sont éloignés les uns des autres et surtout, il ne dispose d'aucune enceinte hormis une « […] simple barrière en fil de fer barbelé […] »[5] construite à la hâte. Afin de contrôler les allées et venues des hommes et de veiller à leur assiduité dans les différents services et ateliers, des systèmes de fiches sont instaurés. Comme dans les autres hôpitaux, les médecins cherchent à occuper les soldats et lutter contre les cas d'ivresse. Pour ce faire, un « […] Foyer des Mutilés […] »[6] est ouvert au sein de l'hôpital en septembre 1917 dont les buts et organisations sont similaires aux foyers ou maisons de soldats existant avant la guerre. Les hommes peuvent y lire, y écrire et y boire des boissons non alcoolisées. Salle de spectacle, des artistes locaux mais aussi les mutilés y donnent des représentations. Dès le mois de septembre, le docteur Cousin est satisfait du succès du foyer, fréquenté par la moitié des hommes. Il constate par ailleurs une baisse des cas d'ivresse et d'indiscipline.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de septembre 1917. Durant ce mois, soixante à soixante-dix soldats sont dans ce cas.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°437 Ci/7 du 1er mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ainsi, seuls les amputés peuvent y être envoyés directement. Les autres blessés qui auraient besoin d'un appareil orthopédique sont examinés par une commission qui ordonne ou non leur envoi. La commission est composée du chirurgien-chef de secteur et des médecins-chefs des centres d'appareillage, de neurologie et de physiothérapie.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°621 Ci/7 du 25 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°704 Ci/7 du 25 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de février 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de septembre 1917.

c) Des œuvres civiles très présentes dans l'appareillage et la réinsertion des invalides de la guerre.

La rééducation et la réinsertion professionnelle des mutilés et des infirmes sont avant tout le fait des autorités et œuvres civiles. L'invalide de guerre étant libre de choisir son fournisseur de prothèse, elles agissent aussi dans le processus d'appareillage mais à un degré moindre. Le maire de Lyon, Édouard Herriot, crée le premier centre de rééducation professionnelle pour les mutilés en 1914 tandis que différents ministères se disputent cette rééducation en créant chacun des structures à cette fin[1]. Afin de coordonner toutes les initiatives, une commission interministérielle est mise en place sous la direction du ministère de l'Intérieur[2]. Elle préconise quatre systèmes de rééducation pouvant cohabiter, dont certains sont d'ailleurs déjà en place[3]. Nous ne savons pas si toutes les préconisations de cette commission ont été adoptées mais le modèle le plus répandu est celui des écoles de rééducation, qu'elles soient ou non totalement réservées aux invalides, avec un apprentissage chez un patron. Le Service de Santé est mis à contribution pour promouvoir ces écoles et la rééducation professionnelle des invalides, parfois en oubliant le droit des invalides à recevoir ou non une rééducation professionnelle[4].

Des écoles de ce type se créent dans la 9^{e} région à partir du début de l'année 1915, soutenues par différents organismes. À Saint-Cyr-sur-Loire, une formation de 100 lits destinée à la rééducation professionnelle des mutilés et invalides ouvre ses portes le 20 mai à la Villa Sainte-Marie[5]. Elle est créée puis soutenue par les comités locaux de la Fédération Nationale de l'Assistance aux Mutilés et de l'O.A.C.M. qui ont fusionné pour réaliser cette œuvre[6]. Les invalides sont formés dans des ateliers

---

[1] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 3046. Projet de rapport fait au ministre de la Guerre sur la rééducation professionnelle des mutilés. Auteur et date inconnus. Selon l'article précédemment cité, il daterait de 1915.

[3] *Ibidem*. Le premier est l'école d'apprentissage destiné exclusivement aux invalides à l'exemple de l'Institut national de Saint-Maurice dans la Seine. Le deuxième est l'admission des invalides dans des ateliers ou des écoles professionnelles dépendant de différents ministères. Il s'agit d'écoles techniques dans lesquelles peuvent être créées des sections pour les invalides. Le troisième système consiste en des ateliers créés par des groupements professionnels à destination des invalides. Enfin, le quatrième est un système d'allocations individuelles d'apprentissage. Le reste du rapport aborde les conditions d'admission et de financement de ces formations.

[4] A.N. C 7521. Circulaire n°6 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Suite à la faiblesse du nombre d'invalides se rendant dans ces écoles, il ordonne au personnel des hôpitaux de faire une pression constante sur les invalides afin « […] qu'aucun mutilé susceptible d'être rééduqué ne se soustraie à la rééducation. »

[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES. *Mutilés et invalides de la 9^{e} Région, Établissement de la « Villa Sainte-Marie » Saint-Cyr-sur-Loire près Tours (Indre-et-Loire)*. Tours : Deslis Frères et C^{ie}, 1915, 16 p.

[6] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES. *Centre de Rééducation Professionnelle de Tours pour les mutilés, les aveugles et les invalides de la guerre. Établissements de : Saint-Cyr-sur-Loire, Amboise, Saint-Symphorien*, s.l. : s.e., 1916, 31 p. La formation fonctionne grâce aux dons, une matinée artistique y a notamment été organisée par Lucien Guitry (1860 – 1925) et Georges Courteline (1858 – 1929) pour lever des fonds. Le Service de Santé verse une indemnité journalière pour les soldats en instance de réforme, qui touchent d'ailleurs une allocation, et pour les réformés en attente de la liquidation de leur pension. Les réformés et pensionnés doivent s'acquitter d'un prix de journée d'un franc mais des réductions sont possibles.

de cette formation ou bien chez un patron. La formule privilégiée est l'apprentissage chez un patron avec un internat à la Villa Sainte-Marie pour surveiller les invalides, ce qui nécessite de trouver suffisamment de patrons pour les former[1]. Le 4 janvier 1916, un nouvel établissement ouvre à Amboise et le 24 mai 1916, une maison de rééducation pour les soldats aveugles ouvre à Saint-Symphorien. Différents métiers sont proposés et les invalides peuvent également suivre une instruction générale afin de préparer des concours ou d'exercer un métier non manuel. Pour les motiver, ils perçoivent un salaire ainsi qu'une prime. À Angers, l'administration de l'École nationale d'Arts et Métiers décide, en janvier 1916, d'organiser un cours de dessin et de croquis industriels pour les invalides[2]. Dans ce cas aussi, les frais sont payés par différentes œuvres ainsi que par le ministère de l'Intérieur[3].

Dans la région, la rééducation des aveugles de guerre est différente de celle des autres invalides car elle intègre un autre centre de spécialité dans ce processus, celui d'ophtalmologie. L'arrivée d'une correspondante de l'association Valentin Haüy en janvier 1916 permet la mise en place de cours d'apprentissage du braille au centre d'ophtalmologie[4]. Leurs soins achevés, les aveugles sont dirigés sur l'hôpital des Quinze-Vingts, l'annexe de Reuilly[5] ou sur la Villa Sainte-Marie, où ils apprennent la fabrication de chaises, de filets, de balais, de brosses, etc. Une rééducation qui évolue avec la création de la formation de Saint-Symphorien dédiée aux aveugles. Des ateliers de cannage et de rempaillage de chaises et de brosserie sont dirigés par un professeur aveugle, la formation possède aussi un atelier de vannerie et de cordonnerie[6]. L'association Valentin Haüy offre son aide pour l'enseignement de la lecture et de l'écriture en braille, en mettant des ouvrages à disposition de la formation[7]. La dernière évolution de cette organisation consiste en la création d'une nouvelle formation à Rochecorbon destinées aux officiers aveugles[8].

---

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES, (1916), *Centre de Rééducation…, op. cit.* p. 6-7. Cela semble être le cas.

[2] A.D.M&L. 1 ETP 197. « Utilisation de l'École nationale d'Arts et Métiers d'Angers depuis la mobilisation », d'auteur et de date inconnus.

[3] A.D.M&L. 1 ETP 582. Dépêche du 14 mars 1917 du ministre de l'Intérieur aux préfets.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin aide-major de 2e classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1916. L'initiation au braille est un aspect très important de la rééducation des aveugles et le docteur Terrien cherche à développer les moyens mis à la disposition de cette correspondante.

[5] Il doit probablement s'agir d'une annexe de l'hôpital des Quinze-Vingts de Paris.

[6] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES, (1916), *Centre de Rééducation…, op. cit.* p. 15-16. C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916. Il évoque aussi l'enseignement du massage.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de juin 1916. Le docteur Terrien recherche des personnes pour retranscrire des ouvrages en braille, des systèmes sont mis au point pour accélérer cette retranscription. De même, des recherches sont faites sur l'efficacité de l'écriture en relief, commune aux non-voyants et aux valides, mais elles échouent.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 80. Rapport du médecin major de 1ère classe Terrien sur le fonctionnement du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918.

L'État français prolonge son action de rééducation professionnelle des invalides en agissant sur leur réinsertion et pour cela, il créé, sous la direction du ministère du Travail, l'Office National des Mutilés et Réformés de la Guerre le 2 mars 1916. Ses missions sont de déterminer les aptitudes professionnelles des invalides et de faciliter leur réinsertion professionnelle[1]. Les médecins sont alors mis à contribution pour recenser les mutilés présents dans les formations ainsi que ceux qui ont déjà été réformés. Le placement des invalides est ensuite réalisé par les comités départementaux de l'office auxquels est associé le Service de Santé[2]. Cette œuvre s'ajoute à d'autres initiatives départementales et locales qui collaborent parfois avec elle. Un Comité de l'Anjou pour les invalides de la guerre est créé en 1916, il soutient financièrement les cours instaurés à l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers et dispose d'un bureau de placement[3]. Le comité fait alors jouer ses réseaux pour trouver un emploi aux invalides. Ce type de bureau se multiplie partout en France[4], le comité de l'O.A.C.M. d'Indre-et-Loire dispose d'un office de placement pour les invalides[5]. L'État intervient de nouveau dans la réinsertion professionnelle des invalides en ouvrant des concours pour les mutilés ou bien en favorisant leur recrutement. En septembre 1916, le ministre de l'Instruction Publique ordonne de faire rechercher les invalides susceptibles de faire une préparation à la fonction d'instituteur[6], une préparation spéciale est faite à Paris, Bordeaux, Limoges et Saint-Etienne[7].

2) L'appareillage des mutilés, une « industrie » de guerre.

L'appareillage des mutilés dans la 9e région connaît une montée en puissance dont le tournant est l'installation du centre d'appareillage pour les mutilés à l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours. Au début du conflit, le Service de Santé connaît de grandes difficultés pour répondre aux demandes des mutilés. L'organisation mise en place par le docteur Cousin au centre de Joué-lès-Tours répond à cette demande. Mieux, elle vise à faire de ce centre une usine de fabrication de prothèses.

---

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°123 Ci/7 du 1er juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7521. Dépêche n°4 065 D du 25 juin 1916 du ministre de la Guerre. L'armée est présente dans ces comités avec un représentant du commandant de la région, du service de l'Intendance et du Service de Santé.
[3] A.D.M&L. 2/R/5/249. Fiche de renseignement de COUASNON Louis. Ce bureau se situe au Syndicat d'Initiative de l'Anjou où se trouve le siège du comité.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°8 143 2/7 du 15 mai 1915 du ministre de la Guerre. Le journal *Le Matin* organise un bureau de placement pour les invalides.
[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES, (1916), *Centre de Rééducation…, op. cit.* p. 27.
[6] A.D.M&L. 391 T 67. Modèle de la dépêche du 25 septembre 1916 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire.
[7] A.D.M&L. 391 T 67. Note sur la propagande relative à la rééducation professionnelle du ministre de l'Instruction Publique, non datée. Ce ministère est très impliqué dans la rééducation professionnelle, les enseignants font parfois des cours pour les invalides et participent à la propagande pour cette rééducation.

a) La montée en puissance de la production de prothèses.

Dès son arrivée, le docteur Cousin tâche de recréer le centre de Bourges le plus rapidement possible pour ne pas prendre de retard dans l'appareillage des mutilés qui commencent à arriver le 15 décembre[1]. À cette date, les premiers ateliers sont installés mais il faut attendre le début du mois de février 1917 pour que tous les ateliers soient en état de fonctionner[2]. Dans le même temps, il recherche des fournisseurs pour les matières premières afin de permettre la construction de nouveaux appareils de prothèse au centre et ainsi diminuer la part des commandes aux fournisseurs de prothèses[3]. Ces derniers reçoivent leurs premières commandes du centre en décembre 1916 tandis que les ateliers produisent leurs douze premiers appareils.

Dès lors, le but suivi par le docteur Cousin est d'accroître la production des ateliers militaires. Pour ce faire, les ateliers sont agrandis en août 1917 avec la construction d'une baraque où sont réinstallés la sellerie, l'atelier de moulage, un magasin et surtout l'atelier de bois qui prend de l'importance[4]. En juillet 1918, un nouvel aménagement du centre augmente notamment la surface de cet atelier[5]. Quant à la production, elle est parfois pénalisée par les coupures d'électricité qui touchent le centre, comme en décembre 1917 et en janvier 1918[6], ainsi que par les difficultés d'approvisionnement en matières premières. La production est complétée par les commandes passées auprès de fabricants[7] afin de répondre à la demande, d'autant que la fermeture du centre d'appareillage du Gouvernement Militaire de Paris en juin 1918 fait qu'une partie des mutilés sont envoyés à Joué-lès-Tours[8]. De décembre 1916 à septembre 1917, la production ne cesse de croître pour atteindre 206 appareils ce dernier mois[9]. De juillet 1917 à juillet 1918, le député Levasseur

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1916.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Il considère alors que la fabrication est « […] normale […] ». Pour produire les prothèses et les réparer, le centre dispose d'une forge, d'un atelier de fer, de bois, de « neuf », de cordonnerie orthopédique, de cordonnerie, de sellerie, de nickelage, de moulage et de magasins.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917. On trouve un nouveau fournisseur pour l'acier permettant dorénavant de fabriquer de grands appareils de prothèse. Ce fournisseur est l'entreprise Schneider. A.N. C 7521. Circulaire n°386 Ci/7 du 31 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois d'août 1916.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1918.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°5 durant le mois de janvier 1918. Ces coupures d'électricité entrainent des coupures de l'approvisionnement en eau.
[7] La production des fabricants privés est contrôlée par une commission permanente.
[8] Tout comme pour la production de prothèses, l'absence de certains rapports ne permet pas de rendre compte correctement de l'évolution de cette demande.
[9] L'absence de certains rapports ne permet pas de rendre compte, mois après mois, de cette augmentation à partir de septembre 1917.

chiffre la production mensuelle moyenne à 212 appareils[1], tandis qu'un pic de production est atteint en avril 1918 avec 303 appareils.

Figure 24. Hôpital complémentaire n°5. Centre d'appareillage des mutilés. Atelier de moulage des prothèses.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Date et auteur inconnus.

Le docteur Cousin ne concentre pas tous ses efforts vers la production, il doit aussi mettre en place un service de réparation des prothèses. Durant toute sa vie, un mutilé peut faire réparer gratuitement sa prothèse, sauf en cas de détérioration provoquée volontairement[2]. La réparation est faite par le centre pour les prothèses qui y ont été construites ainsi que pour celles réalisées par des fabricants qui n'exercent plus, ou par le fournisseur sous certaines conditions[3]. Cette activité prend de l'ampleur et perturbe le fonctionnement des ateliers de fabrication de prothèse car les réparations sont faites par les ouvriers qui fabriquent les prothèses. Le docteur Cousin essaie de créer un atelier de réparation avec son propre personnel mais ne semble pas y parvenir[4]. La productivité de ce service de réparation varie selon les travaux à faire qui vont du remplacement d'une simple pièce au

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. L'auteur explique cependant que la production a atteint, lors de la rédaction du rapport, près de 300 appareils par mois.

[2] A.N. C 7690. Circulaire-instruction n°560 Ci/7 du 25 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Une notice est fournie au mutilé afin de lui prodiguer des conseils pour entretenir sa prothèse.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Ainsi « […] toutes les pièces brisées sans raison de violence quelconque (chute, choc, etc…[*sic*]) doivent être remplacées gratuitement par le constructeur. »

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Dans ce but, il envisage la création d'une équipe de réparation en mars 1917 qu'il tente de constituer en mai. En décembre 1917, rien n'est fait et en juin 1918, il réclame la constitution d'une telle équipe dans chaque atelier.

changement complet de la prothèse[1]. Les mutilés qui y envoient leur prothèse se plaignent de la lenteur des délais, d'autant que ceux-ci sont règlementés mais inapplicables pour le docteur Cousin[2].

Pour assurer les productions et réparations des prothèses, le docteur Cousin doit gérer le personnel des ateliers comme celui des usines de guerre. Régulièrement, il réclame du personnel pour les ateliers, surtout du personnel spécialisé. En décembre 1916, il demande un monteur orthopédiste pour diriger les ouvriers de l'atelier de fer (ajusteurs, forgerons), demande qu'il complète le mois suivant par un cordonnier, un polisseur-nickeleur et deux ajusteurs[3]. Un personnel difficile à obtenir, même si lui-même signale des spécialistes[4], car il est parfois en concurrence avec d'autres services de l'armée[5]. Ces demandes ne touchent pas seulement le personnel ouvrier mais aussi le personnel médical. En mai 1917, il réclame un médecin pour l'assister dans sa tâche et propose un médecin blessé de guerre et amputé[6]. En théorie protégé, le personnel ouvrier de ces ateliers est parfois remplacé par des non-spécialistes[7]. Surtout, il souhaite obtenir pour ses ouvriers, qui ont le statut d'infirmier, la suppression des corvées et des gardes de nuit afin qu'ils puissent se reposer[8]. Une mesure qui semble avoir été obtenue avant la fin de la guerre[9]. Le docteur Cousin souhaite aller plus loin afin de stabiliser son personnel mais aussi pour faciliter l'approvisionnement du centre en

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. L'auteur évoque une réparation mensuelle de 132 appareils de juillet 1917 à juillet 1918. Dans ce cas aussi, l'absence de certains rapports ne permet pas de réaliser un suivi probant de cette évolution.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1918. « Il y aurait avantage, avant que soit distribuée la nouvelle édition du livret d'Appareillage [*sic*] de faire savoir aux mutilés que le délai de 15 jours accordé pourtoute [*sic*] réparation quelle qu'elle soit, a été reconnu inapplicable. Journellement, en effet, nous recevons des lettres de réclamations voir même de menaces, venant de mutilés dont les appareils ont été gardés plus de 15 jours, alors qu'il s'agissait yarfois [*sic*] de la réfection totale d'un appareil. »
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Il signale trois cordonniers orthopédistes inemployés dans leur spécialité à la direction centrale pour les récupérer.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mars 1917. Il demande des selliers mais tous ceux de la 9e région militaire qui étaient disponibles ont été envoyés à l'arçonnerie de Saumur. Il demande alors des ouvriers provenant d'une autre région.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917. On ne sait pas si ce choix est symbolique ou non.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de juillet 1917. Deux ouvriers spécialistes ont été mutés et remplacés numériquement par un charcutier et un cuisinier. Soumis à la circulaire n°281 Ci/7 du 15 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire et donc assimilés à des spécialistes, leur mutation ne peut être faite qu'après autorisation de la direction centrale. Cela ne semble pas avoir été le cas pour au moins l'un d'eux.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mars 1917. Pour le docteur Cousin, le personnel ouvrier des ateliers, qui travaille dix heures par jour à un rythme soutenu, doit pouvoir bénéficier d'un temps de repos. Il estime par ailleurs que la fatigue physique de ces ouvriers est supérieure à celle d'un infirmier.
[9] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Probablement en août ou septembre 1918.

matières premières : il demande l'assimilation des ateliers de prothèse à des ateliers d'État[1]. Enfin, pour améliorer la production le docteur Cousin instaure des primes de travail en août 1917[2].

La démobilisation oblige le docteur Cousin à adapter l'organisation de son centre afin de poursuivre ses missions. La circulaire du 22 décembre 1918 ne modifie pas ses prérogatives ni ne supprime son centre qui doit fonctionner tant que les besoins de la région le nécessitent[3]. Dans son rapport, le député Levasseur préconise de conserver la moitié des centres d'appareillage afin d'éviter que l'industrie privée ne supplante l'État dans la production et en profite pour réaliser des bénéfices à ses frais[4]. Pour assurer la pérennité des centres, il préconise de commencer à remplacer la main-d'œuvre militaire par de la main-d'œuvre civile, une solution adoptée par le Service de Santé. À Joué-lès-Tours, le docteur Cousin conserve un noyau de spécialistes et de chefs d'atelier démobilisés mais conservés comme ouvriers civils. Ces derniers dirigent et forment des ouvriers militaires provenant des jeunes classes. Ainsi le docteur Cousin espère conserver la capacité de production d'avant la démobilisation[5]. Pour faire face aux demandes de réparations, dont le docteur Cousin estime qu'elles ne peuvent être faites que par les ateliers militaires, deux sous-centres sont créés. Le premier à Angers est dirigé par un ancien ouvrier du centre devenu orthopédiste et doit répondre aux demandes du département de Maine-et-Loire. Le second est établi à Bourges à l'École de Rééducation des Mutilés en cours d'installation et il doit répondre aux demandes des départements du Cher et de la Nièvre[6]. Cette organisation continue, du moins pour le centre de Joué-lès-Tours, à être en place au début des années 1920.

b) Fabriquer des prothèses à moindre coût.

Le centre d'appareillage de Joué-lès-Tours est en « concurrence » avec les entreprises privées, une « concurrence » quelque peu biaisée par les procédures d'attribution des prothèses. Lorsqu'il est reconnu qu'un soldat a besoin d'une prothèse, on établit un dossier d'appareillage pour commander celle-ci. Le soldat a le choix du type d'appareil qu'il va recevoir mais doit prendre conseil auprès du chef du centre d'appareillage et surtout prendre en compte le futur métier qu'il souhaite exercer[7]. Le

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois d'août 1917.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°808 Ci/7 du 22 décembre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1919.
[6] *Ibidem*. Le centre de Joué-lès-Tours répond évidemment à la demande du département d'Indre-et-Loire et probablement à celle des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres. Cependant, il n'est pas exclu que les mutilés envoient leur prothèse en réparation sur d'autres centres.
[7] A.N. C 7690. Circulaire-instruction n°560 Ci/7 du 25 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

type d'appareil est choisi parmi ceux adoptés par la commission d'orthopédie et respecte un cahier des charges. Le mutilé peut aussi demander un appareil non règlementaire sur justification du chef de centre. Le directeur régional statue alors sur l'attribution de l'appareil. L'appareil est ensuite fabriqué au centre d'appareillage ou commandé chez un fournisseur. Dans les deux cas, il doit respecter le cahier des charges[1] que tous peuvent se procurer. Une fois construit, l'appareil est envoyé à la commission de réception puis délivré au soldat. Le cahier des charges évolue en fonction des nouveaux modèles mais il peut aussi être modifié sur certains points. Ainsi le 25 décembre 1917, la direction centrale augmente provisoirement le prix de certains modèles pour répondre à l'augmentation des salaires et des prix des matières premières[2]. Le Service de Santé contrôle donc les prix, limitant la charge pour le budget de l'État.

L'augmentation de la production de prothèses au centre d'appareillage répond à la volonté du docteur Cousin d'économiser l'argent de l'État. En effet, selon ses calculs, le coût des prothèses produites par les ateliers du centre est inférieur à celui des entreprises privées. En février 1917, le coût total des appareils produits au centre est estimé à 1 081,74 francs. Si ces appareils avaient été achetés à des fournisseurs, le coût total aurait été de 2 382 francs, soit un bénéfice de 1 300,26 francs[3]. Le docteur Cousin renouvèle ce type de comparaison dans plusieurs rapports afin de montrer l'avantage de faire fabriquer les prothèses au centre. Ainsi pour le mois de juin 1917, il estime que les coûts de fabrication sont de 55 à 60 % moins chers que dans le commerce[4]. Le centre développant la gamme des appareils qu'il produit, il répartit de plus en plus les commandes en faveur de son centre et donc fait économiser de l'argent à l'État. Cependant tous les appareils ne sont pas fabriqués par le centre, notamment quand l'étude de leur conception ne révèle pas de résultats probants pour le Service de Santé[5]. En outre, le docteur Cousin n'écarte pas totalement les entreprises privées puisqu'elles le fournissent en matériel.

Le député Levasseur, qui approfondit certains calculs du docteur Cousin[6], reconnaît les économies réalisées par ce dernier mais aussi par le Service de Santé dans ce domaine. L'autre vertu de cette production a été de faire pression sur les fournisseurs privés qui ont baissé leurs prix. Il attribue cette baisse aussi aux importantes commandes passées par le Service de Santé lui permettant

---

[1] Celui-ci comprend la description, les caractéristiques, le prix, les conditions de fabrication et de livraison (dont les délais) de chaque appareil réglementaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°639 Ci/7 du 25 décembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de juin 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Il ne cite pas ces avantages (prix, qualité, difficulté de conception, etc.) et il est possible que les appareils écartés dans un premier temps soient produits par la suite.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

d'obtenir des prix avantageux mais néanmoins supérieurs à ceux du centre. Par exemple, le prix de revient d'une prothèse dite « jambe américaine » est de 223,51 francs pour le centre d'appareillage contre 320 francs dans le commerce. Ce prix est réduit puisque ce dernier s'élevait environ au double avant la guerre, la prothèse se situant loin des « profiteurs de guerre » de l'armement[1]. Le député Levasseur souhaite par ailleurs augmenter les économies du centre en l'industrialisant davantage. Il préconise une autonomie financière, réclamée aussi par le docteur Cousin[2], afin de le libérer des contraintes réglementaires et de procéder à des achats intéressants[3]. Il préconise aussi l'achat en gros, mais pour certaines matières premières, et recommande d'adjoindre au médecin-chef du centre, un « […] directeur commercial […] »[4] afin de mieux négocier les prix d'achat. Mais toutes les mesures ne sont pas bonnes, il est ainsi contre la fabrication en série des prothèses car cela irait à l'encontre du but premier du centre qui est de fournir une prothèse adaptée à chaque mutilé. Enfin, les autres intérêts de la fabrication de prothèses par les centres d'appareillage sont la formation d'ouvriers spécialisés permettant de développer cette industrie après la guerre et la recherche de nouvelles prothèses.

c) Apprendre et créer de nouveaux modèles de prothèses.

L'augmentation de la production de prothèses ne peut se faire qu'en développant la gamme des modèles fabriqués au centre, ce qui permet aussi de mieux répondre aux besoins des mutilés. Dans ce but, le personnel du centre apprend à construire les modèles des prothèses agréés par la commission d'orthopédie, ce que le docteur Cousin appelle l'« […] étude […] »[5] dans ses rapports. Pour accélérer cet apprentissage et mieux comprendre le processus de production des prothèses, le docteur Cousin mais surtout ses ouvriers vont parfois apprendre à fabriquer les prothèses directement auprès de leurs inventeurs ou de spécialistes. En janvier 1917, lorsque les ateliers du centre apprennent la fabrication de la jambe dite américaine, le docteur Cousin prend contact avec le médecin-major Hendrix, chef du service d'appareillage de l'armée belge et spécialiste de cette prothèse[6]. Ce dernier fournit des renseignements accélérant cet apprentissage et des ouvriers sont envoyés dans son centre pour s'initier à cette fabrication en mars 1917. En mai 1917, des ouvriers

[1] Voir à ce sujet l'ouvrage de François Bouloc (référence déjà citée) et les exemples des sociétés Schneider et Hotchkiss.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918. Il réclame une autonomie dans la gestion du centre vis-à-vis de l'hôpital complémentaire n°5 qui simplifierait le maniement des fonds.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Par exemple, lorsque se présente l'occasion d'acheter des matières premières à des prix intéressants et ainsi éviter les lenteurs administratives qui lui ferait perdre cette opportunité. Cependant, il reconnaît que le centre jouit déjà de libertés étendues.
[4] *Ibidem*. Celui-ci serait un officier d'administration ayant des compétences commerciales.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917.
[6] *Ibidem.*

sont envoyés au centre de Lyon pour apprendre la fabrication d'« […] appareils bois type américain […] »[1]. Ils transmettent ensuite ce savoir à leurs collègues et les prothèses sont produites à Joué-lès-Tours. Enfin, différents moyens de diffusion permettent la diversification des modèles comme les journaux, les sociétés et les congrès scientifiques[2].

La mise au point de nouveaux modèles au sein du centre est le moyen privilégié pour diversifier la gamme de prothèses, une recherche commencée dans la région bien avant la création du centre avec les créations du chirurgien Boureau. Le docteur Cousin poursuit ses recherches débutées avant le transfert du centre et présente ses nouveaux modèles dans les rapports mensuels[3]. Mais il n'est pas le seul chercheur. En avril 1917, il étudie un appareil inventé par un lieutenant. Et en décembre de cette année, il décrit dans son rapport une prothèse mise au point par le chef de l'atelier du bois du centre et qui donne satisfaction aux mutilés[4]. Afin de stimuler la recherche par les ouvriers du centre, le docteur Cousin souhaite, en mai 1918, instituer une prime exceptionnelle de 10 francs pour les inventeurs de nouveaux modèles qui ont été adoptés[5]. Une recherche foisonnante même si certaines découvertes sont critiquées par le docteur Cousin car les nouveaux modèles ne sont que rarement protégés par un brevet[6]. En effet, les nouveaux modèles sont généralement des améliorations par la suite validées par la commission d'orthopédie[7]. Le manque de protection des inventions inquiète le député Levasseur. Il craint que l'industrie privée obtienne des brevets sur les prothèses et interdise au Service de Santé de continuer à les produire[8]. Il propose que les inventeurs déposent des brevets mais ne fassent jamais payer le Service de Santé pour l'exploitation de leurs inventions tandis

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1917. Il démarre la production d'un amortisseur pour une prothèse destinée aux agriculteurs qui a été présentée à un congrès interallié. Cependant, on ne sait s'il s'agit d'un appareil de son invention ou non.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Il n'explique pas clairement le processus de recherche d'un nouvel appareil de prothèse, hormis pour les appareils provisoires dont il donne les qualités attendues : la solidité, l'interchangeabilité et un prix de fabrication modique.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917. C'est un système de poignet souple pour bras de parade et avant-bras de parade en bois.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de mai 1918. Nous ne savons pas si la prime a été instaurée.
[6] A.N. C 7690. Circulaire du 1er avril 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On transmet une liste de nouveaux appareils adoptés par la commission d'orthopédie. Parmi ceux-ci, un appareil du lieutenant Longuet, celui dont la fabrication est étudiée en avril 1917, qui a été breveté et dont la fabrication est réservée, pour le moment, aux centres d'appareillage. Ces derniers doivent en fixer les prix de revient qui vont être imposés aux fournisseurs.
[7] Les améliorations portées par le docteur Cousin et ses ouvriers à des modèles déjà existants sont nombreuses. On peut citer les appareils inventés par le docteur Boureau, ce dernier n'ayant pas déposé de brevet à cette fin.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

que l'industrie privée devrait payer. Une solution semble-t-il adoptée au centre de Joué-lès-Tours puisqu'en janvier 1919, le docteur Cousin et l'un de ses ouvriers déposent des brevets[1].

Cette recherche est aussi permise par la situation favorable du centre d'appareillage qui cohabite avec le centre de rééducation professionnelle ce qui permet de répondre aux besoins des mutilés et de les utiliser pour tester les inventions. Ces recherches sont aussi influencées par les orientations agricoles prises par le centre de rééducation professionnelle. Cela incite en effet à améliorer les prothèses permettant d'assurer les tâches agricoles, comme les modèles du docteur Boureau modifiés par le docteur Cousin et très utilisés par les mutilés[2]. Le centre de rééducation émet aussi des demandes de prothèse. Ainsi, en septembre 1917 le docteur Boureau demande « […] un modèle de ceinture de travail'' [*sic*] destinée aux désarticulés de l'épaule. »[3] Celui-ci lui est transmis pour correction après des expériences menées avec les mutilés. Les réparations jouent aussi un rôle dans cette recherche en montrant les améliorations quant à la durée de vie des prothèses et en révélant la supériorité de certains modèles. Dans son rapport de janvier 1918, il démontre celle des modèles en bois sur les modèles en cuir armé[4]. Pour compléter cette recherche, un laboratoire « […] d'Essais et de Recherches […] »[5] est créé au centre en janvier 1918. Il a pour mission d'analyser matières premières et matériaux afin de sélectionner les meilleurs et d'étudier la faisabilité de les fabriquer au centre[6].

3) La réinsertion professionnelle des invalides par le Service de Santé.

Avec le transfert du service de rééducation professionnelle de Bourges à Joué-lès-Tours, le Service de Santé de la 9^{e} région vient s'ajouter à l'action de l'État et des œuvres civiles dans ce domaine. Une organisation spécifique est alors mise en place visant tant à répondre aux besoins des invalides qu'aux souhaits de l'État. Cette rééducation professionnelle ne peut se faire sans les civils et y intervient un puissant acteur : la Croix-Rouge américaine.

---

[1] A.D.I&L. 9 M 33. L'ouvrier Herbreteau fait une demande le 22 janvier 1919 et le 28 janvier 1919 avec le docteur Cousin. Cependant dans celles-ci, il est dit qu'ils n'ont pas demandé la délivrance immédiate du brevet. Ils ont peut-être agi ainsi pour préserver les intérêts du centre et du Service de Santé.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9^{e} région militaire durant le mois d'avril 1917. Cependant, on peut penser que le docteur Cousin incite les mutilés à choisir ce modèle, ce qui en relativise le succès.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9^{e} région militaire durant le mois de septembre 1917.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9^{e} région militaire durant le mois de janvier 1918. Parmi les défauts de ces modèles, les ferrures qui s'oxydent, rouillent et cassent, et le cuir qui se détache de l'armature car les rivets le rongent.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du pharmacien aide-major de 1ère classe Schimpff sur le fonctionnement du Laboratoire d'Essais et de Recherche du Centre d'Appareillage de Joué-lès-Tours durant le mois de janvier 1918.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9^{e} région militaire durant le mois de décembre 1917. Avant l'ouverture du laboratoire, le docteur Cousin demande au pharmacien Schimpff de travailler sur l'ininflammabilité du celluloïd dans le but d'économiser le cuir.

a) Une rééducation principalement agricole.

La principale caractéristique de ce centre est son orientation agricole et ceci pour plusieurs raisons. Le retour du mutilé à son ancien travail est le but premier suivi par les centres de rééducation professionnelle afin de faciliter sa réintégration dans le monde économique et dans la société. Or, la proportion d'agriculteurs parmi les mutilés du centre de Joué-lès-Tours se situe entre 60 et 70 % des effectifs[1] ce qui conduit à développer principalement la section agricole[2]. Afin de leur assurer un meilleur train de vie, on peut compléter leur rééducation professionnelle par un autre métier comme le résume le directeur du Service de Santé de la 9e région :

> « Le principe qu'il convient de faire triompher est celui du retour à la terre, et le choix, parmi les professions manuelles, doit s'adresser de préférence à celles qui ont un rapport plus ou moins éloigné avec l'agriculture, aux professions que j'appellerais volontiers paraagricoles [*sic*], parce que des agriculteurs, dont le travail des champs est l'occupation principale, peuvent y consacrer, accessoirement, leurs moments de loisir et en tirer de petits profits qui contribuent à améliorer leur position matérielle. »[3]

Le but est d'éviter l'exode rural des agriculteurs mutilés en les poussant vers « […] des professions difficiles, sans avenir pratique […] »[4]. L'accès aux autres métiers manuels ne leur est pas interdit mais dans ce cas on souhaite qu'ils exercent ce métier dans les campagnes plus rémunératrices et où ils rendraient de grands services[5].

Pour procéder à cette rééducation agricole, l'hôpital complémentaire n°5 est peu à peu transformé en une ferme grâce à l'aide de la population civile et notamment de la Société d'Agriculture d'Indre-et-Loire. Le centre acquiert par des dons, des prêts ou des achats, du matériel agricole. Des terrains sont mis en culture au sein de l'hôpital où les mutilés cultivent pommes de terre, oignons, poireaux, haricots et betteraves. Le Service de Santé loue aussi des terrains permettant d'y cultiver des céréales ou bien passe des accords avec des propriétaires, fournissant des invalides pour la culture des terrains en échange d'une partie de la récolte[6]. À la fin de l'année 1917, la section agricole se dote d'élevages de lapins, de poules et de porcs[7] et, en décembre, d'une activité de greffe

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 28.

[2] *Ibidem, op. cit.* p. 28-30. À Bourges, cet atelier n'existait pas et la rééducation était orientée vers d'autres métiers manuels et industriels. Les effectifs d'agriculteurs varient selon les régions et leurs activités économiques, influençant la rééducation professionnelle. Ainsi, au centre de Lyon, le pourcentage d'agriculteurs est de 46 % en mai 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Lettre datée du 14 juin 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette lettre est jointe à la monographie.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 28-29. Le docteur Thomas met en avant d'autres facteurs comme le coût de la vie, moins élevé à la campagne qu'en ville, et les dangers de l'alcoolisme qui y sont moins grands.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 32.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

de vigne. La rééducation agricole ne s'arrête pas au seul volet pratique, du moins, est-ce la volonté du docteur Joseph Thomas. Il souhaite mettre en place une instruction théorique sur « […] les principes scientifiques indispensables à l'agriculture moderne […] »[1] qui consisteraient en conférences ou simples causeries[2]. De même, suite au développement du matériel mécanique dans l'agriculture, il souhaite développer l'enseignement de la conduite et de la réparation des engins agricoles. Si l'utilisation de machines permet de compenser la mutilation, le docteur Joseph Thomas met aussi en avant les salaires plus élevés que les mutilés pourraient percevoir[3]. Nous ne savons pas si les cours ont été institués mais le centre a employé des machines agricoles dans des proportions limitées par la pénurie d'essence et de chevaux[4].

Figure 25. Hôpital complémentaire n°5. Centre de rééducation des mutilés. Atelier agricole.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

Le centre n'abandonne pas les autres métiers manuels mais les docteurs Joseph Thomas puis Boureau opèrent une sélection parmi les ateliers transférés à Joué-Lès-Tours dans le but de ne garder que les plus fréquentés et ceux qui assurent un métier aux invalides. Les ateliers de vernissage au tampon, d'étain repoussé et d'ébénisterie sont supprimés car sans élève ; les ateliers préparant aux métiers liés à la fabrication de tapis d'orient sont fermés[5]. Après cette première purge, le centre conserve vingt-deux ateliers[6] dont la section agricole. D'autres sont créés par la suite comme l'atelier

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 35.
[2] *Ibidem, op. cit.* p. 35-36. Celles-ci traiteraient de questions d'aviculture, de viticulture, de chimie agricole, de zootechnie, de parasitologie végétale, de technologie agricole, etc.
[3] *Ibid, op. cit.* p. 36.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 13. Ces derniers subsistent au centre de Kouba près d'Alger.
[6] Les ateliers sont : agriculture, anglais, bourrellerie, cannage de chaises, cardage de matelas et tapisserie, coiffure, comptabilité, cordonnerie, dactylographie, électricité, horlogerie, instruction générale, lithographie, menuiserie, photographie, reliure, saboterie, savonnerie, serrurerie, tailleur, typographie et imprimerie, et vannerie.

de ferblanterie étamage en septembre 1917 et l'atelier de fabrication de filets de camouflage en avril 1918[1]. Le matériel pour les ateliers est acheté par le Service de Santé, il est aussi prêté ou donné par des particuliers ou des entreprises françaises, principalement situées à Paris, mais aussi locales comme l'imprimerie Mame qui offre une rotative en juin 1917[2]. Les mutilés du centre bénéficient aussi d'un atelier d'instruction générale leur apprenant à lire et à écrire mais aussi à réécrire suite à la perte d'une main. Ils peuvent aussi suivre des cours de comptabilité, droit commercial, dactylographie et anglais ce qui leur permet de préparer des concours de la fonction publique ou de rechercher un emploi autre que manuel.

b) Une réinsertion professionnelle difficile à quantifier.

Pour que la rééducation professionnelle proposée par le centre soit un succès, il ne suffit pas de multiplier les formations et de les doter de moniteurs compétents[3], il faut que les mutilés les suivent et qu'ils y trouvent un intérêt. En effet, la rééducation professionnelle n'est pas obligatoire et le mutilé peut en bénéficier à n'importe quel moment de son séjour à l'hôpital complémentaire n°5. Beaucoup de mutilés sont alors oisifs en attendant leur prothèse ou leur réforme, il faut alors les convaincre de suivre une formation. La solution adoptée par le Service de Santé et mise en place à Joué-lès-Tours est la rémunération du mutilé qui « […] lui apporte la preuve tangible qu'il ne perd pas son temps et apprend ou réapprend un métier qui lui permettra de gagner sa vie. »[4] Cette rémunération est instaurée en août 1916 et est versée en deux fois au mutilé, l'une directement à la fin de la tâche exécutée et l'autre au moment de son départ du centre[5]. Si l'intéressement du mutilé au travail exécuté dans les ateliers augmente le nombre d'élèves, tous ne cherchent pas à bénéficier de cette rééducation au centre, parfois pour des motifs légitimes[6]. Le docteur Boureau doit alors faire de la propagande en faveur des ateliers de son centre[7]. Enfin, ces mutilés sont libres de faire leur rééducation dans d'autres

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918. Ce dernier répond à un besoin ponctuel, il permet aux blessés qui ne peuvent quitter leur lit mais pouvant utiliser leurs mains de travailler un peu.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de juin 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Thomas sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de mai 1917. Tout comme le docteur Cousin, le docteur Thomas se plaint du départ de son personnel compétent et du fait qu'il soit soumis aux gardes et aux corvées.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°178 Ci/7 du 1er août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La somme de cette rémunération correspond à la valeur de son travail moins la valeur des matières premières et 10 % de frais généraux.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917. Pour expliquer la baisse du nombre de journées passées dans les ateliers de rééducation durant ce mois, le docteur Boureau évoque les permissions, les séances d'appareillage, la physiothérapie et le chômage dû à l'absence de commandes.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de juin 1918.

centres du Service de Santé ou dans des centres civils. Ils peuvent aussi être placés en apprentissage dans un atelier ou chez un patron et retourner directement à leur ancien métier.

Le mutilé en rééducation professionnelle au centre est donc assimilé à un travailleur, les ateliers devant, pour permettre la rééducation, donner du travail et donc fonctionner comme une entreprise[1]. Le centre développe alors son portefeuille de clients qui comprend des particuliers, des ateliers et entreprises privées, l'armée et ses services dont le Service de Santé et des hôpitaux. L'hôpital complémentaire n°5 et le centre d'appareillage font appel aux ateliers du centre de rééducation pour des réparations, des travaux électriques, des impressions de documents ou la création de pièces pour les prothèses[2]. Le centre fabrique ou répare matelas, traversins et chaussures pour les hôpitaux. L'atelier de bourrellerie travaille pour des entreprises d'équipements militaires tandis que la vannerie réalise des paniers pour des vignerons de Saumur[3]. Les recettes réalisées par la section agricole diffèrent quelque peu dans leur origine. Les produits agricoles sont vendus mais on compte aussi les journées de travail faites seul ou en équipe, chez des propriétaires ou des vignerons à proximité du centre[4]. Ne produisant pas de biens ou de services, les ateliers d'instruction générale, de comptabilité et d'anglais n'intègrent pas ces calculs.

La réussite commerciale des ateliers de rééducation traduit le bon niveau des formations qui y sont dispensées mais risque de biaiser la réinsertion professionnelle des mutilés. L'activité commerciale du centre est une réussite, le chiffre d'affaire augmente de janvier 1917, il est de 42,50 francs, à juin 1918, il atteint 15 600,46 francs[5]. Cependant les résultats varient énormément selon les ateliers. Ainsi en 1917, la sténo-dactylo réalise un chiffre d'affaire de 68,50 francs, dont 39,15 francs reviennent aux élèves. Celui de savonnerie réalise un chiffre d'affaire de 22 182,40 francs dont 3 395,22 francs reviennent aux élèves[6]. Cet écart inquiète le député Levasseur car certains élèves d'ateliers à l'important chiffre d'affaire risquent de toucher des salaires sans rapport avec ceux du privé et parfois dans des domaines à faible employabilité. Ce décalage risque de mettre à mal la

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Dans son rapport, le député Levasseur fait cette assimilation, ce qui explique pourquoi il étudie le centre de rééducation comme une affaire commerciale.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin aide-major de 1ère classe Cousin sur le fonctionnement du centre d'appareillage de la 9e région militaire durant le mois de février 1917. Des pourparlers entre les deux centres sont sur le point d'aboutir.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Thomas (médecin major de 2e classe) et Cousin (médecin aide-major de 1ère classe), *Centre d'Appareillage…, op. cit.* p. 19-24.
[4] Les salaires sont directement versés à ces mutilés par ceux qui les emploient mais sont comptabilisés comme une recette pour la section agricole.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Il fait son étude de janvier 1917 à juin 1918. L'activité connaît une baisse de janvier à mars 1918 probablement due à l'arrêt de l'activité de la section agricole suite à l'hiver.
[6] *Ibidem.* Cependant, nous ne savons pas combien d'élèves sont passés par ces deux ateliers.

réinsertion du mutilé et pour l'éviter, il demande des mesures au Service de Santé et préconise le salaire journalier ou horaire pour les ateliers[1].

Les résultats quant à la réinsertion professionnelle des mutilés qui ont suivi les cours des différents ateliers sont difficilement quantifiables. Pour que les mutilés du centre puissent trouver un travail, un bureau de placement est créé au centre en août 1917[2]. Les entreprises y proposent du travail pour les mutilés qui peuvent également passer des annonces dans les journaux. Ce moyen permet de placer vingt-six mutilés d'août à septembre 1917. Cependant, le résultat de cette réinsertion ne répond pas aux attentes fixées et le député Levasseur juge « […] relativement faible […] »[3] le nombre de mutilés placés dans une entreprise directement par le centre. En cause selon lui, le fait que les mutilés rééduqués soient moins aptes que des ouvriers à travailler dans les usines. Il est alors plus simple pour eux de s'installer à la campagne. Ainsi, sur quarante-six élèves passés par l'atelier de bourrellerie seulement deux ont été placés tandis que la majorité des autres élèves « […] se sont établis ou sont sur le point de s'établir à la campagne […] »[4]. Sur les dix-huit élèves de la savonnerie, six ont été placés et un a ouvert une petite savonnerie à Parthenay. Les résultats pourraient être meilleurs si les ateliers étaient suffisamment équipés. Ainsi en typographie et imprimerie, le responsable de l'atelier se plaint de la vétusté du matériel qui ne permet pas d'apprendre les dernières techniques indispensables dans ces métiers. Les critiques les plus dures frappent la formation la plus dispensée, la section agricole :

« Résultats très médiocres, aucun procédé de culture moderne n'étant mis en œuvre. »[5]

Critiquant l'absence d'études de procédés modernes de culture, le député Levasseur semble se focaliser uniquement sur les ouvriers agricoles et non sur les propriétaires. Enfin, concernant les autres ateliers que sont l'instruction générale, l'anglais et la comptabilité, ils ont aussi des résultats divers. Certains élèves ont pu obtenir « […] de bons emplois […] » notamment chez ceux de l'atelier de comptabilité. Le cours d'anglais n'a pas donné de résultats probants et l'instruction générale a permis à des mutilés à apprendre à lire et écrire ou réécrire.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de septembre 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[4] *Ibidem*. Il fait une remarque similaire pour les élèves de l'atelier de saboterie permettant aux mutilés de bien gagner leur vie.

[5] *Ibid*, pour cette citation et la suivante. Cependant, ne sachant pas ce que sont devenus les mutilés ayant quitté le centre, il est difficile de confirmer ou d'infirmer les conclusions de ce rapport.

c) La Croix-Rouge américaine entre en action.

Les œuvres françaises ne sont pas les seules à se charger de la rééducation professionnelle des invalides, les œuvres étrangères, à l'image de la Croix-Rouge américaine, s'impliquent aussi dans cette mission. Le 30 juillet 1915, le S.S.E.S.S.M. annonce l'arrivée en France d'une délégation du *Committee for men blinded in battle*[1] dont la mission est d'apporter du réconfort moral et une rééducation pour les militaires devenus aveugles ou ayant perdu l'usage d'un œil[2]. La Croix-Rouge américaine s'implique beaucoup dans la rééducation des invalides. Elle participe à la propagande en faveur de la rééducation professionnelle des invalides par le biais de conférences, de projections de films, d'affiches et de prospectus[3]. Elle fait aussi des dons de matériel, de prothèse et d'argent pour les centres de rééducation en cherchant à développer de nouvelles méthodes d'apprentissage et de nouvelles formations[4]. Elle intervient aussi dans le domaine de la reconstruction faciale des « gueules cassées » en proposant des masques aux services de chirurgie maxillo-faciale. Cette intervention a un double intérêt : tout d'abord l'amélioration de cette rééducation et ensuite l'apprentissage de méthodes applicables aux États-Unis car on anticipe la rééducation des futurs invalides américains[5].

L'autre action de la Croix-Rouge américaine dans ce domaine est la création d'un centre de rééducation agricole pour initier les invalides à l'agriculture moderne et intensive[6], ce qu'a souhaité faire le centre de Joué-lès-Tours. À cette fin, elle loue une ferme au Courbat (commune du Liège en Indre-et-Loire) possédant 500 acres de terre (environ 200 hectares) afin d'y instruire 100 à 125 invalides français et serbes. Le choix de cette ferme tient à la présence du centre régional de physiothérapie de Tours et du centre d'appareillage de Joué-lès-Tours, chargés de surveiller médicalement les invalides de la ferme et de faire de la publicité pour celle-ci[7]. En outre, les bâtiments sont modernes et les terres se prêtent à l'emploi de machines agricoles, notamment grâce à « […] un immense champ non divisé par des haies […] »[8]. Ceci s'accompagne de l'emploi de machines agricoles achetées en France et de l'apprentissage de leur entretien. Une laiterie, dont le matériel vient

[1] Association américaine de secours au profit des soldats aveugles.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°27 161 C/7 du 30 juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Pour des raisons diplomatiques, on ordonne de faire bon accueil à cette délégation. On espère ainsi accroître la sympathie des États-Unis pour la France.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 3046. Rapport sur l'assistance de la Croix-Rouge américaine en France en ce qui concerne la rééducation par Miss Grace S. Harper, chef de bureau pour la rééducation des mutilés de la Croix-Rouge américaine. Le rapport n'est pas daté mais il a probablement été rédigé en 1918.
[4] *Ibidem*. 100 000 francs ont été donnés à l'Institut national des invalides de la guerre de Saint-Maurice pour la création d'un atelier d'électricité.
[5] *Ibid.* Un rapport sur la rééducation professionnelle en France doit être publié en France et aux États-Unis.
[6] *Ibid*.
[7] *Ibid.* Un médecin militaire est chargé de faire des visites à la ferme et une infirmerie y est installée. Le recrutement d'invalides n'est pas restreint à la 9e région militaire.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton 3046. Rapport sur l'assistance de la Croix-Rouge américaine en France en ce qui concerne la rééducation par Miss Grace S. Harper, chef de bureau pour la rééducation des mutilés de la Croix-Rouge américaine. Le rapport n'est pas daté mais il a probablement été rédigé en 1918.

des États-Unis, est construite pour apprendre la fabrication industrielle de beurre et de fromage. À cela s'ajoute l'élevage, l'horticulture, le jardinage et des ateliers connexes comme la menuiserie, la réparation de harnais, la cordonnerie et la vannerie[1]. Le personnel, lui, est français sauf pour la direction de l'établissement dont le directeur et son adjoint sont américains[2]. Le chef du service de rééducation est le lieutenant Kessler qui a créé et dirigé le centre de rééducation agricole pour les mutilés de Sainte-Anne-d'Auray dans le Morbihan.

La Croix-Rouge américaine double les importants moyens mis en place pour l'installation du centre par une approche psychologique de la rééducation de l'invalide :

> « Il est reconnu que la réussite d'une entreprise de ce genre ne dépend pas seulement des meilleures conditions prévues, mais aussi de facteurs psychologiques parmi lesquels le bien-être, le confort du mutilé et sa responsabilité matérielle envers sa famille sont les plus importants. »[3]

Cette approche reprend les moyens d'action mis en place par le Service de Santé et l'État à différents niveaux. Afin de favoriser cette rééducation, l'invalide reçoit un salaire journalier s'élevant à 1,75 francs et augmentant avec le suivi de l'ensemble des cours. La Croix-Rouge américaine va cependant plus loin. Pour que l'invalide ne s'inquiète pas pour sa famille, un service social est mis en place pour visiter les familles nécessiteuses. En outre, tout est fait à la ferme pour le bien-être de l'invalide. Des jeux, des soirées et la création d'un journal sont prévus comme dans d'autres formations sanitaires. Une différence cependant une « […] personne expérimentée dans la sociologie […] »[4] doit « […] prendre contact avec les hommes et comprendre leurs pensées, s'ingénier à les distraire, s'intéresser à leurs familles et les seconder dans leurs correspondances. » Après cet apprentissage, les invalides sont aidés par la Croix-Rouge pour leur retour chez eux, notamment en les aidant à acquérir du matériel. La ferme doit accueillir ses premiers invalides en mai 1918, il est prévu qu'elle fonctionne jusqu'à dix-huit mois après la fin de la guerre.

La montée en puissance de l'organisation du Service de Santé avec la création des centres de spécialités et des services spécialisés n'écarte pas le système de soins civil de son homologue militaire. De même, elle ne conduit pas à une domination du premier par le second. Les collaborations entre les deux systèmes varient alors, non pas en fonction de considérations purement médicales mais

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 3046. Rapport sur l'assistance de la Croix-Rouge américaine en France en ce qui concerne la rééducation par Miss Grace S. Harper, chef de bureau pour la rééducation des mutilés de la Croix-Rouge américaine. Le rapport n'est pas daté mais il a probablement été rédigé en 1918. Lorsque l'auteure a écrit le rapport, cent acres de terre ont été ensemencées de blé, quinze acres de pommes de terre et un grand jardin servant à nourrir la ferme a été mis en culture. Concernant l'élevage, il se compose alors de 228 moutons et de douze chevaux, plus deux chiens de berger. On prévoit l'achat de trente vaches laitières, dix porcs, cent poulets et vingt-cinq lapins.

[2] *Ibidem*. Des mutilés français déjà rééduqués et des prisonniers allemands sont employés pour les premiers travaux agricoles en attendant les premiers invalides à former.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid*. Pour cette citation et la suivante. Cependant, nous ne savons pas si celle-ci a été embauchée.

le plus souvent pour des raisons qui mettent à mal l'« Union Sacrée ». La lutte contre les maladies épidémiques, où l'intérêt d'une bonne collaboration entre civils et militaires est compris, rencontre peu de tensions. Il en est autrement de la lutte contre les maladies vénériennes. Socialement plus sensible, mettant à jour les carences scientifiques d'une partie des médecins civils français qui cherchent à protéger leur position, elle ne rencontre que des succès limités. Le cas des invalides montre une autre forme de collaboration, moralement plus acceptable pour la population qui se charge de ses « glorieux » soldats. Ces collaborations montrent également que le Service de Santé ne peut s'imposer aux autorités civiles. La bonne santé des troupes et les soins des soldats, indispensables pour la poursuite de la guerre, ne peuvent être invoqués pour imposer un système de soins jugé indispensable par les médecins militaires. Le docteur Gougerot, spécialiste reconnu, ne peut mettre en avant ses titres scientifiques ni son grade pour obliger les autorités civiles à lutter contre les maladies vénériennes selon ses conceptions. La négociation est de mise avec des mairies qui sont au fait de leurs droits.

Conclusion deuxième partie

La réorganisation menée suite à l'échec de l'entrée en guerre conduit à la création d'une organisation médicale performante basée sur les centres et services spécialisés dirigés par des spécialistes civils mobilisés. Le Service de Santé leur délègue l'organisation et la direction de ces centres et services dans le but d'obtenir la récupération pour le front du plus grand nombre de soldats évacués et une meilleure surveillance des soldats en cantonnement dans la région. Pour accomplir ces missions, ces médecins contrôlent les soins et le personnel relevant de leur spécialité et mènent des recherches pour améliorer les traitements et les diagnostics. La « civilianisation » du Service de Santé symbolisée par la direction de Justin Godart est renforcée par cette organisation. Quant à la place de la 9^{e} région dans le plan d'hospitalisation général du Service de Santé, elle évolue avec la montée en puissance du Service de Santé de l'avant et la prise en charge de plus en plus précoce des soldats. La baisse des évacuations conduit à faire de cette organisation une place secondaire des soins des soldats du front, surtout pour les soins chirurgicaux dans lesquels les chirurgiens tendent à ne faire qu'un suivi post-opératoire des soins faits au front. L'organisation médicale est touchée différemment selon les spécialités mais elle tend peu à peu à s'adresser aux soldats de la région ou provenant d'évacuations secondaires. Autre trait frappant de cette organisation, l'importance de la place des civils dans son fonctionnement accentuant la « civilianisation » des soins des soldats. Le Service de Santé et les civils collaborent bien avant la guerre pour lutter contre les maladies contagieuses. Cette collaboration est renforcée par le conflit et devient indispensable pour la réalisation de certaines missions des centres et services spécialisés. Cependant, cette organisation médicale performante ne peut fonctionner sans une organisation structurelle adaptée à ses besoins et à ceux de l'organisation générale du Service de Santé.

Troisième partie : Un système hospitalier évoluant « au jour le jour ».

Introduction de la troisième partie

L'entrée en guerre a rapidement révélé l'insuffisance des capacités hospitalières de la 9e région, aggravée certes par l'invasion du territoire entraînant la perte de lits et de formations sanitaires qu'il a fallu compenser dans tout le pays. Sur ce point, le Service de Santé a très rapidement pris la mesure de la situation. Aidé des sociétés de la Croix-Rouge et de la population, il a mis en place une organisation structurelle répondant aux besoins de l'année 1914. À partir du début de l'année 1915, toute la difficulté pour le Service de Santé de la 9e région est de posséder une organisation structurelle correspondant aux besoins du Service de Santé en général et à ceux des services médicaux de la région. Dans le même temps, il doit résoudre les problèmes révélés depuis le début du conflit afin d'obtenir un rendement maximum du système hospitalier. Afin de retracer l'évolution de cette organisation structurelle, il convient d'analyser ses différents aspects. Tout d'abord, nous étudierons la vie hospitalière de ce système et l'adaptation du Service de Santé aux différents types d'hospitalisés. Puis, nous étudierons la gestion du personnel hospitalier, une question sensible car elle fait intervenir différents intérêts parfois contradictoires. Ensuite, nous analyserons le coût et le financement de ce système hospitalier dans un contexte propice à l'inflation. Pour finir, il convient de montrer l'évolution de ce système qui se fait en fonction des besoins de la région, des situations militaires et médicales et d'autres acteurs de l'hospitalisation des soldats.

Chapitre 7 : La vie hospitalière dans la 9e région.

L'allongement du conflit, l'évolution des procédures thérapeutiques, la volonté de récupération des soldats et ce, le plus rapidement possible, modifient la gestion des hospitalisés. Ces évolutions se font sur les bases de ce qui a été fait lors de l'entrée en guerre et certains aspects de cette hospitalisation du début de la guerre se poursuivent durant tout le conflit. Ainsi, les dons d'argent, de matériel, de nourriture, etc. ne sont pas modifiés par la nouvelle approche des soins des soldats mise en place à la suite de la création des centres et services spécialisés[1]. L'amélioration des conditions de vie des hospitalisés n'est pas uniquement une volonté du Service de Santé. Comme il a été montré[2], la population veille à leur qualité tout comme les autorités civiles. De même, les formations sanitaires et leur personnel cherchent à rendre le séjour des soldats le plus agréable possible.

Dans un contexte d'amélioration des soins en vue d'améliorer la récupération, résultant de la création d'une organisation médicale performante, y a-t-il des répercussions sur la vie hospitalière ? Plus précisément, il convient de montrer les objectifs de ces évolutions relatives aux différents temps de cette vie hospitalière du soldat, que ce soit durant son séjour ou bien lors de sa mort. Ces évolutions concernent toutes les populations militaires prises en charge par le Service de Santé de la 9e région.

A) Améliorer les procédures médico-légales pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier.

L'amélioration de la gestion des soldats hospitalisés doit impliquer celle des procédures administratives pour obtenir un rendement maximum dans la récupération des soldats ou dans « l'élimination » de ceux ne pouvant plus se battre. Ces procédures médico-légales, parfois critiquées par certains médecins-chefs de centre de spécialité, notamment lorsque leur autorité scientifique n'est pas respectée, demeurent pendant un temps encore complexes pour le personnel administratif et médical des formations sanitaires. Le risque pour le système hospitalier de la 9e région est alors l'engorgement par des hommes guéris ou inaptes pour l'armée. Contre cet engorgement, le personnel médical peut utiliser des sorties provisoires comme les congés de convalescence et les permissions. Ces procédures réglementées connaissent des évolutions marquées par une volonté de simplification et de renforcement des contrôles.

[1] Les dons sont traités dans le chapitre 9 dans l'optique du financement des formations sanitaires.
[2] Voir le chapitre 2 à la p. 125 du volume 1.

1) Éviter l'engorgement en accélérant les sorties définitives.

L'amélioration des soins des soldats doit s'accompagner de l'accélération des procédures médico-légales afin de ne pas ralentir la récupération des hospitalisés par l'encombrement des formations sanitaires parfois décrié par les chefs de centre. Le Service de Santé doit pouvoir écarter rapidement ceux dont l'armée n'a plus besoin et uniquement ceux-là. En outre, cette notion de rapidité de récupération doit aussi conduire à mettre fin aux hospitalisations abusives qui ne concernent pas uniquement des soldats guéris.

a) Accélérer les procédures de réforme et de retraite.

Les difficultés rencontrées dès l'année 1914 par le personnel administratif et médical concernant les procédures médico-légales, dont celles de la réforme ou de la retraite, ne sont pas encore réglées au début de l'année 1915 et ne le seront jamais réellement. Et ceci malgré les explications du Service de Santé, qui sur la question des gratifications de réforme ou de pension de retraite, émet six circulaires entre le 28 décembre 1914 et le 10 septembre 1915. Cette dernière rappelle d'ailleurs aux médecins de se conformer aux directives émises par ces circulaires, les incite à rédiger correctement et précisément les pièces nécessaires à ces dossiers et indique la procédure à suivre[1]. Des erreurs récurrentes s'ajoutent à celles concernant l'envoi des dossiers[2] ainsi qu'un délai dont se plaignent régulièrement les chefs de centre[3]. À cela s'ajoute une méconnaissance de l'instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire, dénoncée par le Service de Santé[4] et par les spécialistes comme le chirurgien Robineau.

Afin d'éviter l'attribution de réformes et retraites indues et le renvoi de l'armée de soldats encore utilisables, des structures de contrôle et de conseil sont mises en place. En mars 1916, une commission régionale d'expertises médico-légales est créée dans chaque région afin de préparer et de contrôler les procédures pour les réformes n°1 et les pensions[5]. Suite aux bons résultats obtenus, elle

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°33 135 C/7 du 10 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On demande plus particulièrement de préciser si la blessure est due à la guerre et de détailler les lésions anatomiques, les troubles fonctionnels et l'impotence qui en résulte ainsi que les rapports entre cette impotence et l'origine de la blessure. Le but est de vérifier si la guerre est bien à l'origine de cette impotence avec des preuves pouvant confirmer ce lien ou bien le réfuter. Des modèles de demande de documents sont par ailleurs transmis avec la circulaire.

[2] A.D.M&L. 101 J 259. Lettre datée du 2 octobre 1918 du médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers au commandant du dépôt du 4e régiment de zouaves de Rosny-sous-Bois. Le dossier d'un soldat amputé a été envoyé par erreur à ce dépôt au lieu de l'être sur l'hôpital auxiliaire n°5 de Brest. Ce dossier a été envoyé sur l'hôpital de Brest par un autre corps de troupe qui l'a récupéré.

[3] Pour ce point, voir le chapitre 6 p. 360.

[4] A.N. C 7689. Circulaire n°18 755 C/7 du 28 mai 1915 du directeur de la 7e Direction. Outre l'instruction du 22 octobre 1905, par la suite mise à jour en faisant appel au personnel médical, notamment aux spécialistes, les médecins doivent se baser sur une décision du 25 juillet 1887, des instructions du 25 juillet 1887 et du 23 mars 1897, sur le décret du 25 février 1906 modifié le 24 mars 1915 concernant les gratifications de réforme et sur l'instruction du 10 avril 1915.

[5] A.D.M&L. 101 J 259. Circulaire n°39 Ci/7 du 15 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette commission comprend un médecin et un chirurgien, l'un est médecin major de 1ère classe du cadre actif et l'autre un médecin du cadre complémentaire qui doit être, autant que possible, un expert en accidents du travail. La commission

est supprimée en janvier 1917[1] mais la lenteur de la constitution des dossiers mène à la création d'un médecin consultant médico-légal attaché à chaque direction régionale le 1er avril 1917[2]. Un poste occupé par le médecin major de 1ère classe Julia dans la 9e région, conseiller médico-légal auprès des formations sanitaires et qui fait diffuser en 1917 une *Instruction pour la constitution des dossiers médico-légaux* qui détaille les procédures[3].

L'amélioration des procédures concernant les réformes se traduit aussi par l'évolution du rôle des hôpitaux-dépôts de convalescents chargés du règlement de la vie administrative des hospitalisés et donc des propositions de réforme, retraite, congés de convalescence ou permissions[4]. Commençant à fonctionner au début de l'année 1915, ces structures sont rapidement débordées[5], ralentissant ainsi le règlement des situations administratives et donc l'évacuation sur ces structures de soldats, encombrant ainsi d'autres formations[6].

possède un troisième membre qui est un suppléant et elle assure la liaison entre les experts des commissions spéciales de réforme et la commission consultative médicale au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire. Le but est aussi d'harmoniser les pratiques.

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 31 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les membres de ces commissions sont reversés dans les centres spéciaux de réforme.

[2] A.N. C 7690. Circulaire du 1er avril 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[3] A.D.M&L. 101 J 259. « Instruction pour la constitution des dossiers médico-légaux » datée de 1917 de la direction du Service de Santé aux Armées de la 9e région. À la fin du document, il est rappelé le rôle de consultant médico-légal du docteur Julia.

[4] Ces deux derniers points sont traités dans le 2) de cette partie, p. 391.

[5] A.N. C 7689. Circulaire n°18 421 C/7 du 25 mai 1915 du directeur de la 7e Direction. Parmi les causes de cet encombrement, on note un manque de personnel qualifié, un retard dans l'envoi des documents, des informations inexactes dans ces documents, une fréquence insuffisante des commissions chargées de statuer et l'envoi de soldats insuffisamment guéris.

[6] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Télégramme daté du 9 février 1915 du médecin-chef de l'hôpital-dépôt de convalescents de Saumur au médecin-chef de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée. Il signale qu'il est impossible de recevoir de nouveaux soldats. Les médecins-chefs de centre dénoncent régulièrement l'encombrement de leurs services par ces soldats qui ne nécessitent aucun soin.

Figure 26. Centre spécial de réforme de Tours anciennement hôpital-dépôt de convalescents n°49.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 datée du 8 octobre 1916 par le médecin principal de 2e classe Speckmann. Date et auteur inconnus.

L'une des solutions apportées par le Service de Santé en mars 1916 est l'évacuation des hommes sur l'hôpital-dépôt de convalescents le plus proche de leur lieu de résidence[1]. En attendant la constitution de leur dossier de réforme ou de retraite, ils sont envoyés en congé de convalescence durant un mois dans leur famille ; la proximité du centre facilite alors leur contrôle. L'autre solution est d'accroître la fréquence des commissions comme à Châteauroux où celle statuant sur le passage au service auxiliaire, la réforme n°2 ou la réforme temporaire n°1 a lieu tous les quinze jours avant de se tenir régulièrement tous les lundis après-midi[2]. L'augmentation des fréquences de travail de ces commissions est aussi nécessitée par celle des contrôles des soldats écartés car exemptés, réformés[3]

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°32 Ci/7 du 4 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital-dépôt de convalescents n°41 par le médecin-chef de la formation et datée du 19 novembre 1916. Cependant, concernant les militaires proposés pour la retraite, la réforme n°1 ou temporaire avec gratification, la commission se réunit tous les huit jours puis tous les quinze jours. La commission de réforme de Tours se réunit quant à elle, deux fois par semaine, le mardi et le vendredi. La fréquence des réunions dépend évidemment de l'afflux des soldats.

[3] A.N. C 7690. Circulaire du 15 mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le 20 février 1917, les commissions spéciales de réforme sont chargées de visiter ces soldats, aidés de trois médecins experts dont un spécialiste en ophtalmologie et en O.R.L. En outre, l'équipage radiologique de la région assiste la commission.

ou titulaires de gratifications renouvelables[1]. Les hôpitaux-dépôts de convalescents sont supprimés le 20 août 1916 et remplacés par les centres spéciaux de réforme[2]. Ils prennent place dans les anciens hôpitaux-dépôts de convalescents pour ceux qui ont été conservés[3] et sont destinés aux mêmes types d'hospitalisés hormis les permissionnaires de sept jours[4]. Cette modification ne change pas le rôle des commissions de réforme mais accroît le rôle des centres spéciaux de réforme. Le médecin principal de 2e classe Speckmann évoque une augmentation du nombre d'entrants à celui de Tours, anciennement hôpital-dépôt de convalescents n°49, passant de 694 entrées en août à 810 en septembre 1916[5].

Les procédures de réforme et de retraite sont enfin modifiées par la démobilisation de l'organisation médicale du temps de guerre conduisant le Service de Santé à assurer la transition vers le système du temps de paix. Cette transition est compliquée par la démobilisation du personnel spécialisé comme les médecins consultants médico-légaux qui sont supprimés le 11 janvier 1919, le Service de Santé estimant les services suffisamment formés pour répondre aux besoins[6]. Cette vision est quelque peu optimiste car dans le même temps ces services risquent aussi d'être touchés par la démobilisation de leur personnel alors que l'on demande d'accélérer le règlement des situations médico-légales des soldats en cours de démobilisation[7]. Ceci conduit à réorganiser les procédures de réforme n°1 et de retraite, qui se font toujours dans le cadre des centres spéciaux de réforme[8]. Elles sont faites par des médecins du cadre actif, de complément ou des civils compétents dans ce domaine et parfois anciens ou actuels experts auprès de ces centres[9] sous la surveillance du directeur régional. Les commissions de réforme n°2, elles, sont réorganisées le 21 mars 1919 afin de reprendre progressivement un fonctionnement d'avant-guerre. L'adoption de la loi du 31 mars 1919 modifie de nouveau cette organisation, les centres spéciaux de réforme devant expertiser les dossiers des anciens militaires adressés par le directeur régional dans le cadre de l'article 5 de la loi[10]. Une procédure

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°537 Ci/7 du 20 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette circulaire modifie le contrôle annuel ou bisannuel de ces hommes ayant une gratification.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°199 Ci/7 du 20 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] *Ibidem*. Soit ceux chargés de « […] liquider l'instruction des propositions de pension et de réforme n°1 [...] ».
[4] Les militaires susceptibles d'être proposés pour une pension, une réforme n°1, n°2 ou temporaire, pour le service auxiliaire ou un changement d'arme, ou les blessés dont l'état laisse subsister un doute sur leur destination doivent être envoyés sur le centre spécial de réforme. Les soldats susceptibles de bénéficier d'un congé de convalescence ne sont pas forcément envoyés sur cette formation.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 par le médecin principal de 2e classe Speckmann et datée du 8 octobre 1916.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°810 Ci/7 du 11 janvier 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] *Ibidem.*
[8] L'hôpital-dépôt de convalescents n°49 à Tours, devenu un centre spécial de réforme, ne ferme ses portes que le 27 mai 1919.
[9] A.N. C 7690. Circulaire n°812 Ci/7 du 28 janvier 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[10] A.N. C 7690. Circulaire n°826 Ci/7 du 11 avril 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

simplifiée par le décret du 1er août 1919 afin d'accélérer le règlement des situations[1] à une période où le Service de Santé de la 9e région a quasiment achevé son retour au système hospitalier d'avant-guerre.

b) Lutter contre les hospitalisations abusives.

La lutte contre les hospitalisations abusives initiée au début de la guerre se poursuit dans un contexte différent suite à l'éclosion des centres et services spécialisés. En effet, leur création est en partie due à cette lutte, améliorant les soins des hospitalisés et renforçant leur contrôle pour en récupérer rapidement le plus grand nombre. L'année 1915 demeure là aussi une année où le Service de Santé fonctionne par tâtonnement pour parvenir à trouver la solution, en attendant la montée en puissance de l'organisation des centres spécialisés. Au début de l'année 1915, des situations inconcevables pour le Service de Santé existent encore, comme ces hommes complètement guéris depuis six semaines à l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée et qui attendent leur départ en permission[2]. La 7e Direction focalise son attention sur les soldats hospitalisés depuis plus de trois mois dont l'état nominatif doit lui être transmis régulièrement selon le règlement du temps de paix. Cette procédure est parfois contournée en évacuant ces soldats sur une autre formation quelques jours avant le terme afin d'éviter l'envoi de l'état[3]. Cette attitude peut trouver son explication dans la crainte pour ces formations d'être critiquées sur un possible échec des soins donnés aux soldats. Le directeur régional rappelle alors aux formations sanitaires le rôle du directeur adjoint et du médecin général de la Marine Hyades qui ont autorité à prononcer les sorties de ces soldats[4]. Ces rappels réguliers en 1915[5] ne sont pas toujours clairement compris. Le 17 septembre 1915, le directeur régional doit alors expliquer le but de ces états sur ces blessés : repérer ceux ne recevant aucun soin et qui pourraient être dirigés sur les centres de spécialités ou les hôpitaux-dépôts de convalescents pour les soigner ou régler leur situation médico-légale[6]. Ces rappels peuvent mener à d'autres abus, notamment les sorties prématurées par crainte de devoir signaler un soldat hospitalisé depuis plus de trois mois[7]. Cette organisation évolue quelque peu. Au début de l'année 1916, les médecins inspecteurs en mission

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret modifiant l'ordonnance du 2 juillet 1831, concernant la simplification de la procédure et des expertises pour l'instruction des dossiers de pensions, suivi d'une instruction pour l'application dudit décret ». *Journal Officiel de la République Française,* 1919, n°209, 4 août 1919, p. 8122-8123.
[2] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Lettre datée du 21 février 1915 de l'économe de l'hospice de Beaufort-en-Vallée au médecin-chef de la place de Saumur.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°11 069 C/7 du 30 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.
[4] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Dépêche n°2 790H du 10 avril 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°35 079 C/7 du 22 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Concernant les hospitalisés depuis trois mois, on ordonne d'indiquer la date d'entrée dans la première formation sanitaire de l'intérieur.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°7 740H du 17 septembre 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire
[7] A.N. C 7690. Circulaire 2 305 3/7 du 3 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

permanente sont supprimés, renforçant le rôle du directeur adjoint[1]. Durant cette année, le Service de Santé s'intéresse aux soldats hospitalisés depuis plus d'un an, dans le même but que précédemment[2].

Ces contrôles sur l'hospitalisation abusive des soldats sont renforcés avec l'adoption de la loi Dalbiez du 17 août 1915[3] modifiée par la loi Mourier du 10 août 1917 en étendant les catégories de mobilisés visées par ces contrôles[4]. Ces lois, principalement la loi Dalbiez, s'inscrivent dans le contexte d'une chasse aux « embusqués » tandis que l'armée réclame des soldats et que l'on s'apprête à anticiper l'appel de la classe 1917[5]. Le Service de Santé intervient dans le cadre de la loi Dalbiez, l'article 9 prescrit de procéder tous les trois mois à une inspection des formations sanitaires et de tous les services pour envoyer au front les gradés et soldats indûment conservés dans ces formations et services[6]. Cette inspection est menée par une commission interrégionale, dirigée par un contrôleur général de l'administration de l'armée et à laquelle participe un médecin major de 1ère classe étranger aux régions concernées. Dans le cadre des formations et services du Service de Santé, cette commission contrôle principalement leur personnel, notamment pour rechercher celui du cadre complémentaire pouvant être remplacé par un personnel du cadre auxiliaire ou civil, et ainsi être envoyé au front. Cependant, elle propose à la commission de réforme d'examiner des soldats du cadre auxiliaire dans le but de les récupérer pour le service armé, et contrôle les soldats hospitalisés depuis plus de trois mois et qui seraient conservés dans les formations sanitaires comme employés[7]. Un contrôle supplémentaire qui s'ajoute donc à celui des médecins inspecteurs et des directeurs adjoints, la commission des trois médecins étant supprimée par la loi Dalbiez. Une organisation modifiée par la suite, de nouvelles commissions sont créées en janvier 1916, redéfinissant les zones d'action des commissions afin d'améliorer leur efficacité[8]. Ces commissions dénoncent parfois les hospitalisations abusives pour des cas pouvant être réglés rapidement au niveau médical, comme les bronchites, ou médico-légal, comme les tuberculeux. De même, elles critiquent aussi « l'acharnement thérapeutique » de certains spécialistes qui souhaitent parfois obtenir des améliorations minimes de

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°13 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Nous ne connaissons pas les causes de la suppression de ce poste.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°87 Ci/7 du 15 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.), (2008), *Les embusqués, op. cit.* p. 81. La loi Dalbiez tend à assurer « […] la juste répartition et une meilleure affectation des hommes mobilisés ou mobilisables. »
[4] *Ibidem, op. cit.* p. 167.
[5] *Ibid, op. cit.* p. 80-84.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/79. « Instruction réglant les attributions et le fonctionnement des Commissions chargées des Inspections prévues par l'article 9 de la loi du 17 août 1915 » du 27 octobre 1915 du ministre de la Guerre.
[7] *Ibidem.*
[8] A.D.M&L. 10 R 5/79. « Instruction réglant les attributions et le fonctionnement des Commissions chargées des Inspections prévues par l'article 9 de la loi du 17 août 1915 » du 18 janvier 1916 du ministre de la Guerre. Le nombre de commissions passe de quatre à sept.

l'état des soldats prolongeant ainsi leur hospitalisation alors que leur situation médico-légale pourrait être rapidement réglée[1].

2) Faciliter les sorties temporaires pour fluidifier le système hospitalier.

Les permissions et congés de convalescence prennent une place de plus en plus importante dans la gestion des hospitalisés, permettant notamment de libérer temporairement de la place dans les hôpitaux. Dans ce cas aussi, les autorités militaires agissent dans la continuité du début du conflit et modifient les règlements au gré des difficultés rencontrées. Ces modifications visent un meilleur contrôle de ces deux sorties temporaires afin d'en améliorer le fonctionnement administratif mais pas seulement, puisqu'elles peuvent avoir un rôle économique.

a) Le contrôle des congés de convalescence.

Les difficultés du début du conflit concernant les congés de convalescence conduisent, le 15 mars 1915, le ministère de la Guerre à redéfinir les conditions relatives de leur délivrance[2]. Mais tout n'est pas modifié. Ils sont alors uniquement délivrés par les hôpitaux-dépôts de convalescents. D'une durée d'un à trois mois, ils doivent demeurer exceptionnels et ne sont attribués qu'à la demande de la famille et si celle-ci est en mesure d'héberger convenablement le convalescent. Par ailleurs, le ministère de la Guerre rappelle l'existence de l'O.A.C.M. pour ceux ne pouvant se rendre chez eux. Les congés sont délivrés par une commission où siège le médecin-chef de la place et leur prolongation doit rester exceptionnelle. Le but de ces règles vise à contrôler une procédure écartant, pour un temps assez long, des soldats de l'organisation médicale et de l'armée. Cette organisation ne rencontre pas le succès escompté puisque dès le 11 avril 1915, des hôpitaux-dépôts de convalescents sont encombrés par des soldats attendant leur congé. Le ministère de la Guerre préconise alors d'augmenter le nombre des commissions ou le nombre de leurs séances[3]. À l'hôpital-dépôt de convalescents n°41 de Châteauroux ces commissions ont lieu les mercredis et samedis matins ; l'organisation adoptée permet d'envoyer rapidement en convalescence les soldats qui restent peu de temps à la formation[4].

Ces dispositions sont modifiées suite à la création des centres spéciaux de réforme qui succèdent aux hôpitaux-dépôts de convalescents. Dans le but d'éviter l'encombrement de ces formations, les soldats susceptibles de bénéficier d'un congé de convalescence n'y sont pas hospitalisés mais s'y rendent uniquement le jour où se réunit la commission de congés de

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°612 Ci/7 du 5 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ce dernier appelle alors les directeurs régionaux à mettre fin à ces situations.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°3 056 K du 15 mars 1915 du ministre de la Guerre.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°5 333 1/11 du 11 avril 1915 du ministre de la Guerre.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital-dépôt de convalescents n°41 par le médecin-chef de la formation et datée du 19 novembre 1916. Les soldats partent généralement le soir même du jour où se réunit la commission. Ils partent très rarement le lendemain.

convalescence[1]. La mise en route des convalescents est ensuite faite par les hôpitaux mixtes ou complémentaires, qui se chargent aussi de celle des soldats des hôpitaux bénévoles et auxiliaires, ce qui permet de renforcer le contrôle militaire[2]. Une nouvelle modification intervient le 17 mars 1919[3], lors de la démobilisation. Aux côtés des congés de convalescence ordinaires existent ceux d'attente[4] dans le but de constituer les dossiers de pension ou de gratification et ceux en attente de décision. Les soldats relevant des deux dernières catégories peuvent obtenir un congé, de huit jours à trois mois, sur pièces, sans être présentés devant les commissions. Quant aux prolongations, elles ne sont plus exceptionnelles.

Les différentes évolutions de cette organisation traduisent les difficultés rencontrées. Au début de l'année 1915, les critiques à l'encontre du Service de Santé portent sur la présence de soldats ayant un congé de convalescence dans les hôpitaux annexes ou bénévoles[5] et la constitution de formations pour ces soldats en violation des règlements[6]. Cette situation irrite la direction centrale du Service de Santé parce qu'elle écarte du contrôle de la commission de congés de convalescence ces hommes, mais aussi parce qu'elle entraine un surcoût financier et une perte des capacités d'hospitalisation. En effet, l'indemnité journalière dans ces formations est supérieure à celle versée à l'O.A.C.M. et les lits occupés par ces soldats ne peuvent servir à ceux qui auraient besoin de soins[7]. D'autres difficultés surviennent comme les abus dans la délivrance des congés de convalescence, parfois à la demande des familles comptant sur la complaisance des médecins. Ainsi, une femme demande le 1er février 1915 au médecin-chef de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée, un certificat médical pour son mari hospitalisé dans cette formation afin qu'il puisse obtenir un congé de convalescence pour Troyes. La ville se situant en zone des armées, le soldat doit pour y aller, obtenir du médecin un certificat affirmant que la maladie contractée au front ne lui permet plus d'y retourner[8]. Nous ne connaissons pas la suite de cette affaire, ni l'état de santé du soldat, cependant il est peu probable, au vu des contrôles faits par le Service de Santé, qu'un certificat de ce type puisse être délivré sans contre-visite.

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 25 juin 1917 du ministre de la Guerre.
[2] *Ibidem*. Si la ville ne dispose pas d'un centre spécial de réforme, la commission se réunit dans un hôpital mixte ou complémentaire choisi par le directeur régional. Si la ville ne dispose d'aucune de ces deux organisations, les soldats sont envoyés sur une autre ville où l'une d'elle est présente.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°821 Ci/7 du 17 mars 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°704 Ci/7 du 25 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Par cette circulaire, le Service de Santé ordonne d'envoyer en convalescence les soldats en attente de la constitution de leur dossier, ce que préconise les médecins-chefs de centre.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°1 993 H du 20 mars 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Dépêche n°2 665 H du 7 avril 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[7] A.N. C 7689. Circulaire n°19 795 C/7 du 9 juin 1915 du directeur de la 7e Direction. L'indemnité journalière pour ces formations est de 2 francs contre 1,5 franc pour celles de l'O.A.C.M.
[8] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Lettre datée du 1er février 1915 de madame Denise Poncel au médecin-chef de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée.

b) Les régimes permissionnaires au secours des hôpitaux et de l'économie.

Les permissions sont l'autre moyen utilisé pour gérer le flux des hospitalisés et éviter l'encombrement des formations sanitaires. Leurs procédures d'attribution évoluent durant le conflit parallèlement, à celle des congés de convalescence, avec quelques différences dues aux divers types de permission qui existent. La circulaire du 15 mars 1915 précédemment citée, met aussi à plat la procédure de délivrance des permissions. Elles se composent de permissions de vingt-quatre heures (dimanche et jours fériés), de permissions exceptionnelles, comme pour ce soldat qui souhaite obtenir une permission afin de se rendre auprès de son père mourant en juin 1915[1], et de permissions de sept jours pour les soldats guéris. Ces dernières sont considérées comme un droit qui n'est supprimé qu'en cas de « […] force majeure ou de punition grave. »[2] À ces types de permission s'ajoute celle à durée variable[3], ainsi ce soldat obtient quinze jours de permission en juillet 1915[4]. En août 1915, un nouveau type de permission est créé, la permission de quatre jours pour les soldats qui n'auraient jamais bénéficié d'une permission d'une durée supérieure à vingt-quatre heures[5] ; la durée passe à sept jours en octobre 1916[6]. Une nouvelle évolution a lieu au début de l'année 1918 avec l'instauration du régime exceptionnel qui prévoit désormais une permission de dix jours pour les soldats évacués des armées et guéris[7]. Ces permissions peuvent en outre être suspendues par le commandement, comme lors de l'offensive allemande du printemps 1918, cependant cette suspension ne concerne pas les permissions de dix jours[8]. Les procédures de délivrance sont simplifiées. Initialement, celles-ci ne sont délivrées que par les hôpitaux-dépôts de convalescents. Dans le but d'alléger leur travail, les permissions de sept jours, puis dix jours, sont délivrées par les hôpitaux militaires et complémentaires à partir du 23 octobre 1915[9], un droit obtenu par les hôpitaux auxiliaires et bénévoles le 20 juin 1917[10]. Cette simplification explique l'utilisation accrue des permissions par les formations sanitaires comme moyen de ventilation des hospitalisés.

Les permissions, notamment de sept et dix jours, sont un droit pour les hospitalisés, mais aussi pour le personnel militaire des formations sanitaires. Cependant elles sont contrôlées par les autorités

---

[1] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Document daté du 28 juin 1915 du docteur Geslin, médecin-chef de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée, certifiant que l'état du soldat Deguerre hospitalisé à l'hôpital est compatible pour voyager et se rendre près de son père mourant.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°3 056 K du 15 mars 1915 du ministre de la Guerre.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°19 339 K du 23 octobre 1915 du ministre de la Guerre.
[4] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Lettre datée du 10 juillet 1915 du commandant des 7e et 8e subdivisions militaires de la 9e région au médecin-chef de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée. Les raisons de cette permission ne sont pas précisées.
[5] A.N. C 7521. Circulaire du 7 août 1915 du ministre de la Guerre.
[6] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 17 octobre 1916.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°701 Ci/7 du 23 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette permission est créée le 11 février 1918.
[8] A.N. C 7690. Circulaire n°701 Ci/7 du 23 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[9] A.N. C 7690. Circulaire n°1 337 3/7 du 11 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette circulaire explique ce qu'il convient de faire pour délivrer ces permissions.
[10] A.N. C 7690. Circulaire n°538 Ci/7 du 20 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

militaires. Ainsi, les demandes de prolongation pour raison de santé ou familiale font l'objet de contrôles poussés et leur obtention doit être justifiée[1]. Surtout, l'obtention des permissions et des congés de convalescence est soumise à des restrictions géographiques qui évoluent tout au long du conflit. Ces limites correspondent notamment aux limites de la zone des étapes et donc de celle des armées pour lesquelles l'obtention d'une permission ou d'un congé de convalescence est soumise à des conditions restrictives[2]. En outre, pour prévenir les désertions, l'accès à la zone frontalière espagnole est restreint pour les convalescents et permissionnaires le 3 octobre 1915[3]. Ces limites semblent aussi dues à l'éclosion de maladies épidémiques dans certaines communes. Ces dernières sont alors consignées temporairement à la troupe[4] ce qui pourrait se traduire par une interdiction temporaire d'y envoyer des convalescents et des permissionnaires pour éviter une propagation des épidémies.

L'envoi des hospitalisés en permission permet de désengorger les formations sanitaires, il permet aussi, momentanément, d'apporter de la main-d'œuvre pour l'économie et particulièrement l'agriculture. Ces permissions « économiques », rétablies dès le début de la guerre[5], sont encadrées par la circulaire du 30 mars 1915 précédemment citée. Elles sont accordées, sur les ordres du ministère de la Guerre, pour des périodes déterminées, et concernent aussi le personnel des formations sanitaires, principalement les infirmiers. En juin 1915, pour faire face aux travaux agricoles de l'été, le ministère de la Guerre étend les bénéficiaires des permissions agricoles aux malades et blessés présents dans les dépôts mais insuffisamment guéris[6]. Afin de répondre à tous les besoins, il est précisé que les bénéficiaires de ces permissions doivent répondre à toutes les demandes de travaux agricoles sous peine de voir leur permission supprimée. En octobre 1915, afin d'achever au plus tôt les labours et les semailles, le ministère de la Guerre étend le bénéfice des permissions agricoles aux convalescents présents dans les hôpitaux-dépôts de convalescents ou dans les formations de l'O.A.C.M. et aptes à travailler[7]. L'appel à cette main-d'œuvre est renouvelé chaque année et petit à petit étendu, aux soldats présents dans les centres et les dépôts de physiothérapie en 1916[8], puis à tous les soldats ayant eu un traitement physiothérapique en janvier 1917[9]. Le S.S.E.S.S.M. reconnait la

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°10 949 K du 7 août 1915 du ministre de la Guerre.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°3 056 K du 15 mars 1915 du ministre de la Guerre. Initialement, seuls les militaires définitivement réformés ou en passe de l'être peuvent y être admis. Ceci explique la demande, précédemment citée, de certificat de la femme pour son mari.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°7 241 3/11 du 3 octobre 1915 du ministre de la Guerre. Une zone précise est alors définie, qui évolue par la suite, où seuls les hommes autorisés peuvent se rendre.
[4] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 1er octobre 1916.
[5] CRONIER, Emmanuelle. *Permissionnaires dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions Belin, coll. « Histoire », 2013, 350 p. Les premières permissions rétablies sont les permissions agricoles, dès le mois d'août 1914, pour finir les travaux des champs.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°8 009 1/11 du 5 juin 1915 du ministre de la Guerre.
[7] A.D.M&L. 7 Hs Q58. Circulaire n°13 060 1/11 du 22 octobre 1915 du ministre de la Guerre.
[8] A.N. C 7521. Circulaire n°179 Ci/7 du 1er août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[9] A.N. C 7690. Circulaire du 31 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

valeur de la rééducation par le travail. Les travaux agricoles sont par ailleurs utilisés par certains centres de spécialités comme celui de psychiatrie.

Ces permissions agricoles ne sont pas uniquement données par les médecins-chefs pour parfaire un traitement, elles sont aussi réclamées par la population et les familles qui demandent de la main-d'œuvre pour cultiver des champs devenus petit à petit des friches. C'est ce que demande le receveur de l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée dans une lettre du 27 octobre 1916[1]. Revenant d'une promenade, il a pu constater que certaines des meilleures terres de la commune devenaient des friches. Cela tient à l'absence d'hommes valides dans les campagnes et à l'épuisement des femmes et des vieillards surchargés de travail. Il demande alors une permission agricole pour un agriculteur afin qu'il puisse mettre en labour ses champs et assurer les récoltes de l'année 1917.

B) Vies et morts des hospitalisés.

Loin du front et de ses dangers, les hôpitaux de l'intérieur apparaissent comme une échappatoire aux soldats souhaitant, voire recherchant, quitte à la provoquer, la « fine blessure » ou plus largement l'évacuation médicale. Cette évacuation permet de quitter la vie des tranchées pour quelques semaines, quelques mois voire pour toujours car sait-on jamais, la guerre peut finir avant la guérison. Dès lors, l'imaginaire des soldats du front est rempli de ces hôpitaux où les blessés, des héros, sont chéris par des infirmières, imaginaire nourri aussi par leurs camarades de retour au front après un séjour dans les hôpitaux de l'intérieur. Des hôpitaux où ils seraient les rois, comme dans la description de Volpatte dans *Le Feu* :

> « […] pis l'hôpitau [*sic*] de l'intérieur. Des lits avec des draps blancs, un poêle qui ronfle au milieu des hommes, de gens qui sont faits pour s'occuper de nous et qu'on regarde y faire, des savates réglementaires, mon ieux [*sic*], et une table de nuit : du meuble ! Et dans les grands hôpitals [*sic*], c'est là qu'on est bien logé comme nourriture ! J'y prendrai tout c' que j'trouverai. Et des douceurs sans qu'on soit obligé pour en profiter de s'battre avec les autres et de s'démerder jusqu'au sang. J'aurai sur le drap mes deux mains qui n'ficheront rien, comme des choses de luxe – comme des joujoux, quoi ! - et, d'ssous, l' drap, les pattes chauffées à blanc du haut en bas et les arpions élargis en bouquets de violettes... »[2]

Il convient de nuancer cette vision et d'interroger la réalité de la vie hospitalière des soldats dans les formations de la 9e région et l'encadrement de celle-ci par le personnel des hôpitaux et les autorités militaires. Cette vie hospitalière s'achève parfois de manière tragique. La mort enclenche d'autres procédures qui font partie intégrante de cette vie hospitalière.

---

[1] A.D.M&L. 7 Hs L17. Lettre datée du 27 octobre 1916 du receveur de l'hôpital de Beaufort-en-Vallée au capitaine commandant l'escadron territorial du dépôt de réception de chevaux étrangers de Saint-Nazaire.

[2] BARBUSSE, Henri, SALINIER Pascale (éd.) et JAUBERT Alain (éd.). *Le Feu*. Paris : Éditions Gallimard, coll. « Folioplus classiques », 2007, 493 p.

1) La vie hospitalière, une autre approche thérapeutique des soins des soldats.

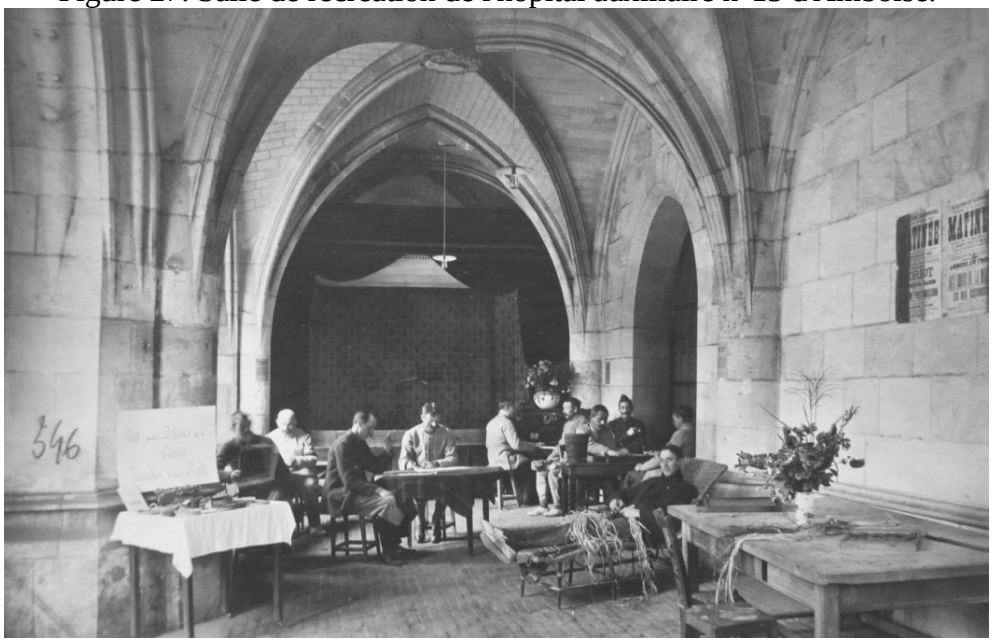
Assurer de bonnes conditions d'hospitalisation est rapidement une priorité pour les différents acteurs des soins des soldats. Si le but est d'assurer leur bien-être et donc concourir à leur guérison, ces acteurs souhaitent aussi montrer aux familles des hospitalisés qu'ils en prennent soin. Cependant, on peut se demander si les moyens mis en œuvre relèvent tous de la volonté d'améliorer le confort des hospitalisés. En effet, tandis que les thérapies s'améliorent, le personnel des formations sanitaires doit lutter contre le désœuvrement des hospitalisés qui mène parfois à des refus de soins évoqués par le chirurgien Robineau. Enfin, il convient aussi de montrer comment se fait le règlement des questions sensibles que sont le respect des croyances religieuses et la protection des soldats contre tout prosélytisme.

a) Occuper les soldats.

Dans la lutte contre le désœuvrement des soldats hospitalisés, les formations sanitaires poursuivent les activités mises en place au début de la guerre. Les fêtes organisées pour les blessés, et parfois par eux, restent un moment apprécié par ces derniers, même si parfois elles ont un but plus financier que festif[1]. Le format de ces fêtes n'est pas imposé et comporte des chansons, de courtes pièces de théâtre et des jeux. Elles demeurent contrôlées par l'autorité militaire et sont souvent le support de discours patriotiques. De même les repas des jours spéciaux, comme Noël, initiés en 1914, sont renouvelés durant le conflit. À ces évènements particuliers s'ajoute une activité journalière bien connue des soldats : « tuer le temps ». L'attente constitue la principale activité du soldat au front, c'est aussi le cas dans les hôpitaux de l'intérieur, même si cette attente est plus agréable qu'au front car quasiment sans danger et dans un cadre de vie incomparable. Le soldat attend ses traitements puis sa sortie de la formation et, pour passer le temps, pratique une grande variété d'activités à l'exemple de la photographie ci-dessous :

[1] Voir le chapitre 9 p. 501. Ces fêtes servent aussi à financer les soins des soldats en levant des fonds.

Figure 27. Salle de récréation de l'hôpital auxiliaire n°13 d'Amboise.



Source : C.D.M.S.S.A. M1 9e RM 24 823 à 24 917 3PH106 n°38. Date et auteur inconnus.

La période d'hospitalisation est aussi mise à profit pour éduquer les soldats à des problèmes de santé publique comme l'alcoolisme. Le 4 juin 1915, la direction centrale du Service de Santé autorise la Ligue nationale contre l'Alcoolisme à placarder des affiches dans ses hôpitaux[1]. De même, les hôpitaux sont parfois utilisés pour des conférences à destination d'un public plus large. Sur ordre du ministre de la Guerre, en août et septembre 1917, à l'hôpital bénévole n°26bis d'Angers sont données des conférences pour les officiers hospitalisés mais aussi pour ceux de la garnison de la ville. Celles-ci ont trait aux différentes armes de l'armée française, à des armements spécifiques mais aussi aux gaz asphyxiants[2].

Les ressemblances avec le front s'accentuent avec les journaux créés dans les formations sanitaires de la région à l'exemple de *Marmoutier-Gazette*, le journal des hospitalisés de l'hôpital auxiliaire n°1 de Marmoutier à Sainte-Radegonde[3]. Le premier numéro sort le 28 mars 1915, puis paraît chaque semaine jusqu'au 12 janvier 1919, date de son dernier numéro. Ce journal produit par les hospitalisés est créé par le père Henri Courbe, aumônier de la formation, avec le soutien du personnel. Le but du journal est annoncé dans le premier numéro, la rédaction souhaite créer un lien entre tous les hospitalisés et le personnel de la formation :

> « […] il (la rédaction) nous a semblé que le besoin se faisait sentir d'un organe servant de lien entre tous les hospitalisés de Marmoutier et leurs dévoués infirmières et médecins, lien que nous conserverons en souvenir après la guerre. »[4]

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°19 571 C/7 du 4 juin 1915 du directeur de la 7e Direction. Il est probable que les autres structures soient aussi concernées.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décisions de la place d'Angers des 1er août et 3 septembre 1917.
[3] B.N.F. MFILM FOL-LC6-153. Le journal nait le 28 mars 1915. Le 31 décembre 1916, au numéro 93, il devient *Mar-Gaz.* Lui succède ensuite le *Bulletin périodique de l'Amicale des anciens blessés de Marmoutier* en mars 1919 qui suit cette volonté des créateurs du journal de conserver un lien entre les anciens hospitalisés de l'hôpital.
[4] B.N.F. MFILM FOL-LC6-153. *La Gazette de Marmoutier.* N°1 du 28 mars 1915.

Le journal comporte alors les éléments que l'on retrouve dans les journaux des tranchées :

> « Nous acceptions tout : bons mots, saillies, observations, notes de campagne, souvenirs, lettre d'anciens, dessins, caricatures, articles humoristiques, renseignements divers, pièces de poésie, échos de partout, nouvelles, romans, sermons même ; la censure sera maternelle. Nous serons heureux également d'insérer les rébus, [illisible], problèmes de dames et d'échecs avec topos, etc. En un mot puisque tous vous avez de l'esprit, faites le voir et surtout faites-nous en profiter. »[1]

Le journal croque avec humour les scènes de la vie de la formation, parfois à la manière du front. Ainsi, une rubrique « Ordre de Marmoutier » se compose d'une section « Citations » et d'une section « Conseil de guerre » qui félicite ou sanctionne avec humour le comportement des hospitalisés et du personnel de la formation. Les liens avec les anciens hospitalisés sont importants, la rédaction s'attachant à donner de leurs nouvelles. Le but du journal est aussi de récupérer des fonds pour améliorer l'ordinaire de la formation ou intervenir lors du décès de l'un des siens.

Initiées aussi au début de la guerre, les sorties en ville sont très appréciées des hospitalisés. Ces promenades sont très encadrées par l'autorité militaire afin d'éviter tout manquement à la discipline. Le régime est quelque peu assoupli par le directeur régional le 24 février 1915[2] puis réglementé par le ministère de la Guerre le 19 mai 1915. Ces promenades sont autorisées par le médecin-chef de l'hôpital qui demande alors au commandant d'armes de la place des sous-officiers pour encadrer les soldats. Afin de donner « […] le plus possible de distractions saines […] »[3] aux hospitalisés, on ordonne de faciliter ces promenades tout en conservant une surveillance sur les hommes. Ces derniers peuvent se rendre dans différents lieux récréatifs comme les cinémas dont la réouverture est autorisée le 24 février 1915[4]. Cependant, le Service de Santé craint que les hospitalisés ne fréquentent surtout les débits de boisson, s'enivrent et fréquentent les prostituées. La fréquentation des débits de boisson par les soldats est réglementée[5] mais pas toujours respectée. Pour tenter d'en détourner les hospitalisés, on fait la propagande des foyers du soldat. Ces derniers ont parfois été créés avant la guerre et se développent dans la région durant le conflit avec le même but : détourner les soldats de la « débauche ». Le 27 juillet 1915, le directeur régional fait savoir à tous les hôpitaux de Tours que La Maison du Soldat accueille les hospitalisés de 14 heures à 20 heures 30 afin d'y

---

[1] B.N.F. MFILM FOL-LC6-153. *La Gazette de Marmoutier*. N°1 du 28 mars 1915.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Circulaire n°1 281 H du 24 février 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Les sorties par groupe sont autorisées deux jours par semaine de deux à trois heures de l'après-midi. Les sous-officiers et les officiers ont un régime plus favorable car ils peuvent sortir seuls et à des horaires définis par le médecin-chef.

[3] A.N. C 7689. Circulaire n°6 053 K du 19 mai 1915 du ministre de la Guerre. Cette circulaire réglemente ces promenades durant toute la guerre. Elle est remplacée par la circulaire n°813 Ci/7 du 13 février 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On renforce alors le contrôle des promenades, les itinéraires doivent être donnés à l'avance, les arrêts dans les débits de boisson sont interdits et un planning des sorties est défini. De même, les sorties individuelles sont plus contrôlées. Les soldats ayant leur famille en ville et les officiers disposent de régimes plus favorables.

[4] A.D.I. R 379. Note du 24 février 1915 du général Poline commandant la 9e région militaire. Les cinémas sont alors tenus de reverser 5 % des recettes au Service de Santé pour les hôpitaux. Une mesure étendue par la suite aux autres salles de spectacle.

[5] A.D.M&L. 1 R 5/8. Arrêté du 24 mai 1919 du général Poline commandant la 9e région militaire.

consommer des « […] boissons hygiéniques […] »[1] et d'y lire des livres. Une mesure qui n'empêche pas les punitions.

Les cas d'indiscipline à l'intérieur et à l'extérieur des formations sont réguliers durant le conflit et concernent tant le non-respect du salut militaire que les états d'ivresse. Le 1er avril 1915, le directeur régional du Service de Santé fait savoir aux formations sanitaires de Tours que les malades et blessés militaires de la ville se rendent assez nombreux et jusqu'à une heure tardive dans les débits de boisson. Il menace les responsables de possibles sanctions[2]. Les sorties sans autorisation sont courantes en 1915. Le 4 juillet, quatre soldats hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°8 sont punis de jours de prison pour ce motif à Angers[3]. Les condamnations sont parfois sévères envers les « meneurs » comme ces deux soldats de l'hôpital-dépôt de convalescents n°40 d'Angers condamnés à vingt jours de prison dont dix de cellule. Ces derniers ont « […] par leurs conseils et leur exemple provoqué la sortie d'une quarantaine de militaires en traitement à l'hôpital dépôt de convalescents n°40, par une porte interdite. »[4] S'il est difficile de quantifier l'indiscipline des hospitalisés, elle demeure dans les formations à l'exemple de celle des mutilés de l'hôpital complémentaire n°5.

Figure 28. Hôpital complémentaire n°5 à Joué-lès-Tours. Foyer des mutilés.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

Ces cas d'indiscipline concernent aussi les officiers en traitement qui par ailleurs bénéficient de meilleures conditions d'hospitalisation que les soldats.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Circulaire n°6 132 H du 27 juillet 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Ces boissons sont du thé, du café, du chocolat, de la bière et du sirop.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Circulaire n°2 299 H du 1er avril 1915 directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il signale des faits similaires le 1er mai 1915.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 4 juillet 1915.
[4] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 1er juin 1915.

Figure 29. Hôpital auxiliaire n°10 à Tours. Chambre pour officiers.

Source : C.D.M.S.S.A. M 2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

Le 2 août 1915, le directeur régional restreint les horaires de sortie des officiers entre le déjeuner et le repas du soir et exceptionnellement après sans dépasser 21 heures[1]. Probablement du fait de leur grade, certains officiers pensent pouvoir s'affranchir de ces règles, surtout ceux qui sont quasiment guéris et qui considèrent l'hôpital comme « […] un hôtel qui doit leur fournir la nourriture et le gîte. »[2] Le ministre de la Guerre fait un rappel à l'ordre le 8 octobre 1915 afin de ne pas rendre leur régime d'hospitalisation trop favorable par rapport aux soldats. Un rappel à l'ordre est de nouveau fait par le général commandant d'armes de la place d'Angers le 3 août 1916, menaçant les officiers récalcitrants[3].

b) Conserver les liens avec la famille.

Très tôt durant le conflit, notamment pour redorer son image auprès de la population, le Service de Santé favorise les échanges entre les hospitalisés et leur famille afin de rassurer cette dernière. Cette politique n'est pas modifiée durant le reste du conflit, le Service de Santé continuant de fournir des cartes postales sanitaires pour informer les familles. L'autorité militaire intervient dans cette correspondance en veillant à ce qu'elle soit correctement acheminée et en mettant fin à des comportements « déplorables ». Ainsi le 4 avril 1915, la 7e Direction doit intervenir car certains courriers ont été détruits après n'avoir pu être distribués ni retournés à l'expéditeur[4]. Pire, lorsque des

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 568. Circulaire n°6 292 H du 2 août 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Elle est destinée aux médecins-chefs des formations sanitaires de la 9e région et fait suite à une demande d'harmonisation des horaires du général commandant la région.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°18 294 K du 8 octobre 1915 du ministre de la Guerre.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 3 août 1916.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°5 039 2/7 du 4 avril 1915 du directeur de la 7e Direction.

soldats sont décédés, la mention « décédé » a été inscrite sur l'enveloppe puis renvoyée à la famille avant l'annonce officielle, celle-ci apprenant le décès quelque peu brutalement. Pour mettre fin à cela, une procédure est instaurée, les lettres qui n'ont pas été acheminées au soldat hospitalisé doivent être retournées à son dépôt avec, sur la lettre, le motif de la non distribution. Si le dépôt n'est pas connu, le motif doit être indiqué ainsi que tous les éléments pouvant identifier le soldat et le courrier doit être envoyé au Bureau des Archives Administratives pour les soldats décédés ou au Bureau de Renseignements aux Familles pour les autres cas. Ces dispositions sont rappelées le 30 septembre 1915, surtout celle précisant qu'il convient d'inscrire les raisons de l'impossibilité de livrer le courrier au crayon de papier pour être facilement effacées, probablement pour mieux contrôler l'information et éviter les annonces brutales de décès[1].

La censure de ces lettres existe et elle est notamment le fait des blessés. Cette autocensure vise à rassurer leur famille ce qu'avait anticipé la 7e Direction lors de la création des cartes postales sanitaires. Dès le début de la guerre, les familles cherchent à savoir où sont hospitalisés leurs parents et quel est leur état de santé. Pour ce faire, elles s'adressent aux médecins-chefs afin d'obtenir les renseignements non transmis par leurs parents. C'est le cas de cet homme dont le fils est hospitalisé à l'hôpital mixte de Beaufort-en-Vallée. Son fils lui a expliqué qu'il a une blessure au bras gauche, due à un éclat d'obus, en ne « […] [lui] donnant pas trop la Gravité [*sic*] de sa Blessure [*sic*] […] »[2]. Les soldats peuvent aussi décrire l'évolution de leur état de santé, ce qui peut inquiéter leur famille si celui-ci s'aggrave, la famille se tournant alors vers le médecin de la formation pour obtenir plus d'informations comme pour cet homme dont le beau-fils est hospitalisé dans ce même hôpital pour une fièvre typhoïde :

> « Ses dernières lettres m'inquiètent. Après avoir tranquillisé nos angoisses sur sa situation qu'il nous disait être beaucoup améliorée, il se plaint maintenant de coliques et d'une diarrhée persistante, que l'appétit qui lui était revenue [*sic*], manque a [*sic*] nouveau, qu'il est dans un état de faiblesse telle [*sic*] qu'il hésite à se lever ; et qu'il ressent les symptomes [*sic*] du début de la maladie qu'il a contractée.
> Je vous serais bien obligé de vouloir bien me renseigner sur son état qui me paraît plutot [*sic*] lamentable […] »[3]

Nous ne savons pas quelle a pu être la réponse du médecin-chef à ces questions, si réponse il y a eu. Il est très probable que le médecin-chef ait demandé l'accord des hospitalisés avant de répondre, c'est la démarche exigée pour les cartes postales sanitaires, et qu'il ait cherché à rassurer les familles.

Outre des demandes concernant l'état de santé de leurs parents, les familles des soldats souhaitent connaître les possibilités de visite. Ainsi cette femme, habitant à Marguerittes dans le Gard, demande, le 5 mars 1915, si son mari soigné à Beaufort-en-Vallée est toujours en traitement à l'hôpital

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°20 442 2/7 du 30 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Lettre datée du 8 février 1915 de J. Gautier au major de l'hôpital civil de Beaufort-en-Vallée.
[3] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Lettre datée du 13 février 1915 d'Henri Daubresse au médecin-chef de l'hôpital civil de Beaufort-en-Vallée.

mixte car elle souhaite venir le voir[1]. Ces visites sont facilitées depuis le mois de septembre 1914 par les réductions sur les transports ferroviaires dont le ministère de la Guerre résume les dispositions le 10 juin 1916[2]. Enfin, si les familles ne peuvent venir visiter les hospitalisés, elles peuvent demander le transfert de celui-ci dans un hôpital à proximité de leur lieu de résidence[3]. Le Service de Santé ne semble pas avoir de doctrine sur ce sujet avant la guerre mais la 7e Direction dispose de marges de manœuvres notamment pour les évacuations entre les régions[4]. La circulaire n°120 Ci/7 résume les règles concernant les évacuations et autorise l'hospitalisation des soldats à proximité de leur famille dans le but de « […] profiter d'une action morale plus favorable […] »[5]. De même, cette circulaire précise que tout soldat dont l'état le nécessite, doit être évacué sur le centre de spécialité ou l'hôpital sanitaire le plus proche de son domicile[6]. Cette mesure n'est pas correctement appliquée notamment pour les soldats relevant de soins physiothérapiques qui ne sont pas toujours évacués sur le centre le plus proche de leur domicile[7]. L'intervention de Justin Godart soulève le problème de la position du Service de Santé entre la récupération des soldats et leur droit à être hospitalisés auprès de leur famille. Dans le cas de la 9e région, l'interaction entre les différents centres de spécialités est parfois forte afin d'améliorer les traitements et donc la récupération des soldats. Ainsi à l'hôpital complémentaire n°2, les soldats une fois opérés sont immédiatement pris en charge par le centre de physiothérapie ce qui est contraire à la circulaire du 1er juin 1916. Le Service de Santé doit alors choisir et il semble que pour ce cas, la récupération prime.

c) Des hôpitaux « neutralisés ».

La neutralité des formations sanitaires vis-à-vis des religions des soldats principalement, et dans une moindre mesure des idéologies politiques, est poursuivie dans le cadre de ce qui a été mis en place avant et au début de la guerre et ne connaît que peu d'évolution. Les formations sanitaires sont uniquement destinées à soigner les soldats et seule une idéologie patriotique républicaine y est

---

[1] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Lettre datée du 23 février 1915 de Marie Louise Courte au médecin-chef de l'hôpital civil de Beaufort-en-Vallée.

[2] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Copie de la dépêche ministérielle n°21 147 4/11 du 10 juin 1916 du ministre de la Guerre. Dépêche n°9 162 du 19 juin 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Cette dépêche est une instruction qui abroge les dispositions en vigueur. Des réductions existent sur les transports à destination de la Suisse et sur les transports maritimes.

[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 100 (Article 274bis). Avant la guerre et sous certaines conditions, les soldats pouvaient être hospitalisés chez leurs parents.

[4] A.N. C 7689. Circulaire n°3 948 2/7 du 17 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.

[5] A.N. C 7521. Circulaire n°120 Ci/7 du 1er juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette règle contient tout de même des exceptions. Ainsi, le médecin traitant peut déclarer le transport nuisible à la santé du malade qui peut aussi refuser son transfert. Il ne peut être transféré si une prothèse lui a été commandée ou s'il se trouve dans un hôpital-dépôt de convalescents ou un dépôt de physiothérapie. Enfin, il ne peut être transféré s'il se trouve dans le centre de spécialité ou l'hôpital sanitaire le plus proche de son lieu de résidence.

[6] *Ibidem.* Là encore il existe des exceptions. Ainsi, le soldat doit être dirigé sur le centre de spécialité le plus proche de son lieu de traitement si son état nécessite une opération urgente, si la longueur du trajet peut nuire au blessé ou au malade, si le soldat est justiciable d'un traitement dans un centre de psychothérapie ou s'il est atteint d'une maladie vénérienne.

[7] A.N. C 7521. Circulaire n°397 Ci/7 du 5 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

admise. Ainsi, lorsque *L'Action Française* entreprend d'apporter une aide matérielle ou morale aux hospitalisés, principalement aux partisans de la cause royaliste, le ministère de l'Intérieur s'inquiète. Il estime que ce journal antirépublicain et monarchiste cherche par ce moyen à « […] propager ses idées […] »[1] et à « […] recruter de nouveaux adhérents. » Le ministre de l'Intérieur ordonne alors de surveiller le baron Auvray, correspondant pour les blessés de ce journal à Tours et qui est administrateur-adjoint de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours. L'enquête menée auprès de certains blessés de l'hôpital dément ces accusations[2]. Les autorités civiles et militaires veillent.

Le libre exercice du culte pour les hospitalisés demeure la principale préoccupation du Service de Santé concernant la neutralité des formations sanitaires, même si dans ce cas aussi, il ne change pas la doctrine d'avant-guerre rappelée au début du conflit. Le Service de Santé rappelle aux soldats qu'ils sont libres de vivre leur culte dans tous les hôpitaux notamment en y faisant placarder des affiches affirmant cette liberté de conscience[3]. Cette affiche rappelle aussi les règles sur cette question au personnel des formations. Un rappel du règlement est parfois nécessaire lorsque des soldats n'ont pu vivre leur foi. En août 1915, le S.S.E.S.S.M. est saisi de cette question concernant des soldats protestants qui n'auraient pu voir de pasteur. Il rappelle alors le règlement d'avant-guerre[4]. Le Service de Santé facilite même la pratique du culte, augmentant le nombre de ministres des cultes pour l'intérieur[5]. Ainsi, le 30 avril 1915, la 7e Direction retire des aumôniers juifs du front pour les réaffecter à l'intérieur où ils sont en sous-effectif[6]. L'aumônier juif Weill, résidant à Orléans, est alors affecté aux 9e et 5e régions militaires et toutes facilités doivent lui être données pour l'exécution de sa mission, notamment en relayant rapidement les demandes des soldats juifs qui voudraient faire appel à lui[7]. En août 1915, il est remplacé pour la 9e région, par le rabbin Farb qui réside à Paris[8].

Le respect du culte des hospitalisés se traduit aussi par celui des fêtes et temps religieux des différentes religions. Le Service de Santé doit notamment s'adapter aux nouvelles populations qu'il soigne dans la 9e région, et plus généralement à l'intérieur, et donc respecter les rites de la religion

---

[1] A.D.I&L. 1M346. Lettre datée du 5 juillet 1915 du ministre de l'Intérieur au préfet d'Indre-et-Loire. Pour cette citation et la suivante.

[2] A.D.I&L. 1M346. Rapport daté du 25 juillet 1915 de l'inspecteur de police mobile Barnaud au commissaire divisionnaire, chef de la 5e brigade à Orléans.

[3] A.N. C 7690. Circulaire n°18 026 2/7 du 4 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. A.N. C 7521. Circulaire n°275 Ci/7 du 10 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Circulaire n°30 525 C/7 du 24 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[5] A.N. C 7690. Circulaire n°593 Ci/7 du 29 septembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il doit cependant limiter les affectations d'aumôniers militaires face au nombre grandissant de demandes à l'intérieur mais aussi aux armées. Il applique alors les règlements d'avant-guerre et ne nomme en priorité à ce poste que les hommes dégagés de toute obligation militaire et exceptionnellement ceux de la réserve de l'armée active. En septembre 1917, peu de postes sont à pourvoir, il rejette donc toutes les demandes d'hommes qui n'ont pas au minimum 40 ans.

[6] A.N. C 7689. Dépêche n°15 042 C/7 du 30 avril 1915 du directeur de la 7e Direction. Circulaire n°2 699 9/11 du 22 mai 1915 du ministre de la Guerre. Dans un but similaire, des imams sont envoyés dans les régions où l'on compte le plus de militaires musulmans. La 9e région militaire n'est pas concernée par cette mesure.

[7] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Dépêche n°6 278 P du 29 mai 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[8] A.D.M&L. 101 J 223. Dépêche n°28 315 C/7 du 7 août 1915 du directeur de la 7e Direction.

musulmane ou de celle des Annamites. Pour les musulmans, tout doit être fait pour respecter le ramadan. Des consignes sont données pour celui de 1915 qui a lieu du 13 juillet au 12 août. Dans une dépêche du 3 juillet 1915, le ministère de la Guerre explique tout d'abord en quoi consiste le jeûne du ramadan qui n'est pas obligatoire pour les malades ne pouvant le supporter[1]. Pour ceux souhaitant le faire, leurs repas doivent être décalés. En outre, les dates des 27 juillet, 8 et 12 août sont considérées comme des jours fériés[2], les militaires musulmans doivent bénéficier de plus de libertés et les repas des soirées précédant ces jours doivent être améliorés. Pour les Annamites, le Service de Santé souhaite respecter leurs pratiques religieuses concernant la fête du Têt, le nouvel an annamite. Pour l'année 1917, la fête du Têt a lieu le 22 janvier. Le 16 janvier, le S.S.E.S.S.M. donne des ordres pour que les Annamites hospitalisés ou appartenant au personnel du Service de Santé puissent fêter cet « […] usage séculaire. »[3] Là aussi, la journée est considérée comme fériée, la nourriture doit être plus riche et, si possible, des distractions doivent être données.

Le respect des croyances s'étend aussi aux inhumations et sur ce point aussi le Service de Santé se base sur les règles du temps de paix, modifiées au début de la guerre pour incorporer les inhumations des soldats musulmans. Ces règles sont de nouveau rappelées le 22 avril 1915[4]. Le Service de Santé intervient sur la question délicate de l'autopsie des soldats musulmans. Dans le contexte d'amélioration des soins des soldats, les autopsies sont notamment pratiquées pour comprendre l'échec d'un traitement ou l'évolution d'une maladie et d'une blessure afin d'améliorer les traitements. Or l'autopsie de soldats musulmans peut provoquer des troubles, le Service de Santé ordonne alors de ne procéder à celles-ci qu'en cas d'intérêt général comme par exemple préciser un diagnostic pour prendre des mesures prophylactiques ou pour renseigner la justice dans le cas d'une affaire criminelle[5]. Enfin, les rites annamites non-catholiques sont aussi pris en compte, notamment pour les travailleurs annamites assimilés à des militaires en cas de maladie depuis le 12 février 1916 et donc pris en charge par le Service de Santé. Là aussi, ce dernier adopte des dispositions funéraires qu'il transmet à tous les directeurs régionaux le 15 juin 1916 et qu'il convient de respecter[6].

2) Le décès dans les hôpitaux, une mort aux différentes facettes.

La gestion de la mort du temps de paix a été modifiée par l'entrée en guerre et par l'augmentation des décès dans les formations sanitaires de la 9e région. La poursuite de la guerre et

[1] A.D.M&L. 101 J 223. Copie de la dépêche n°3 371 3/11, semble-t-il datée du 3 juillet 1915, du ministre de la Guerre.
[2] Nous ne savons pas exactement à quels rites ces dates correspondent. Le 12 août correspond à l'Aïd-al-Fitr marquant la fin du jeûne et l'une des deux autres dates doit être Laylat al-Qadr.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°404 Ci/7 du 16 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°6 356 2/7 du 22 avril 1915 du directeur de la 7e Direction. On rappelle notamment que le corps inhumé ne doit pas entrer en contact avec la terre rejetée dans la fosse, qu'il est interdit de mettre une croix pour signaler la tombe mais que l'on doit se référer au modèle précédemment transmis.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°1 270 3/7 du 9 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°143 Ci/7 du 15 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

par conséquent celle des évacuations impliquent l'augmentation des décès de soldats provenant du front auxquels s'ajoutent ceux des hommes de la région. Dans un contexte d'amélioration des soins et de grandes offensives, le Service de Santé modifie-t-il sa prise en charge des décès ? Cette procédure comprend, selon une temporalité non linéaire, un temps médical, médico-légal et enfin cultuel.

a) Le temps médical de la mort.

Avec la mort du soldat, débute les procédures médico-légales et cultuelles de la mort. Cependant, il convient de comprendre les caractéristiques de la mort dans la 9e région militaire avant d'étudier ces temps, notamment dans le but de définir ce qu'est la mort loin du front. Tout d'abord, le nombre de morts dans les hôpitaux de la 9e région militaire est difficile à estimer. Au niveau des hôpitaux de l'intérieur, le ministère de la Guerre évalue le nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur à 2 754 724 et estime le nombre de décès à 55 242, soit environ 2 %[1]. Le nombre de décès dans les hôpitaux de la région semble peu important et inférieur aux statistiques du ministère de la Guerre[2]. Tout au moins c'est ce que tente de démontrer le personnel de ces hôpitaux dans ses rapports. Le médecin major de 2e classe Camus*, rédige l'historique de l'hôpital complémentaire n°1 de Châteauroux qui a fonctionné du 9 août 1914 au 13 septembre 1916[3]. Sur les 3 896 soldats qui y ont été soignés, parfois dans des conditions précaires, il dénombre cinquante-neuf morts soit 1,51 morts pour 100 hospitalisés. Encore faut-il, selon ce médecin, écarter un soldat allemand mort dans un train sanitaire et un français mort de noyade accidentelle durant une baignade. Il va encore plus loin, estimant que trois décès ne sont pas imputables à l'hôpital car les hommes sont décédés quelques heures après leur admission. Le taux de mortalité serait alors d'1,38 %, ce qui satisfait ce médecin.

La spécificité des formations sanitaires influe sur le taux de mortalité des hospitalisés, augmentant ou diminuant la mortalité par rapport au taux « moyen » qui serait celui du ministère de la Guerre[4]. L'hôpital complémentaire n°37 est destiné aux maladies contagieuses qui sont la cause de quasiment tous les décès de la formation durant la période allant de l'ouverture de la formation au 20 octobre 1916[5]. Sur les 2 171 soldats entrés à la formation durant cette période, 108 sont décédés soit

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), *Étude de…, op. cit.* p. XV. Un nombre qui comprend les décès à la suite de blessures de guerre ou d'accident et les gazés. Le médecin inspecteur général Toubert estime le nombre de décès par suite de blessures à 30 421 d'août 1914 à janvier 1916 et à 20 407 pour les années 1916 à 1918. Dans le même temps, le nombre de décès par maladie est de 27 040 (2,25 %) et 68 259 (0 ,94 %). TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général), (1920), *Étude statistique…, op. cit.* p. 19.

[2] Cependant, le chiffre du ministère précédemment cité ne prend pas en compte les décès dus aux maladies. En outre, l'étude présentée ici ne peut être exhaustive de par l'absence d'archives concernant certains hôpitaux et le nombre de ces derniers dans la 9e région militaire estimé à plus de cinq cent.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°1 de la IXe région à Châteauroux par le médecin major de 2e classe Camus et datée d'octobre 1916.

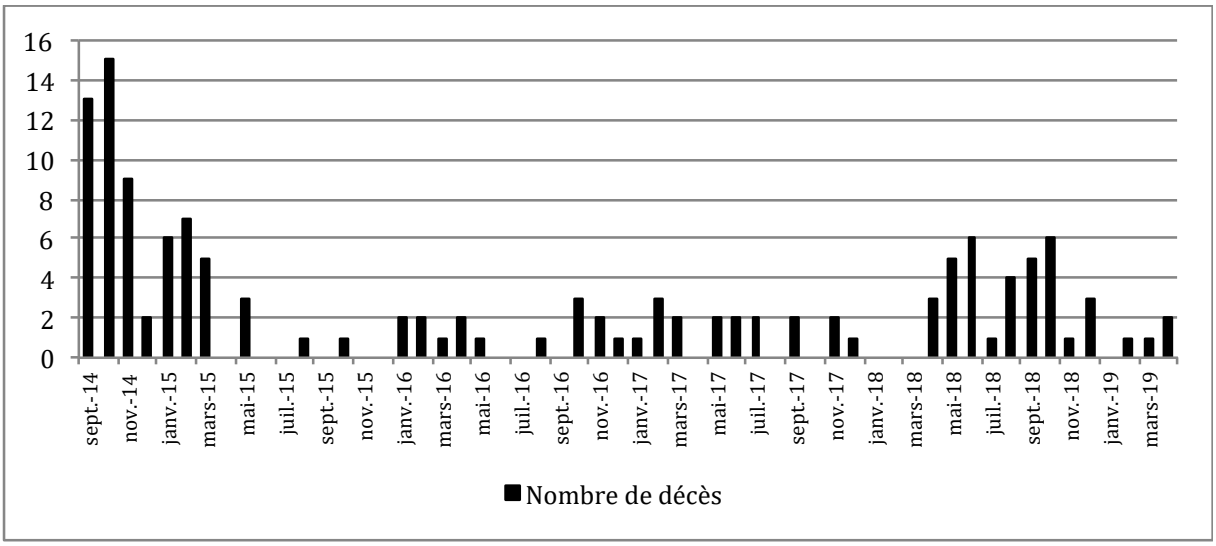
[4] En l'absence d'études sur la mortalité dans les formations sanitaires de l'intérieur, nous avons choisi de prendre comme chiffre moyen celui de l'étude menée par le ministère de la Guerre et publiée en 1924.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde par le médecin-chef Dauvergne et probablement daté d'octobre 1916. La statistique débute avec l'ouverture de la formation et s'achève le 20

une mortalité de 4,97 %. Parmi ces décès on en dénombre quarante-six dus à la tuberculose (11,88 % de taux de mortalité) et vingt-quatre dus à la méningite cérébro-spinale (31,17 % de taux de mortalité). L'hôpital complémentaire n°2 est une autre formation avec des services spécialisés où les blessés sont surreprésentés. L'étude de son registre des décès[1] montre aussi l'action de ces formations sur la baisse de la mortalité. Sur les 15 940 hospitalisés[2] à l'hôpital complémentaire n°2, on dénombre 133 décès soit 0,83 mort pour 100 hospitalisés. Une statistique inférieure à celle de l'hôpital complémentaire n°1 de Châteauroux et à celle du ministère de la Guerre montrant la réussite de ce type de structure.

La date du décès du soldat mentionnée sur le registre permet de dévoiler les périodes où le nombre de morts est le plus élevé montrant des différences avec les pertes de l'armée française.

Figure 30. Évolution du nombre de décès à l'hôpital complémentaire n°2 du mois de septembre 1914 au mois d'avril 1919[3].



Si l'année 1914 est la plus mortelle pour l'hôpital, traduisant l'entrée en guerre catastrophique de l'armée française et du Service de Santé, la seconde année la plus meurtrière est 1918 ce qui diffère des pertes de l'armée française[4]. Ceci s'explique par la désorganisation du Service de Santé du front suite à l'offensive allemande du 21 mars 1918 qui entraine le retour, temporaire, des évacuations massives sur l'intérieur faisant craindre à certains chirurgiens de la 9e région, un retour aux heures

octobre 1916. Les malades qui ne sont pas morts d'une maladie contagieuse sont deux, un abcès du foie et une septicémie. On compte aussi trois décès par infection purulente et un décès par angine gangréneuse.

[1] S.A.M.H.A. T 3391. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registre des décès (2 septembre 1914 – 16 avril 1919).

[2] Cependant, un soldat peut être hospitalisé plusieurs fois dans cette formation. Par exemple, s'il est transféré momentanément dans un autre hôpital pour recevoir des soins particuliers avant de revenir à l'hôpital complémentaire n°2.

[3] Un décès n'est pas comptabilisé et date probablement d'août ou de septembre 1914.

[4] BECKER, Jean-Jacques, (2008), *Dictionnaire…, op. cit.* p. 174. Les pertes de l'armée française s'élèvent à 301 000 hommes en 1914, 349 000 en 1915, 252 000 en 1916, 164 000 en 1917 et 235 000 en 1918.

sombres de 1914[1]. En outre, l'épidémie de grippe espagnole frappe la France cette année-là[2], même si elle n'est pas la cause de nombreux morts dans cette formation. Les chiffres des années 1915, 1916 et 1917, s'expliquent par la réorganisation du Service de Santé, amorcée après la stabilisation du front en 1914 et accélérée au début de l'année 1915. L'amélioration des soins qui en résulte, au front et dans la 9e région, fait baisser la mortalité des soldats. La diminution des offensives et la réorganisation des flux d'évacuation des soldats malades et blessés font que le nombre d'hospitalisation diminue dans la 9e région et avec lui, le nombre de décès.

Les causes de la mort des soldats ainsi que les profils des décédés sont extrêmement variés. La spécificité de l'hôpital complémentaire n°2 ne permet pas un aperçu global de cette question. Si l'on se fie au registre des décès, il est parfois difficile de déterminer la cause réelle de la mort. C'est le cas de six d'entre elles[3]. Cependant, dans la grande majorité des cas, soixante-seize, les soldats décèdent des complications liées à leur blessure contre lesquelles les chirurgiens tentent de lutter, comme le tétanos ou la gangrène gazeuse, ou lors d'accidents opératoires. Seulement vingt-huit décès sont mentionnés sans cause de maladie ou de complication. L'hôpital complémentaire n°2 compte vingt-trois morts par maladie. D'un point de vue général à la région, ce dernier type de décès concerne les maladies connues avant la guerre auxquelles s'ajoutent des cas particuliers (anthrax, angine de Ludwig) ainsi que la grippe espagnole. Deux décès sont dus à cette maladie à l'hôpital complémentaire n°2 bien qu'ils soient considérés comme des complications de blessure de guerre. À cela s'ajoutent les décès dus à des maladies psychiatriques ou psychologiques (l'un suite à une anorexie mentale dans cet hôpital). Enfin, il convient de signaler des cas particuliers comme les noyades, les accidents de service ou en permission, les accidents de civils pris en charge par les militaires et les suicides comme ce soldat qui se suicide par contusion du thorax à l'hôpital complémentaire n°2.

Quant aux morts, leur profil concerne bien évidemment les soldats évacués du front avec un état de santé critique ou s'aggravant mais aussi ceux tombés malades dans la région et ceux en instruction. Parmi ces derniers, se trouvent à l'hôpital complémentaire n°2, quatre aviateurs qui décèdent des suites de leur chute d'avion. Ceux-ci ne sont pas réellement morts dans cet hôpital mais leur mort officielle y a été enregistrée, c'est aussi le cas du décès par asphyxie. Dans ce type de cas, le décédé est « […] reçu à titre de dépôt […] »[4], par l'hôpital militaire, l'hospice civil du lieu du décès ou l'hôpital le plus proche. De même, meurent dans les hôpitaux, ou sont enregistrés comme tels, les

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de mai 1918.
[2] BECKER, Jean-Jacques, (2008), *Dictionnaire…, op. cit.* p. 99. L'auteur dénombre environ 200 000 décès dont la moitié concerne des soldats. Ces chiffres diffèrent de ceux cités aux pages 325-327 du volume 2.
[3] On compte parmi ces décès, deux suicides dont l'un serait supposé, deux cas de mort subite, une asphyxie accidentelle et un cas indéterminé.
[4] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 34 (Article 66).

prisonniers, les soldats alliés et les civils. Le personnel des hôpitaux décède aussi dans ces formations, principalement de maladie. D'autres cas particuliers sont à signaler. Le chirurgien de l'hôpital complémentaire n°2, Henry Barnsby, décède en février 1919, probablement de la grippe espagnole. Tourangeau, il ne meurt pas à l'hôpital mais chez lui. Autre décès particulier à l'hôpital complémentaire n°2, le directeur du Service de Santé de la 9e région qui semble-t-il se suicide à la fin du mois d'août ou au début du mois de septembre 1914[1].

b) Le temps médico-légal de la mort.

La procédure médico-légale qui suit le décès n'est pas modifiée par la guerre : l'intervention du Service de Santé se limite au rappel des règles et procédures dans le cadre de la circulaire du 18 novembre 1914. Lorsqu'un décès est constaté, le corps est transporté dans la salle des morts de l'hôpital avec sa plaque d'identité. Cependant, cela n'évite pas les cas où l'identité du soldat est inconnue, comme ce soldat décédé à l'hôpital complémentaire n°2 le 2 septembre 1914 dont on ne peut présumer que le nom, le grade et le corps[2]. Le billet d'hôpital du décédé est complété par la mention du décès en en précisant les causes et la date fixée par l'hôpital. Les autorités militaires locales sont immédiatement prévenues et si le mort est un officier, le ministère de la Guerre l'est directement. L'officier d'administration gestionnaire de l'hôpital doit adresser rapidement à l'officier d'état civil de la localité, une déclaration du décès comprenant la date d'entrée à l'hôpital, la date de décès et le matricule du décédé. La cause de la mort n'est pas mentionnée sauf si elle est due à des blessures reçues sur le champ de bataille ou dans le cadre du service commandé[3]. Suite à cette déclaration, le registre des décès est complété avec notamment la mention des causes de la mort. En outre le registre des entrées de la formation fait mention du décès. Ensuite, deux extraits du registre des décès sont envoyés : le premier au maire du lieu de résidence du décédé, mais sans la mention de la cause du décès ; le second, complet, au directeur régional du Service de Santé qui le transmet au Bureau des Archives du ministère de la Guerre. Ces extraits n'ont pas de valeur légale devant les tribunaux et permettent simplement de renseigner les familles via le ministère de la Guerre. Enfin, il convient de préciser que toute facilité doit être donnée aux soldats désirant faire leur testament à l'hôpital.

[1] A.D.V. 5 M 309. Journal du Service de Santé et d'Hygiène du département de la Vienne, tenu par son directeur le docteur Jablonski. Une note écrite à la fin du mois d'août 1914 semble mentionner un possible suicide mais il est probable que cela soit aussi une crise cardiaque ou un infarctus.
[2] S.A.M.H.A. T 3391. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registre des décès (2 septembre 1914 – 16 avril 1919).
[3] La mention « blessure de guerre » apparaît sur le registre des décès de l'hôpital complémentaire n°2 pour la première fois le 17 février 1915 pour un soldat entré à l'hôpital le 29 novembre 1914. Elle est ensuite mentionnée plus régulièrement mais il ne semble pas y avoir d'obligation de l'inscrire sur ce registre. Cependant, on y note les maladies ou blessures ne relevant pas du fait de guerre.

L'action du Service de Santé sur ce point s'explique principalement par sa volonté d'accélérer les successions des militaires décédés tout en respectant les procédures, dont celles concernant les objets appartenant au défunt, qui sont définies par le règlement du temps de paix[1]. Dans le but d'améliorer les procédures, certaines formations qui ne procèdent pas à la liquidation des successions (hôpitaux auxiliaires et bénévoles) doivent envoyer au Bureau de Comptabilité et de Renseignement des Armées du ministère de la Guerre, les objets appartenant aux militaires décédés dans les hôpitaux[2]. Les testaments olographes et les dispositions testamentaires qui seraient retrouvés lors des inventaires doivent aussi lui être adressés[3]. Les sommes d'argent et autres valeurs (bons, etc.) sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations et un inventaire de ces sommes est transmis au bureau. Les familles peuvent récupérer directement, uniquement ce que le soldat aurait laissé au dépôt de son corps de troupe. Ces dépôts interviennent aussi dans la succession des militaires par la constitution des dossiers de pension des veuves des militaires. Ce travail n'est pas facilité par certaines formations sanitaires qui ne remplissent pas correctement les pièces nécessaires retardant ainsi les successions. Là encore, l'administration des formations est pénalisée par le non-respect des procédures et le 31 janvier 1916, le Service de Santé doit rappeler les formations sanitaires à l'ordre[4].

La succession des soldats et travailleurs coloniaux, indigènes ou étrangers s'opère dans des conditions différentes du fait du statut de ces hommes. La transmission des avis de décès se fait depuis le 28 décembre 1914, directement au directeur de l'administration centrale de l'armée tunisienne pour les militaires indigènes tunisiens qui transmet ensuite aux familles. Pour les militaires indigènes algériens et marocains, cet avis est transmis aux dépôts dans le premier cas et au Commissaire Résident Général dans le second cas[5]. Ce contrôle de l'information se fait aussi pour « adoucir » l'annonce du décès. Toujours dans le but d'accélérer les successions, celles des militaires créoles ou des tirailleurs sénégalais sont réalisées à partir de novembre 1915, par des « […] curateurs aux biens vacants […] »[6], auxquels doivent être envoyés les objets du défunt et les documents nécessaires. Les objets périssables doivent être vendus et le produit de la vente et l'argent du défunt sont alors déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette mesure est appliquée aux travailleurs coloniaux et aux

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 154-160 (Articles 453 à 462).
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°33 183 C/7 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire du 10 septembre 1915.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 155-156 (Article 453). En théorie, le testament doit être remis au président du tribunal civil. De même, un soldat sur le point de mourir a le droit d'établir un testament. Il est probable que les deux systèmes subsistent.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°7 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le problème porte plus précisément sur les causes de la mort. Les médecins-chefs n'indiquent pas toujours si celle-ci est due à un fait de service ou à une circonstance de guerre. Ceci explique que sur les registres des décès, il est indiqué si la blessure ou la maladie entrainant la mort est due à la guerre ou non.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°2 451 2/7 du 20 février 1915 du directeur de la 7e Direction.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°574 5/7 du 11 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le Service de Santé reprend alors une disposition d'un décret du 20 février 1908 relatif aux colonies.

troupes indochinoises mais parfois difficilement[1]. Les successions des soldats alliés décédés dans les formations sanitaires françaises sont aussi règlementées à l'exemple de celles des soldats américains[2]. Les objets du défunt sont à envoyer à l'officier commandant le dépôt des effets de la *Base Section* n°1 de Saint-Nazaire, le numéraire doit être envoyé sous forme d'un mandat.

c) Le temps cultuel.

L'action du Service de Santé dans la mort du soldat se poursuit par la prise en charge du temps cultuel de cette mort dans le cadre de la notice n°13 du règlement de 1911[3]. Cette notice définit les obligations du Service de Santé qui doit fournir une bière, un suaire et une chemise pour chaque mort. Les obligations diffèrent selon les grades. Les avantages liés au grade se conservent donc dans la mort et s'observent aussi dans d'autres aspects de la cérémonie comme la croix pour la sépulture si celle-ci est commandée dans le commerce. Sinon, elle doit si possible être fabriquée à l'hôpital et se compose de bois peint avec l'inscription du nom, de l'âge, du grade, du corps de troupe du mort et de la date du décès. Cette « procédure » cultuelle est peu modifiée durant le conflit, les formations sanitaires se mettant parfois aux normes fixées par la notice n°13. Ainsi tous les hôpitaux ne disposent pas de chapelle ou salle des morts. L'hôpital complémentaire n°2 ne se dote d'une telle salle qu'en 1916 afin de permettre aux familles et aux amis de se recueillir auprès des corps des soldats décédés. Une salle où trône des drapeaux tricolores et un crucifix, une présence autorisée par l'article 28 de la loi de séparation des églises et de l'État bien que le local soit un lycée public[4].

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°463 Ci/7 du 15 mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les difficultés évoquées par la suite sont principalement des absences ou des erreurs dans les renseignements permettant d'indiquer le domicile du défunt, ce qui ralentit le règlement des successions.
[2] A.N. C 7690. Instruction n°700 Ci/7 du 22 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. L'instruction concernant les militaires alliés date du 2 juillet 1916 mais n'a pu être retrouvée.
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 372-375 (Notice n°13).
[4] PROST, Antoine. *Les anciens combattants et la société française 1914-1939, Volume 3 Mentalités et Idéologies.* Paris : Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 268 p.

Figure 31. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes à Tours. Salle des morts.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 16 avril 1916. Date et auteur inconnus.

Les décès des soldats alliés et ennemis nécessitent la création de cimetières ou d'espaces à l'intérieur de ceux déjà existant. La loi du 29 décembre 1915 établit le principe de sépultures perpétuelles pour les militaires des armées françaises ou alliées décédés durant la guerre des suites de blessures ou de maladies contractées aux armées. Les emplacements des cimetières militaires français sont choisis par une commission régionale qui agit en collaboration avec les conseils départementaux d'hygiène et les conseils municipaux[1]. Pour les soldats alliés, le choix est fait par des représentants des armées alliées en collaboration avec les autorités militaires et civiles françaises auxquelles on demande toute la bienveillance. Dans le cas des soldats américains, le choix est fait par le capitaine Hoy, représentant du Service Américain des inhumations militaires, dont on ordonne de faciliter la mission et de lui réserver le meilleur accueil ce que fait notamment la ville de Tours. Dans une lettre du 14 décembre 1917, le premier adjoint faisant office de maire explique que la ville « […] sera fière de recevoir dans sa nécropole les cendre [*sic*] des soldats alliés qui auront donné leur vie pour la cause commune et [ses] compatriotes entoureront d'un respect particulier les tombes de ces héros. »[2] La ville de Tours propose alors d'enterrer les morts américains dans la nouvelle partie du cimetière la Salle. L' A.E.F. *Cimetary n°33 American* est officiellement créé en mai 1918, il a une capacité de 620

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 97. Circulaire n°105 344 2/4 du 28 novembre 1917 du ministre de la Guerre.
[2] A.M. Tours. 4H2 boîte 97. Copie d'une lettre datée du 15 décembre 1917 de Camille Chautemps, adjoint faisant office de maire, et dont le destinataire est inconnu. La lettre est probablement destinée au Service Américain des inhumations militaires.

sépultures[1]. Ces cimetières alliés nécessitent parfois d'être agrandis pour faire face à un surcroît de décès. Dans ce cas aussi, l'accord des autorités civiles est nécessaire. Le 3 janvier 1919, le conseil départemental d'hygiène de l'Indre accepte l'agrandissement du cimetière de Fontgombault près duquel se trouve un hôpital militaire belge car il n'y a plus assez de place pour enterrer les militaires belges[2]. Quant aux soldats ennemis, il semble que l'armée prenne en charge leur enterrement, ils sont alors inhumés au sein des cimetières de la région, dans des carrés qui leurs sont dédiés.

Les cérémonies funéraires demeurent les célébrations patriotiques voulues au début de la guerre notamment lorsqu'elles sont annoncées dans les journaux ou auprès des troupes, elles sont aussi l'occasion de rendre un hommage particulier à certains militaires. Le 31 mars 1916, le colonel commandant d'armes de la place d'Angers fait connaître aux officiers et soldats de la place, la mort du général de brigade Montaudon, commandant d'armes et commandant supérieur des Dépôts de cavalerie d'Angers. Ce dernier est décédé le 29 mars à l'hôpital mixte d'Angers. Dans ce cas, des dispositions particulières sont prises pour lui rendre hommage :

> « Les honneurs seront rendus par un détachement composé de une [*sic*] compagnie du Génie, une compagnie d'Infanterie, une batterie d'artillerie et trois escadrons de cavalerie chacun à l'effectif de 80 hommes.
> Le détachement sera sous les ordres de M [*sic*] le Chef d'Escadrons Commandant les dépôts de cavalerie. Ces troupes devront être rendues à l'Hôpital mixte à 9 heures 30.
> Sur la demande expresse de la famille, il ne sera envoyé ni fleurs ni couronne. »[3]

Les honneurs militaires qui sont rendus à ce général illustrent aussi cette différence de traitement en fonction du grade. En outre, dans ce cas, la famille intervient en récupérant le corps au terme du convoi funéraire en gare d'Angers. Dans le cadre de la dépêche du 10 juin 1916 précédemment citée, des réductions sont accordées aux familles pour se rendre aux obsèques[4]. La mention « Mort pour la France » instaurée par la loi du 2 juillet 1915 vient accroître cette célébration patriotique que l'on retrouve jusque dans les registres et les documents des hôpitaux[5]. Ce patriotisme est partagé par le monde civil, a minima par les autorités, comme en témoigne les célébrations pour les morts qui ont lieu chaque année à la Toussaint à Angers. Le maire de la ville demande une délégation d'officiers au commandant de la place pour les cérémonies de la Toussaint en 1916 qu'il organise comme en 1914 et 1915. Le commandant de la place encourage la participation des officiers des différents services de l'armée présents dans la ville :

---

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 97. Notice sur le cimetière américain par l'inspecteur du cimetière de la ville de Tours et datée du 28 août 1921. En 1918, une célébration a lieu lors du *Memorial Day* du 4 juillet. Après la guerre, les corps sont exhumés pour être rapatriés aux États-Unis.
[2] A.D.I. 5 M 65. Registre des délibérations du conseil départemental d'hygiène de l'Indre. Séance du 3 janvier 1919.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 31 mars 1916.
[4] A.D.M&L. 7 Hs Q/58. Copie de la dépêche ministérielle n°21 147 4/11 datée du 10 juin 1916 du ministre de la Guerre. Dépêche n°9 162 datée du 19 juin 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Cette dépêche abrogeant différents textes, nous ne savons pas précisément quand cette disposition a été prise.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°12 565 2/7 du 9 juillet 1915 du directeur de la 7e Direction. Cette mention n'apparaît pour la première fois que le 30 novembre 1917 sur le registre des décès de l'hôpital complémentaire n°2.

« En un mot, plus que jamais chacun doit comprendre la haute signification que prend dans les circonstances actuelles le culte des morts et l'hommage suprême rendu aux victimes de la guerre. »[1]

C) L'hospitalisation des populations particulières.

Les soldats alliés, les prisonniers de guerre, les troupes et les travailleurs provenant de l'empire colonial français ou de l'étranger comme les travailleurs chinois, constituent des populations particulières prises en charge par le Service de Santé. Leur particularité se définit par les régimes juridiques et hospitaliers qui diffèrent des citoyens français. Les adaptations du système hospitalier de la 9e région au début de la guerre montrent ces différences de régimes qui sont parfois communes à ces populations. Les prisonniers de guerre sont soumis à un contrôle des plus strict, tout comme les troupes provenant des colonies bien que les origines de ce contrôle divergent. La particularité de ces populations se dévoile aussi par les salles et les formations spécifiques qui leur sont dédiées. Cependant, si les conditions d'hospitalisation divergent, les soins demeurent les mêmes que pour les citoyens français, hormis pour les prisonniers de guerre. Dans un contexte d'amélioration des soins, il convient de montrer si l'hospitalisation de ces populations s'en trouve modifiée ou non. Surtout, il convient de s'interroger sur les modifications engendrées ou non par l'arrivée de nouvelles populations particulières et par le déroulement du conflit.

1) Les soins des soldats coloniaux et indigènes, une hospitalisation aux multiples règles.

La diversité et l'importance de l'empire colonial français ne se traduisent pas uniquement par celles des troupes provenant de celui-ci et qui se battent sur le sol métropolitain, ainsi qu'en Afrique et au sein de l'Armée d'Orient. Elle s'exprime aussi dans les régimes juridiques des différents soldats de cet empire qui influent sur leurs conditions d'hospitalisation. Après un premier contact en 1914, le Service de Santé de la 9e région adapte son système hospitalier pour soigner et récupérer ces hommes parfois perdus dans un maquis administratif.

a) Une prise en charge médicale générale et spécifique.

Les principes de l'hospitalisation des coloniaux, indigènes et Chinois, qu'ils soient soldats ou travailleurs, évoluent peu durant le conflit et suivent ce qui a été mis en place en 1914 et qui est rappelé le 14 août 1915 pour les indigènes d'Afrique du Nord[2]. Ainsi, ces hommes doivent être groupés dans des hôpitaux complémentaires ou mixtes qui ne leurs sont pas uniquement réservées,

[1] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 30 octobre 1916.
[2] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Circulaire n°29 277 C/7 du 14 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

sauf soins spéciaux. Le respect de leur religion, de ses rites ou de leurs cultures, comme la nourriture, est aussi une obligation. Dès lors, le Service de Santé ne fait que répéter ces directives pour chaque « type » de coloniaux. Ainsi, les circulaires des 27 mars et 31 mai 1916 sont similaires : la première concerne les soldats indigènes « sénégalais », la seconde les soldats indigènes annamites[1]. Outre ces principes, le S.S.E.S.S.M. rappelle que ces deux types d'hospitalisés ne le sont que transitoirement dans la 9e région, les premiers devant rejoindre les 15e ou 18e régions, les seconds la 15e, dès que leur état le permet. La non-exclusivité des formations sanitaires pour ces hommes est rappelée le 31 août 1916 pour les militaires indigènes annamites et le 15 septembre 1916 pour les militaires indigènes « sénégalais »[2].

La spécificité de l'empire colonial français se retrouve dans cette hospitalisation : le 31 mai 1916, le Service de Santé explique que les militaires indigènes originaires des Quatre-Communes du Sénégal[3] ont les mêmes obligations et avantages que les citoyens français, c'est aussi le cas des soldats créoles[4]. De même, les travailleurs coloniaux indochinois, malgaches ou nord-africains, dépendant du Service de l'organisation des Travailleurs coloniaux sont pris en charge comme les soldats de leur pays ; ils sont hospitalisés dans les hôpitaux complémentaires, mixtes ou civils. Leur traitement est pris en charge par ce service[5]. Quant aux travailleurs chinois[6], ils sont assimilés aux autres travailleurs coloniaux le 1er octobre 1916[7]. L'instruction n°330 Ci/7 du 25 novembre 1916 reprend l'ensemble des procédures concernant l'hospitalisation et ses suites (réforme, permission, succession, etc.) des militaires et ouvriers indigènes[8]. L'instruction est quelque peu remaniée par la suite. Ainsi le 25 juin 1917, on interdit d'hospitaliser dans une même formation les travailleurs coloniaux et les militaires indigènes d'une même origine[9]. Le 20 décembre 1917, les créoles ne sont désormais hospitalisés que transitoirement dans les formations de la 9e région et doivent le plus rapidement possible rejoindre la 18e région[10]. Des dispositions spéciales sont prises pour les hommes atteints de tuberculose. Les

[1] A.N. C 7521. Circulaires n°50 Ci/7 du 27 mars 1916 et n°113 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7521. Circulaires n°213 Ci/7 du 31 août 1916 et n°236 Ci/7 du 15 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] Il s'agit de Gorée, Rufisque, Saint-Louis et Dakar.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°114 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°191 Ci/7 du 15 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] MA, Li. « La Chine et les travailleurs chinois dans la Première Guerre mondiale », *Monde chinois,* 4/2012, N° 32, p. 92-106. 140 000 travailleurs chinois ont été employés en France. Les premiers sont arrivés en 1916 et les derniers en 1918. Les derniers rapatriés en Chine, l'ont été en 1922.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°264 Ci/7 du 1er octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[8] A.N. C 7521. Instruction n°330 Ci/7 du 25 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette instruction légifère toute la vie hospitalière de ces hommes, de leur entrée à leur sortie par guérison, réforme, permission ou décès. On y retrouve aussi la liste des sociétés autorisées à agir auprès d'eux notamment par des dons. L'instruction précise que l'hospitalisation des travailleurs coloniaux est prise en charge par l'employeur en cas d'accident du travail.
[9] A.N. C 7690. Circulaire du 25 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il n'y a pas de justification quant à cette décision.
[10] A.N. C 7690. Circulaire n°632 Ci/7 du 20 décembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

indigènes d'Afrique du Nord atteints de cette maladie sont envoyés dans les services spécialisés d'Algérie ou de Tunisie, les Marocains sont dirigés sur ceux d'Algérie[1]. De même, les créoles et les sénégalais des Quatre-Communes déclarés inaptes à un service en métropole sont renvoyés chez eux[2].

Ces hommes demeurent placés sous la surveillance des interprètes mis à leur disposition et sous celle du personnel soignant[3] dont on modifie en partie la composition pour éviter des « transgressions » de l'ordre colonial. En août 1915, le S.S.E.S.S.M. ordonne de modifier la composition du personnel infirmier destiné à soigner ces soldats. Celui-ci doit désormais être composé d'infirmiers militaires ou d'infirmières « […] dont l'age [*sic*] ou la sélection rigoureuse présenteront toute garantie. »[4] En décembre 1915, le moral des soldats coloniaux et indigènes inquiète particulièrement les autorités qui font part de mutilations volontaires pour éviter de retourner au front et d'une « […] dépression morale […] »[5] chez ces hommes. Les autorités dénoncent particulièrement les infirmières qui auraient une attitude trop maternelle envers eux, allant parfois jusqu'à une correspondance incluant des photographies. Une attitude qui, selon les autorités, entraine des cas d'indiscipline mais qui risque aussi de brouiller la hiérarchie coloniale française et de nuire à la « […] mission civilisatrice […] »[6] de la France dans les colonies. Le personnel infirmier est complété par des infirmiers interprètes, français ou indigènes, le 30 septembre 1916, mais ceux-ci ne remplacent pas les officiers interprètes qui continuent leurs contrôles[7].

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°247 Ci/7 du 20 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°522 Ci/7 du 31 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°790 Ci/7 du 20 février 1915 du ministre de la Guerre. On demande aussi à ces interprètes de remonter le moral de ces hommes et de les convaincre en cas de refus d'une intervention chirurgicale.
[4] A.D.M&L. 7 Hs Q 58. Circulaire n°29 277 C/7 du 14 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°2 502 3/7 du 7 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7521. Instruction n°330 Ci/7 du 25 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La crainte affichée par la précédente circulaire est que les soldats indigènes ou coloniaux considèrent les infirmières qui leur écrivent comme leurs amantes.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°257 Ci/7 du 30 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Figure 32. Hôpital complémentaire n°21 à Poitiers. Blessés français et sénégalais accompagnés d'une partie du personnel de l'hôpital.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dossier sur l'hôpital complémentaire n°21 affecté aux soldats sénégalais du mois de septembre 1916 au 29 janvier 1918 par le médecin aide-major de 1ère classe Mahoudeau et l'officier d'administration de 1ère classe Melle. Date et auteur inconnus.

Les indigènes et les coloniaux sont donc regroupés dans une même formation, initialement l'hôpital complémentaire n°26 de Tours pour la 9e région auquel s'ajoute l'hôpital complémentaire n°31 et l'hôpital mixte de cette ville dans la première moitié de l'année 1915[1]. Ainsi, l'hôpital complémentaire n°31 possède en 1916, 146 lits pour les indigènes d'Afrique du Nord et son personnel infirmier comporte un infirmier indigène[2]. Malgré les ordres, des soldats indigènes et coloniaux sont hospitalisés en-dehors de ces trois formations, notamment dans des formations auxiliaires à Poitiers, provoquant un rappel à l'ordre des autorités militaires[3]. Cette organisation doit cependant évoluer sous la pression de deux facteurs : l'augmentation des soldats et travailleurs indigènes et coloniaux en France[4] et le développement des spécialités médicales dans la place de Tours qui accaparent une grande partie des ressources. L'hôpital complémentaire n°26 est abandonné lorsque le centre d'O.R.L. prend de l'ampleur et l'hôpital complémentaire n°21 de Poitiers est destiné à l'hospitalisation des

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Télégramme daté du 23 mai 1915 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au directeur de la 7e Direction.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'hôpital complémentaire n°31 de Tours d'auteur et de date inconnus. Le document est postérieur à juin 1916.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Minute datée du 13 octobre 1915 d'une dépêche du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. On ordonne alors de transférer ces hommes à Tours.
[4] MICHEL, Marc. « Les troupes coloniales dans la guerre ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome I*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 439-448. En 1914, l'armée coloniale compte 30 000 « tirailleurs sénégalais » et au total, la contribution militaire de l'Empire français durant la guerre fut de 607 000 hommes dont 294 000 provenaient d'Afrique du Nord et 171 000 d'Afrique Occidentale Française et des Quatre-Communes. Cependant, tous ces hommes ne combattent pas en métropole.

soldats « sénégalais » en septembre 1916[1]. Face à la saturation de la place de Tours, le directeur du Service de Santé de la 9e région obtient d'hospitaliser provisoirement les indigènes d'Afrique du Nord à Angers en octobre 1916[2] avant de désigner, le même mois, l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray pour les hospitaliser[3]. L'hôpital complémentaire n°31 semble alors abandonné à ce moment[4]. Dans le même temps, les Annamites qui étaient soignés à Châteauroux sont transférés à l'hôpital complémentaire n°23 d'Issoudun[5] puis à l'hôpital mixte de la ville[6]. L'organisation évolue à la suite de l'offensive du Chemin des Dames qui provoquent des évacuations massives sur l'hôpital complémentaire n°25 rapidement saturé[7]. Le directeur régional obtient alors l'autorisation d'hospitaliser les indigènes d'Afrique du Nord à l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers, laissé libre par le transfert du centre de physiothérapie à Tours. Cette organisation semble être en partie maintenue sauf pour l'hôpital complémentaire n°25 qui est transféré aux Américains à la fin de l'année 1917.

b) Un maquis administratif.

L'attribution de permissions, de congés de convalescence ou de réformes, ainsi que les conditions de ces attributions, continuent d'évoluer durant le conflit en fonction du soldat qui n'a pas les mêmes droits s'il provient des anciennes colonies (Antilles ou Réunion) ou des Quatre-Communes, s'il est un indigène du Maroc, d'Algérie ou de Tunisie ou s'il provient des colonies françaises. De même, ses droits diffèrent s'il appartient à des troupes régulières ou auxiliaires de l'armée. En février 1915, les droits des indigènes d'Afrique du Nord sont rappelés aux directions régionales. Ces derniers ont droit à une permission de huit jours dans leur famille mais la mise en route est faite par les dépôts de passage de leur corps en France. En outre, ils ont droit aux congés de convalescence dans les mêmes conditions que les soldats français, qui à cette époque doivent être exceptionnels. Enfin, il est

[1] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dossier sur l'hôpital complémentaire n°21 affecté aux soldats sénégalais du mois de septembre 1916 au 29 janvier 1918 par le médecin aide-major de 1ère classe Mahoudeau et l'officier d'administration de 1ère classe Melle.
[2] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Minute datée du 9 octobre 1916 de la dépêche n°15 244 3/7 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Nous ne savons pas clairement quel fut l'hôpital choisi. Une notice concernant l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers, non datée et dont l'auteur est inconnu, évoque l'hospitalisation des indigènes d'Afrique du Nord à l'hôpital complémentaire n°58. A.D.M&L. 1 ETP 197.
[3] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dépêche n°8 973 H datée du 17 octobre 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. État trimestriel des hôpitaux et établissements de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires affectés aux indigènes d'Afrique du Nord, des troupes noires et des troupes jaunes daté du 30 janvier 1917. L'hôpital complémentaire n°31 n'est pas mentionné.
[5] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dépêche n°9 478 H datée du 6 novembre 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. État trimestriel des hôpitaux et établissements de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires affectés aux indigènes d'Afrique du Nord, des troupes noires et des troupes jaunes daté du 30 janvier 1917.
[7] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dépêche n°4 105 H datée du 26 avril 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

prévu que les militaires réformables puissent attendre leur réforme dans leur pays[1]. Concernant les troupes auxiliaires algériennes et marocaines, les situations diffèrent. Ainsi, les premiers ont droit au congé de convalescence dans les conditions citées précédemment tandis que les seconds en sont exclus sauf pour des cas particuliers où le ministre statue[2]. Concernant les réformes, ces troupes sont exclues des réformes n°1, et doivent rester en France en attendant l'évolution des dispositions, mais non des réforme n°2, les militaires obtenant celles-ci sont ensuite renvoyés chez eux. En juillet 1915, ces troupes obtiennent un droit à la réforme n°1 limité puisqu'elle ne comprend qu'une gratification et non une pension. Il est désormais possible de les renvoyer chez eux après l'obtention de cette réforme[3].

Les soldats coloniaux, notamment les troupes noires, sont soumis à un régime plus strict que les indigènes d'Afrique du Nord. Si ces soldats ont droit aux permissions, aux congés de convalescence, qui doivent aussi être exceptionnels, et aux réformes, les circulaires n°3 056 K et n°19 339 K des 15 mars et 23 octobre 1915 rappellent que les permissions et congés de convalescence à destination des colonies sont interdits. Une disposition quelque peu allégée en juin 1915 pour les tirailleurs sénégalais ayant contracté une maladie ou une blessure durant les opérations militaires et en attente du règlement de leur situation médico-légale : ils peuvent être envoyés en congé de convalescence chez eux. Une disposition cependant exceptionnelle « […] en raison des frais élevés en résultant, et du laps de temps considérable pendant lequel les intéressés seront inutilisés. »[4]

Les militaires créoles disposent eux aussi d'un régime plus favorable étant donné leur situation juridique, la principale difficulté tient à l'éloignement des Antilles. S'ils ne peuvent passer leur permission là-bas, la circulaire n°22 904 K du 18 décembre 1915 autorise ceux ayant un congé de convalescence de deux mois minimum à s'y rendre[5]. En outre, ces militaires, ainsi que ceux originaires des Quatre-Communes disposant de statuts juridiques particuliers, doivent être hospitalisés de la même manière que les Français de métropole. Ils échappent aux formations destinées aux soldats et travailleurs indigènes ou coloniaux et disposent des mêmes droits que les métropolitains[6]. En avril 1917, le S.S.E.S.S.M. ordonne d'évacuer les militaires créoles convalescents n'ayant pas obtenu un congé de convalescence chez eux sur les établissements de l'O.A.C.M., celles de la 17e région pour la 9e région[7].

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°449 9/11 du 2 février 1915 du ministre de la Guerre. Ce droit est obtenu par une instruction du 8 février 1915. A.N. C 7689. Circulaire n°1 207 9/11 du 18 mars 1915 du ministre de la Guerre.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°2 424 9/11 du 12 mai 1915 du ministre de la Guerre.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°4 438 9/11 du 14 août 1915 du ministre de la Guerre.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°11 175 1/8 du 15 décembre 1915 du ministre de la Guerre.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°86 Ci/7 du 12 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il s'agit d'un rappel de la réglementation suite à des demandes à ce sujet de la part des directeurs régionaux.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°114 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°404 Ci/7 du 10 avril 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Afin d'éclairer les formations sanitaires dans ce maquis administratif, le S.S.E.S.S.M. publie l'instruction du 25 novembre 1916 déjà mentionnée et qui décrit les dispositions relatives à chaque statut. De nouveaux droits sont donnés, comme aux indigènes d'Afrique du Nord hospitalisés depuis plus de six mois en métropole et qui peuvent être évacués sur l'Afrique du Nord. Quant aux hommes proposés pour les réformes n°1 et n°2, leur situation est traitée par l'un des centres d'Afrique du Nord. Elle évoque aussi la conduite à tenir dans ces domaines pour les militaires et indigènes d'Indochine qui est assimilée à celle des troupes noires et la procédure est administrée par la commission spéciale de réforme de Saint-Raphaël[1], remplacée par celle de Menton en novembre 1917[2]. Ils sont ensuite rapatriés chez eux tout, comme les travailleurs indochinois réformés.

2) Les soldats étrangers.

Le système hospitalier de la 9e région militaire bâti au début du conflit s'est trouvé modifié par la prise en charge de populations nouvelles pour le Service de Santé que sont les prisonniers de guerre, inconnus en temps de paix, et les soldats alliés. Des organisations spécifiques à ces deux catégories, voire aux différentes nationalités sont mises en place à l'entrée en guerre, et là aussi, la poursuite de la guerre les modifie. En effet, l'augmentation du nombre de prisonniers en France[3], les initiatives diplomatiques, l'entrée en guerre de nouveaux alliés ou ennemis ainsi que la sortie de guerre de belligérants influencent ce système.

a) Les soins des prisonniers de guerre, entre régime de la réciprocité et restrictions.

Le contrôle des prisonniers de guerre que ce soit dans les camps ou les formations sanitaires se fait sous le régime de la réciprocité édicté par les traités d'avant-guerre et adopté avec difficulté au début du conflit. Ces réciprocités n'impliquent pas un relâchement du contrôle des prisonniers de guerre. Celui-ci doit notamment viser les communications comme le rappelle régulièrement l'autorité militaire qui recense les subterfuges trouvés par les prisonniers et leurs correspondants pour échapper à ces contrôles[4]. Ces contrôles concernent aussi les formations sanitaires[5]. La réciprocité dans les communications conduit à fournir aux familles de plus en plus d'informations notamment médicales. Le 8 mars 1915, les commandant des dépôts de prisonniers sont autorisés à répondre directement,

[1] A.N. C 7521. Instruction n°330 Ci/7 du 25 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°616 Ci/7 du 10 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Une disposition qui s'applique aussi aux indigènes des troupes noires car le centre spécial de réforme de la place de Fréjus-Saint-Raphaël n'a pas été créé.
[3] HINZ, Uta et BEAUPRÉ, Nicolas (trad.). « Prisonniers ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 327-338. Il y a entre sept et neuf millions de prisonniers durant la guerre, la France compte au total plus de 300 000 prisonniers provenant des empires centraux.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°5 692 6/10 du 4 avril 1915 du ministre de la Guerre. On met en garde contre les lettres dissimulées dans des noix, des morceaux de fromage ou de chocolat par exemple.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°244 Ci/7 du 20 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

mais succinctement, aux familles des prisonniers[1]. Cette mesure est étendue aux formations sanitaires le 9 avril 1915[2]. Il en va de même de la délivrance des certificats d'origine de blessure, réclamés par les prisonniers allemands pour permettre à leur famille d'obtenir des aides. Dans un premier temps, leur délivrance n'est pas systématique et est directement faite aux prisonniers par les dépôts et les formations sanitaires[3] avant de le devenir en juin 1915 par réciprocité avec ce qui se fait en Allemagne[4]. Cette réciprocité permet aux prisonniers allemands hospitalisés de profiter de colis de vivres envoyés par leurs familles afin d'éviter de possibles représailles sur les prisonniers français en Allemagne[5].

Le travail des prisonniers de guerre est toléré par les traités d'avant-guerre mais celui-ci doit être rémunéré et les prisonniers ne peuvent travailler pour l'industrie de guerre[6]. Cette condition est difficilement réalisable dans le contexte de mobilisation industrielle. Celle-ci nécessite de plus en plus de main-d'œuvre afin de répondre aux besoins du conflit, les prisonniers sont donc de plus en plus sollicités[7]. Pas assez aux dires du ministère de la Guerre en septembre 1915 qui souhaite que plus de prisonniers soient employés. Dans ce but, il demande de renforcer la surveillance médicale des prisonniers et surtout d'améliorer la régularité des visites médicales pour éviter que des prisonniers ne se fassent porter malades le lendemain d'une visite afin de bénéficier de jours de repos en attendant la visite suivante[8]. D'autre part, il rappelle le 2 mai 1915, que les salaires journaliers des prisonniers varient selon le travail fourni et les punitions éventuelles[9]. Quant à la surveillance médicale de ces prisonniers utilisés comme main-d'œuvre, elle pose parfois des questions surprenantes dans un tel contexte, comme la possibilité de les assimiler à des travailleurs civils bénéficiant de la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail. Cette question a principalement un enjeu financier : le but est de savoir si les employeurs utilisant cette main-d'œuvre doivent payer leurs frais d'hospitalisation[10]. Si la réponse est négative, le Service de

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°4 666 6/10 du 8 mars 1915 du ministre de la Guerre. Les renseignements donnés doivent être individuels et calmer les craintes de la famille.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°5 857 6/10 du 9 avril 1915 du ministre de la Guerre.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°5 921 6/10 du 10 avril 1915 du ministre de la Guerre.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°9 239 6/10 du 9 juin 1915 du ministre de la Guerre.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°265 Ci/7 du 1er octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette circulaire ordonne de ne pas interdire ces colis sauf en cas de régime alimentaire spécifique prescrit par le médecin.
[6] JONES, Heather. « Droit international et prisonniers de guerre occidentaux lors de la Grande Guerre ». In : PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XXe siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, p. 48-58.
[7] PORTE, Rémy et BECKER Jean-Jacques (préf.), (2005), *La mobilisation…, op. cit.* p. 258-261.
[8] A.N. C 7690. Circulaire n°16 848 6/10 du 11 septembre 1915 du ministre de la Guerre.
[9] A.N. C 7689. Circulaire n°7 021 6/10 du 2 mai 1915 du ministre de la Guerre. Le salaire journalier peut être augmenté si le prisonnier fournit un travail important et peut être diminué, voire supprimé, s'il ne fournit pas le travail minimum ou s'il a été puni.
[10] A.N. C 7690. Circulaire du 15 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Santé, devant en supporter le coût, se laisse la possibilité d'obtenir le remboursement de ces soins en cas de « […] faute lourde de l'entrepreneur. »[1]

Le Service de Santé demeure vigilant dans la surveillance médicale des camps de prisonniers, une surveillance qui se veut dans le respect des traités internationaux et du principe de réciprocité. En septembre 1915, le Service de Santé ordonne d'accroître la vigilance concernant les risques de maladies épidémiques et dans ce but, il est prescrit de renouveler pendant dix jours la visite sanitaire des nouveaux entrants. Ces hommes ne peuvent travailler que vingt jours après leur arrivée et uniquement après une dernière visite[2]. Ces mesures sont remplacées par de nouvelles dispositions le 30 septembre 1917. Le contrôle sanitaire vise principalement les prisonniers provenant de régions des armées où des cas de maladies épidémiques ont été signalés. Une visite mensuelle est obligatoire pour tous les prisonniers et ceux revenant de chantiers sont examinés[3]. Au camp de prisonniers de Beaumont à Tours, le Service de Santé procède à des campagnes de vaccination antivarioliques en 1916 et 1918 et de vaccination par le vaccin T.A.B. à partir de 1915[4]. L'épidémie de grippe de l'hiver 1918-1919, inquiète le docteur Phélebon, médecin du camp, d'autant que celui-ci est alors un « […] lieu de passage pour les compagnies de prisonniers dirigées sur les régions libérées […] »[5] apportant alors son nouveau lot de contaminés. L'adoption d'une prophylaxie drastique permet de mettre fin à l'épidémie alors qu'elle continue de frapper la ville de Tours[6]. Pour ce médecin, le « […] taux de la morbidité et de la mortalité a été très faible à ce camp pendant toute la durée de la guerre […] »[7] du fait de la bonne application des règles d'hygiène.

Les rapatriements des prisonniers impliquent une surveillance médicale accrue afin de ne renvoyer uniquement que ceux ne pouvant plus se battre contre la France et ses alliés. Le premier échange de prisonniers eut lieu le 2 mars 1915, après des négociations entre la France et l'Allemagne sous l'égide de la Suisse qui fit cette proposition en octobre 1914[8]. Le 25 juin 1915, le ministère de la Guerre rappelle le déroulement du choix des rapatriés séparés en différentes nomenclatures selon leur état de santé (cécité, tuberculose pulmonaire avancée ou maladie mentale incurable) et selon leur grade, les soldats étant séparés des sous-officiers et des officiers[9]. En 1915, la Suisse parvient à convaincre les Français et les Allemands d'interner sur son sol les prisonniers incurables, notamment

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 15 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°36 021 C/7 du 28 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°588 Ci/7 du 30 septembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] PHÉLEBON, Roger, (1919), *Histoire médicale…, op. cit.* p. 30.
[5] *Ibidem, op. cit.* p. 31.
[6] *Ibid.* Le docteur Phélebon met en avant l'instillation intra-nasale d'huile goménolée à 10 % matin et soir pour les prisonniers et les personnes affectées au camp.
[7] *Ibid, op. cit.* p. 83. Il dénombre trois décès en 1915, deux en 1916, onze en 1917 et trente-six en 1918 dont vingt-neuf de grippe compliquée (grippe espagnole). Il estime l'effectif moyen annuel à 800 prisonniers.
[8] COCHET, François. *Soldats sans armes : la captivité de guerre, une approche culturelle*. Bruxelles : Bruylant, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, coll. « Histoires », 1998, 463 p.
[9] A.N. C 7689. Circulaire n°22 572 C/7 du 25 juin 1915 du ministre de la Guerre.

les tuberculeux. Les premiers transferts ont lieu au début de l'année 1916[1]. Puis le 26 mai 1917, un accord franco-allemand autorise le rapatriement de ces prisonniers internés. Enfin, l'accord de Berne du 15 mars 1918 et un accord du 26 avril de cette même année étendent l'internement et le rapatriement à certaines catégories de prisonniers valides[2]. Les échanges de prisonniers s'en trouvent dynamisés et le Service de Santé doit veiller, uniquement pour les catégories de malades et de blessés, à n'envoyer en Suisse ou directement chez eux que ceux ne pouvant plus combattre. Ce contrôle est réalisé par les commissions franco-suisses qui sillonnent les camps de prisonniers afin de désigner ceux pouvant être rapatriés ou internés en Suisse. Le format de ces commissions évolue, la commission dite de contrôle statuant en dernier lieu[3], se fixe à Lyon où sont centralisés départs et arrivées des prisonniers français et allemands[4]. Les médecins des camps de prisonniers doivent préparer le travail de la commission itinérante en présentant un dossier médical des plus complet pour les prisonniers qui doivent être visités[5].

Les soins des prisonniers de guerre s'améliorent en même temps que ceux des soldats français, grâce au développement des spécialités médicales qui bénéficient aussi à ces prisonniers selon la Convention de Genève. La règle est rappelée au début du conflit mais aussi en juillet 1915 par le S.S.E.S.S.M. afin que soit respectées les « […] traditions d'humanité de notre Pays [*sic*] […] »[6] et la « […] bonne réputation de la science médicale française. » Le but est aussi d'obtenir la même qualité de soins pour les prisonniers français : la guerre médicale se joue aussi sur le terrain diplomatique. Les prisonniers sont donc pris en charge par l'organisation médicale de la 9^{e} région, donnant lieu à de rares observations par les chefs de centre ou de secteur comme le chirurgien Robineau. À la suite de l'offensive d'avril 1917, plus de trois cents blessés allemands sont évacués sur Poitiers. Le chirurgien Robineau rend compte des blessures observées, similaires à celles des soldats français et coloniaux ; ces observations sont uniquement traitées d'un point de vue médical[7]. Le docteur Gougerot évoque lui aussi les prisonniers soignés à l'hôpital mixte de Tours pour dermatose[8]. L'amélioration des soins se traduit aussi par la création de structures sanitaires à l'intérieur des dépôts de prisonniers comme

[1] TATE, Hazuki. « Hospitaliser, interner et rapatrier : la Suisse et les prisonniers de guerre ». *Relations internationales*, 2014, 4, n°159, p. 35-47.
[2] *Ibidem.* L'accord de Berne autorise le rapatriement des sous-officiers et soldats d'au moins 48 ans et qui ont fait au minimum dix-huit mois de captivité. Les officiers remplissant les mêmes conditions sont internés en Suisse. Le deuxième accord concerne les prisonniers qui ont au moins 40 ans et trois enfants, ainsi que ceux âgés de plus de 45 ans.
[3] PHÉLEBON, Roger, (1919), *Histoire médicale…, op. cit.* p. 64.
[4] FOUILLET, Bruno. « La ville de Lyon au centre des échanges de prisonniers de guerre (1915-1919) ». *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2005/2 n°86, p. 25-42.
[5] PHÉLEBON, Roger, (1919), *Histoire médicale…, op. cit.* p. 66.
[6] A.N. C 7689. Circulaire n°27 152 C/7 du 30 juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Pour cette citation et la suivante.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Robineau sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Poitiers durant le mois d'avril 1917.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 147. Rapport du médecin major de 2^{e} classe Gougerot sur le fonctionnement du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9^{e} région militaire durant le mois de mai 1917.

les cabinets dentaires. Ordonnés par le S.S.E.S.S.M. le 25 octobre 1916[1], ils sont progressivement mis en place à la fin de cette année et au début de l'année 1917. Ces cabinets sont dirigés par un dentiste allemand sous le contrôle du dentiste de la garnison ; l'équipement provient du Service de Santé français, de la Croix-Rouge allemande ou des familles des dentistes allemands. L'égalité des soins est toutefois limitée par le principe de réciprocité :

> « Pour la fourniture d'appareils prothétiques aux prisonniers allemands, et par mesure de réciprocité, on se bornera, en principe, au strict nécessaire. »[2]

Ainsi, seuls les prisonniers amputés des deux jambes peuvent recevoir des prothèses, les prothèses dentaires ne sont fournies qu'en cas de nutrition défectueuse ou impossible, et les bandages herniaires, classés comme prothèses, ne sont fournis qu'en cas de nécessité indispensable. Seules les prothèses oculaires sont rapidement fournies pour éviter les complications.

b) L'hospitalisation des soldats alliés.

La gestion des hospitalisés alliés dans les formations sanitaires françaises se fait sur des bases communes à tous les alliés. Elles concernent principalement l'aspect financier de l'hospitalisation[3] et le signalement aux autorités compétentes de chaque pays des soldats soignés dans les formations françaises. Pour les alliés hospitalisés en France depuis le début de la guerre, elle ne connaît pas de grande évolution, hormis pour le cas des Russes. Bien que l'armée britannique ait replié ses formations sanitaires sur le nord de la France, certains soldats britanniques demeurent hospitalisés dans les formations françaises du territoire. Pour ces derniers, les conditions d'hospitalisation demeurent celles fixées au début du conflit. En mai 1918, le Service de Santé rappelle simplement que ces soldats doivent être rapidement signalés à l'autorité militaire britannique et qu'à leurs sorties, ils doivent être immédiatement dirigés sur le dépôt de la base de Rouen avec tous leurs documents médico-légaux[4]. Ces dispositions sont rappelées dans une circulaire du 17 juillet 1918 précisant par ailleurs que ces soldats doivent être évacués sur des formations sanitaires anglaises, avec leurs dossiers médicaux et leur équipement militaire, dès que leur état le permet[5]. L'hospitalisation des soldats anglais dans les formations françaises est une procédure rapidement maîtrisée. Il en est de même pour les soldats

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 123. Rapport du médecin major de 1ère classe Monod sur le fonctionnement du service de stomatologie de la 9e région militaire durant le mois de janvier 1917.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°4 Ci/7 du 15 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°1 855 2/7 du 9 février 1915 du directeur de la 7e Direction. La 7e Direction rappelle les règles de remboursement de ces hospitalisations notamment pour les hôpitaux auxiliaires et les hôpitaux mixtes. Celui-ci se fait au prix de l'indemnité journalière fixée par le Service de Santé dans le premier cas, et au prix négocié par les hôpitaux mixtes dans le second.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°716 Ci/7 du 10 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°767 Ci/7 du 17 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

belges, dont l'armée crée des hôpitaux sur le territoire français[1] et qui ne sont plus évoqués dans les circulaires, du moins nous n'en avons plus trouvé mention.

La mise en place rapide de ces procédures et leur bon fonctionnement permet de les adapter aux autres soldats des armées alliées, tout en respectant les organisations de ces dernières. L'Italie entrant en guerre aux côtés de l'Entente le 24 mai 1915, l'hospitalisation des soldats italiens en France est prévue mais semble ne concerner que les soldats ayant obtenu une permission ou un congé en France et qui devraient être hospitalisés. Il est alors ordonné de signaler ces hommes le plus rapidement possible aux autorités italiennes afin qu'ils ne soient pas considérés comme déserteurs en ne rejoignant pas leur dépôt à la date prévue[2]. Le cas des soldats américains diffère de celui des italiens du fait de l'importance de l'engagement des troupes américaines sur le sol français. Si le Service de Santé américain dispose de formations sanitaires, il arrive que des soldats américains soient hospitalisés dans les formations françaises et inversement. Une instruction précise ces deux procédures le 6 avril 1918[3] reprenant des dispositions adoptées pour les soldats des autres pays alliés. Ainsi, les autorités militaires américaines doivent être rapidement prévenues de l'hospitalisation d'un soldat américain dans une formation française et il doit être évacué dès que possible sur une formation américaine avec tous ses documents médico-légaux. Quant aux soldats devant être conservés jusqu'à leur guérison, ce qui doit demeurer exceptionnel, ils doivent être dirigés sur le dépôt de Saint-Aignan-Noyer pour les troupes combattantes, et sur leur unité ou le dépôt de Blois pour les non-combattants[4].

L'hospitalisation des soldats russes connaît une évolution différente suite à la Révolution d'Octobre le 6 novembre 1917 (24 octobre 1917 dans le calendrier julien) qui mène au retrait de la Russie de la guerre le 3 mars 1918 par le traité de Brest-Litovsk. Du moins pour ce qui est du front de l'Est car des troupes russes demeurent stationnées en France[5]. Avant la Révolution d'Octobre, l'hospitalisation des soldats russes dans les formations sanitaires françaises relève d'un régime similaire à celui des autres alliés. La seule différence notable est qu'elle est prise en charge par le l'État français[6]. La circulaire n°556 Ci/7 du 20 juillet 1917 vient régler, tardivement, les conditions d'hospitalisation des soldats russes provenant du front occidental[7]. Les soldats hospitalisés dans les hôpitaux de l'intérieur doivent être dirigés sur le camp de la Courtine à leur guérison. S'ils ont encore besoin de soins ou d'un congé de convalescence, ils doivent être dirigés sur la 10^{e} région militaire

[1] MELIS, L. *Contribution à l'histoire du service de santé de l'armée au cours de la guerre 1914-1918*. Bruxelles : Institut cartographique militaire, 1932, 546 p.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°548 Ci/7 du 25 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°684 Ci/7 du 6 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°775 Ci/7 du 10 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] ADAM, Rémi. *Histoire des soldats russes en France, 1915-1920 : les damnés de la guerre*. Paris : L'Harmattan, 1996, 383 p.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°300 Ci/7 du 27 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°556 Ci/7 du 20 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La circulaire traite aussi de l'hospitalisation des soldats russes venant du front de Salonique.

(Rennes). Ceux devant être rapatriés en Russie sont dirigés sur le centre de Guingamp ou de Saint-Pol-de-Léon, quant aux militaires atteints de troubles psychiques, ils demeurent soignés à l'hôpital Michelet de Vanves. La situation spéciale des troupes russes situées en France après la Révolution d'Octobre débouche sur une organisation originale du Service de Santé de ces troupes[1]. Celles-ci sont alors assimilées à des troupes françaises dépendantes d'une direction du Service de Santé des contingents russes en France basée à Laval où se trouve le commandement des troupes russes en France, et dirigée par un médecin militaire français. Cette direction comprenant des médecins français parlant russe et des médecins russes, contrôle l'hospitalisation des soldats et des travailleurs russes sur tout le territoire même si la 10e région militaire demeure privilégiée dans les soins de ces soldats. Cette prise en main par les médecins militaires français n'écarte pas les médecins et le personnel infirmier russe qui reste attaché à ces soldats. Cette situation originale semble se poursuivre jusqu'à la fin de la guerre. L'hospitalisation des soldats de l'armée « tchécoslovaque » est assimilée à celle des soldats russes, du fait de l'origine de cette armée, même si ces soldats sont soignés dans des conditions similaires à celles des soldats alliés. Admis dans les formations françaises dans les mêmes conditions que les soldats français, ils doivent être regroupés dans un même hôpital ou dans une même salle auxquels peuvent être affecté du personnel médical tchécoslovaque[2]. Les soldats guéris ou convalescents doivent être dirigés sur Cognac où se trouve le dépôt de ces troupes.

Dans les différentes formations sanitaires de la 9e région, la volonté d'y rendre le séjour des soldats le plus agréable possible est une priorité pour le personnel de ces formations, hormis pour les prisonniers de guerre soumis au principe de réciprocité. La multiplication des activités, l'amélioration des repas ou les sorties en ville témoignent de cette volonté. Cependant, cette recherche du bien-être des hospitalisés vise aussi à obtenir leur retour au front, complétant ainsi l'action thérapeutique. Ainsi, la lutte contre le désœuvrement des hospitalisés auquel on oppose les sorties ou les dispositions visant à faciliter les correspondances ou les visites des familles servent aussi aux soins, notamment en évitant la lassitude des traitements. L'amélioration des conditions de vie des soldats hospitalisés n'est alors pas incompatible avec celle du système hospitalier. Les plus grandes facilités données à la délivrance des permissions vont en ce sens et même parfois plus loin, visant à faire des convalescents, de la main-d'œuvre temporaire pour l'économie.

L'autre aspect de cette vie hospitalière est sa diversité, liée à celle des hospitalisés. Elle est parfois liée à celle des formations sanitaires de la 9e région, offrant des conditions d'hospitalisation

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°784 Ci/7 du 25 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°785 Ci/7 du 30 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les dispositions concernant l'hospitalisation de ces militaires sont définies par la dépêche ministérielle n°11 359 1/7 du 20 juillet 1918 que nous n'avons pas pu retrouver.

différentes. Mais sa principale origine est la pluralité des nationalités induisant celle des « régimes » d'hospitalisation, même s'ils reposent sur des bases communes. Ces derniers influencent les conditions d'hospitalisation, tout comme la différence des régimes d'hospitalisation entre soldats et officiers. L'hospitalisation des soldats alliés est maîtrisée assez facilement et ne connaît pas de grande modification, sauf pour les soldats russes depuis la Révolution d'Octobre. Il est de même pour les prisonniers de guerre notamment allemands. Les hospitalisés les plus « problématiques » sont les troupes et les travailleurs indigènes, coloniaux et étrangers induisant une inflation réglementaire pour répondre à tous les cas de figure.

Chapitre 8 : Les évolutions de la gestion du personnel du système hospitalier.

L'organisation médicale mise progressivement en place dans la 9e région à partir de la fin de l'année 1914 et qui en fait un système performant est un aspect essentiel de la révolution menée par le Service de Santé. Cette évolution s'accompagne d'une meilleure utilisation des médecins, et dans une moindre mesure des pharmaciens, et de leurs compétences afin de mettre le bon praticien à la bonne place en lui donnant tous les moyens nécessaires. Cependant, le Service de Santé ne peut se contenter d'agir seulement au niveau qualitatif. En effet, l'accroissement du système hospitalier de la 9e région, qui a lieu principalement en 1914, mais qui se poursuit ensuite, induit une augmentation du personnel qui concerne aussi les autres acteurs de l'hospitalisation des soldats. Les hôpitaux ne peuvent fonctionner sans des médecins, des pharmaciens, des infirmiers ou des infirmières, du personnel administratif ou des services généraux. Des besoins qui ne comprennent pas uniquement ceux de la 9e région, mais ceux du Service de Santé en général tant pour l'intérieur que pour le front, en France et à l'étranger. Ainsi, la 9e région ne doit pas uniquement fournir des soldats, elle doit fournir des médecins, des pharmaciens, du personnel administratif et des infirmiers pour le Service de Santé.

Ce personnel nécessaire au fonctionnement du système hospitalier de la région, mais plus généralement à celui des fronts et de l'intérieur, se partage en deux. D'un côté un personnel secondaire comprenant le personnel infirmier, administratif et des services généraux, et de l'autre un personnel comprenant les médecins et les pharmaciens. Il convient alors de montrer comment le Service de Santé et les autres acteurs du système hospitalier gèrent leur personnel dans un contexte de moins en moins favorable. En effet, outre leurs besoins, ils doivent prendre en compte ceux de la population civile et affronter une « concurrence » des milieux économiques mais aussi des autres acteurs des soins des soldats.

A) Un personnel secondaire en mutation.

Afin d'accompagner la révolution médicale du système hospitalier de la 9e région militaire, le personnel secondaire doit se mettre au niveau d'exigence attendu par l'armée et atteint parfois difficilement par les médecins et les pharmaciens. Ainsi, les infirmiers et infirmières, civils ou militaires, doivent être en nombre suffisant pour le système hospitalier. De même, le fonctionnement médical progressivement mis en place par les spécialistes, désormais à la tête du système hospitalier,

nécessite un personnel secondaire compétent. Quant au personnel administratif et des services généraux, il doit suivre ce mouvement pour améliorer le fonctionnement du système. Des changements concernant ces personnels sont donc indispensables et ont parfois déjà débuté dès l'entrée en guerre. Cependant, ils n'ont pas forcément pour objet l'amélioration des pratiques médicales ou du fonctionnement du système hospitalier.

1) La féminisation du personnel infirmier des hôpitaux du Service de Santé.

La ponction du personnel infirmier opérée depuis la fin de l'année 1914 par l'armée pour augmenter les effectifs des troupes combattantes ne s'atténue pas avec la poursuite de la guerre. Au contraire, malgré l'appel anticipé des classes, particulièrement surveillées par les médecins, la chasse aux embusqués marquée par l'adoption de la loi Dalbiez en août 1915, l'accentue. On peut alors se demander comment se fait ce rappel des infirmiers militaires, quelles sont les difficultés rencontrées et comment cette perte de personnel est compensée.

a) Le personnel infirmier masculin en voie de disparition ?

Dans la suite des décisions prises au début de la guerre afin de récupérer des hommes du service armé pour les unités combattantes, le Service de Santé poursuit leur remplacement par des hommes du service auxiliaire. L'utilisation de ces derniers permet d'accroître les réserves de personnel infirmier mais n'empêche pas certaines dérives comme le surplus de personnel attendant dans les dépôts et l'utilisation principalement de classes anciennes parfois inaptes[1]. Ils doivent alors être progressivement remplacés par des hommes plus jeunes mais appartenant au service auxiliaire. Ce personnel affecté dans les formations sanitaires de l'intérieur doit provenir exclusivement des sections d'infirmiers militaires à la fin du mois de mars 1915[2]. Au 2 août 1915, le médecin inspecteur Troussaint estime à 140 184 le nombre d'infirmiers militaires[3] : 57 183 sont affectés aux armées, 3 034 en Algérie et 79 971 à l'intérieur. Parmi ceux-ci, 47 207 proviennent du service auxiliaire. C'est donc un personnel du service auxiliaire qui est principalement utilisé au début de l'été 1915 et que le commandement souhaiterait récupérer.

L'utilisation des infirmiers militaires et surtout ceux relevant de la 9e section d'infirmiers militaires dont le dépôt est à Châteauroux est très contrôlée par ce dernier mais aussi par le Service de Santé et la direction de Tours. Les formations en bénéficiant sont tenues de répondre à de nombreuses demandes de renseignements les concernant. Le 7 avril 1915, suite à une modification

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°4 877 C/7 du 10 février 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°10 117 C/7 du 22 mars 1915 du ministre de la Guerre. Les infirmiers des corps de troupe détachés dans les formations sanitaires doivent rejoindre leur corps, ils sont originellement destinés à servir au front ou dans les infirmeries régimentaires des dépôts.
[3] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 133.

du taux d'encadrement des détachements par des officiers décidée par la direction centrale, le dépôt de la 9e section d'infirmiers militaires procède à un recensement des détachements dans chaque formation pour redéployer les hommes[1]. Les états (nom, grade, service armée ou auxiliaire, année de recrutement) doivent être envoyés régulièrement[2] et se multiplient quitte à demander plusieurs fois la même information, accroissant ainsi le travail administratif[3]. Ce contrôle comprend aussi la tenue exacte des livrets des infirmiers, surtout en ce qui concerne les visites et les contre-visites provoquées par les conseils de révision[4]. Ces contrôles se poursuivent durant toute la guerre et sont accentués par les réformes affectant ce personnel notamment celles tendant à le récupérer pour le front.

Les infirmiers du service auxiliaire destinés à remplacer ceux du service armé, au nombre de 3 898 dans la 9e région au 1er janvier 1915[5], n'échappent pas à la récupération et doivent eux aussi passer devant des commissions de révision[6]. En outre, le 15 mai 1915 le ministère de la Guerre ordonne le réexamen par la commission des trois médecins des hommes classés dans le service auxiliaire entre le 2 août et le 31 décembre 1914 et qui n'auraient jamais été réexaminés médicalement[7]. Ceux reconnus aptes au service armé doivent par la suite être présentés à une commission de réforme.

La pression sur ce personnel s'accentue avec l'application de la loi Dalbiez[8]. Dans un premier temps, les hommes classés dans le service auxiliaire depuis le 1er janvier 1915 ainsi que ceux classés avant cette date et qui n'auraient pas été réexaminé, doivent être contre-visités par une commission de réforme[9]. Dans un second temps, la commission des trois médecins est supprimée et les hommes classés dans le service auxiliaire après le 20 septembre 1915 doivent être contre-visités par une commission de réforme trois mois après ce classement. D'autre part, ces hommes du service auxiliaire sont susceptibles d'être proposés pour le service armé à tout moment. Le 28 septembre 1915, le

---

[1] A.D.M&L. 101 J 233. Note de service du 7 avril 1915 de l'officier d'administration commandant la 9e section d'infirmiers militaires. En application de la circulaire n°2 684 1/7 du 28 mars 1915, les détachements doivent compter un caporal du service auxiliaire pour vingt-cinq hommes et un sergent du service auxiliaire pour cinq caporaux.

[2] A.D.M&L. 101 J 233. Note de service du 8 avril 1915 de l'officier d'administration commandant la 9e section d'infirmiers militaires. Un état de ce type doit être envoyé tous les premiers de chaque mois.

[3] A.D.M&L. 101 J 233. Note-circulaire n°11 647 H du 6 décembre 1915 de l'officier d'administration commandant la 9e section d'infirmiers militaires. Les situations d'effectif doivent être envoyées le 10e, 20e et le dernier jour de chaque mois en plus des autres états.

[4] A.D.M&L. 101 J 233. Note-circulaire du 11 décembre 1916 de l'officier d'administration commandant la 9e section d'infirmiers militaires. Il rappelle la bonne exécution de la note n°8 030 du 30 décembre 1915 du commandant de la 9e région militaire concernant ce point.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[6] A.D.M&L. 101 J 223. Note de service de l'hôpital auxiliaire n°102 du 27 février 1915. Afin de ne pas désorganiser les services, les infirmiers sont envoyés devant la commission en deux groupes.

[7] A.N. C 7689. Circulaire n°17 010 6/7 du 15 mai 1917 du ministre de la Guerre.

[8] A.D.M&L. 1 R5/8. Instruction n°12 963 1/11 du 30 août 1915 du ministre de la Guerre.

[9] *Ibidem.* Les dispenses à cette contre-visite sont nombreuses et concernent notamment les hommes classés dans le service auxiliaire qui auraient été récupérés avant d'être reversés dans ce service, ceux maintenus dans le service auxiliaire ou ceux qui étaient classés dans le service auxiliaire après avoir été réformés n°2 ou temporairement.

S.S.E.S.S.M. publie les instructions concernant l'application de la loi Dalbiez, provoquant la réduction des effectifs[1]. Les hommes du service armé encore présents à l'intérieur et appartenant à l'armée active et sa réserve ainsi qu'à l'armée territoriale et sa réserve sont progressivement retirés des structures du Service de Santé. Celui-ci semble un peu résister face à ces retraits, qu'il peut par ailleurs suspendre s'il reconnaît le personnel indispensable[2] :

> « Les personnels des Sections d'Infirmiers Militaires, service armé, étant absolument indispensables pour faire face aux besoins du Service de Santé, aucun changement d'arme ne devra être prononcé en leur faveur.
>
> Toutefois, les demandes de passage dans une arme combattante seront transmises au Ministre pour décision. »[3]

Cependant, le Service de Santé doit céder face aux besoins en hommes, d'autant que la loi Mourier accroît la pression sur ce personnel infirmier en se focalisant notamment sur les hommes les plus jeunes du service armé encore présents à l'intérieur[4]. Là aussi le Service de Santé peut conserver quelques infirmiers reconnus indispensables.

Au début de l'année 1916, le personnel infirmier est de nouveau visé par ces demandes de récupération. La circulaire n°12 Ci/7 datée du 31 janvier 1916 applique la consigne du ministère de la Guerre considérant « […] comme un devoir élémentaire et absolument impérieux de ne pas conserver un seul auxiliaire non indispensable à la bonne exécution du service. »[5] Pour répondre à cet ordre, le Service de Santé fixe les effectifs maximaux de ce personnel en modifiant les chiffres fixés par l'annexe n°1 de l'instruction du 21 mai 1913 pour les hôpitaux complémentaires et bénévoles. Concernant les hôpitaux auxiliaires, ils demeurent ceux fixés par l'article 38 de cette instruction pour les hôpitaux auxiliaires, soit un homme pour dix lits. Probablement pour conserver le maximum de personnel, les nouveaux effectifs sont plus élevés, à l'exemple des infirmiers de salle qui doivent être affectés à un hôpital complémentaire ou bénévole à raison d'un pour dix lits contre quatre pour un hôpital comprenant de 101 à 200 lits[6]. En outre, mettant en avant la faible constitution physique de ce personnel auxiliaire, la dotation par hôpital est majorée de 10 %. Cependant, tout personnel infirmier rétribué doit être décompté de ces effectifs. Enfin, ces effectifs ne sont valables que pour les hôpitaux. Concernant les nouveaux services en cours de création, comme les centres de mécanothérapie, leurs effectifs doivent être fixés par le commandant de la région sur proposition du directeur régional.

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°36 048 C/7 du 28 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.), (2008), *Les embusqués, op. cit.* p. 167-168.
[3] *Ibidem.*
[4] *Ibid. op. cit.* p. 167.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°12 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette circulaire indique les mesures à prendre dans le cadre de la dépêche ministérielle n°19 396 du 21 décembre 1915 qui édicte la règle citée.
[6] *Ibidem.*

La récupération se poursuit lorsque le ministère de la Guerre ordonne la mise en place d'un « […] plan de remplacement [...] »[1] établit dans chaque région par le général commandant celle-ci, sous le contrôle du ministère de la Guerre. Il vise à compresser le personnel employé à l'intérieur en réorganisant tous les services de l'armée afin de dégager un maximum de personnel. Seuls les hommes indispensables du fait de leurs aptitudes échappent à cette mesure ; leur nombre est restreint[2]. Ceux appartenant au service armé peuvent rester à condition d'obtenir une autorisation ministérielle, sinon ils doivent être remplacés par du personnel du service auxiliaire ou des engagés spéciaux si leur poste ne peut être tenu par des femmes. Celles-ci doivent aussi être employées pour remplacer les hommes du service auxiliaire désignés pour le front, en particuliers ceux des classes 1902 à 1917. Ce plan de remplacement amenant à définir un nombre maximum d'infirmiers militaires pour chaque formation sanitaire est régulièrement tenu à jour et modifié en 1918. Ce nouveau plan semble restreindre l'utilisation d'hommes indispensables ou appartenant au service armé et qui seraient encore présents dans les formations sanitaires[3]. Ces plans de remplacement provoquent des tensions sur le personnel des formations sanitaires parfois en sous-effectif. Ainsi, après avoir perdu un infirmier suite à sa réforme en juillet 1918, l'hôpital auxiliaire n°102 réclame rapidement un nouvel infirmier d'exploitation (pour le gros œuvre) d'autant plus qu'un autre infirmier a déjà quitté la formation sans être remplacé[4].

Au final, ces campagnes successives mènent à une réduction du personnel infirmier du service armé ou auxiliaire : les infirmiers du service armé étaient 1 553 au 1er juillet 1915, ils ne sont plus que 341 au 1er janvier 1918 et 259 au 1er juillet[5]. À cette date, la 9e région ne compte plus que 1 514 infirmiers du service auxiliaire, contre 3 898 au 1er janvier 1915. Au total, selon le député Levasseur, sur les 5 451 infirmiers présents au 1er janvier 1915, 3 678 ont été récupérés pour « […] les armes combattantes et les services de l'avant. »[6]

b) Les infirmiers militaires, un personnel indispensable à conserver.

Les infirmiers militaires sont un personnel indispensable au fonctionnement des formations sanitaires en partie parce que les médecins spécialistes ont réussi à en un faire un personnel compétent qu'ils souhaitent conserver. Cette tâche n'a pas été aisée étant donné les critiques portées au début du

[1] A.D.M&L. 101 J 233. Dépêche ministérielle n°2 290 1/11 du 8 février 1917 du ministre de la Guerre.
[2] A.D.M&L. 101 J 233. Note de service n°2 995 P du 16 février 1917 de la Direction du Service de Santé de la 9e région.
[3] A.D.M&L. 101 J 233. Note de service n°2 165 P du 27 mars 1916 de la Direction du Service de Santé de la 9e région militaire. Dans les états à fournir pour la confection de ce nouveau plan, on ordonne de ne mentionner aucun homme relevant de ces situations.
[4] A.D.M&L. 101 J 233. Lettre datée du 22 juillet 1918 de la secrétaire de l'hôpital auxiliaire n°102. On ne sait pas si la lettre est destinée au commandant de la place d'Angers, du dépôt de Châteauroux ou de la 9e région.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[6] *Ibidem.*

conflit sur le niveau technique de ce personnel et qui le sont de nouveau dans la deuxième moitié de l'année 1915. En août 1915, le S.S.E.S.S.M rappelle aux médecins-chefs des dépôts des sections d'infirmiers militaires qu'ils doivent instruire les hommes placés sous leurs ordres[1]. Ce rappel n'est pas toujours suivi d'effet et le S.S.E.S.S.M. déplore plusieurs plaintes concernant l'instruction professionnelle des infirmiers. Il ordonne aux directeurs régionaux de revoir cette instruction et leur prescrit de s'inspirer de celle dispensée dans le Gouvernement Militaire de Paris[2]. Celle-ci comprend un enseignement théorique et pratique, en vingt à vingt-cinq jours, sanctionné par un examen[3]. On ne sait si cette instruction a été reproduite au dépôt de Châteauroux et comme il a été évoqué dans les chapitres précédents, l'instruction du personnel infirmier a été faite par le personnel médical des formations sanitaires, surtout pour les services spécialisés.

Ce sont ces spécialistes qui se plaignent régulièrement du départ de ces infirmiers patiemment formés, déstabilisant leurs services. Pour éviter ceci, une partie de ces infirmiers sont maintenus dans les formations en tant que spécialiste. En mars 1916, les infirmiers du service auxiliaire servant dans les asiles y sont maintenus, notamment pour conserver un cadre de surveillance satisfaisant[4]. De même, le Service de Santé assure la stabilité dans les services spécialisés des infirmiers masseurs, radiologistes, électrologistes, mécanothérapeutes, chirurgiens-dentistes et ceux servant dans les services chirurgicaux[5]. Puis en septembre 1916, ce sont les infirmiers chargés du service de stérilisation qui sont classés dans la catégorie des spécialistes[6]. Cependant, ces hommes ne sont pas définitivement attachés à leur formation, car comme le précise cette dernière circulaire, ils ne doivent pas « […] être l'objet de mutations fréquentes […] »[7], sans pour autant les exclure.

D'autres éléments jouent en faveur du maintien des infirmiers militaires à l'intérieur : la difficulté de l'emploi de femmes dans certains services comme l'urologie[8] ou des compétences utiles au fonctionnement d'un hôpital comme des infirmiers menuisiers, etc.[9] Enfin, ce personnel masculin, peu à peu remplacé par du personnel féminin, joue un rôle important dans le maintien de la discipline des formations sanitaires. Face à la baisse du nombre d'infirmiers par formation, induisant celle du

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°29 619 C/7 du 17 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°37 016 C/7 du 3 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] *Ibidem.* L'enseignement théorique porte notamment sur le rôle et les devoirs de l'infirmier, des notions élémentaires de microbiologie, l'hygiène (antisepsie, asepsie et désinfection), la surveillance et les soins des malades et blessés, l'alimentation, l'administration des médicaments et les secours d'urgence. Les exercices pratiques comprennent notamment la stérilisation des instruments et objets de pansement, la pose de ces derniers et la respiration artificielle.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°41 Ci/7 du 15 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°85 Ci/7 du 12 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Une première partie de ce personnel spécialisé est « protégé » par la circulaire n°45 Ci/7 du 17 mars 1916.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°227 Ci/7 du 5 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] *Ibidem.*
[8] A.N. C 7521. Circulaire n°396 Ci/7 du 5 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On favorise l'emploi d'infirmiers du service auxiliaire et de classes anciennes pour ces services.
[9] A.D.M&L. 101 J 233. Télégramme de date inconnue du commandant du dépôt de la 9e section d'infirmiers militaires à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°102.

cadre des sous-officiers, le Service de Santé revoit la répartition de ces derniers le 31 août 1916[1]. Elle se fait désormais en fonction du nombre de lits pour les hôpitaux complémentaires et pour les formations auxiliaires ou bénévoles, celles-ci sont pourvues d'un sergent ou d'un caporal. Cette situation est notamment due à l'insuffisance du personnel infirmier des sociétés de la Croix-Rouge et parfois à l'absence d'autorité sur les hospitalisés. Ainsi le 29 juin 1915, l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil, demande à son délégué régional un infirmier ayant de l'autorité pour surveiller une nouvelle salle d'une quarantaine de lits[2].

Afin de conserver un personnel masculin et malgré la diminution du nombre d'infirmiers militaires dans la région, le Service de Santé peut compter sur différentes ressources. La première provient de la loi Dalbiez dont l'article 4 permet le recrutement d'hommes exemptés, réformés ou dégagés de toute obligation militaire. Le Service de Santé ordonne de faire une large publicité de cette disposition pour recruter des hommes qui peuvent choisir la formation sanitaire de leur affectation[3]. L'utilisation du personnel infirmier des hôpitaux mis en réserve[4] et celle des hospitalisés pour des travaux d'entretien sont deux autres ressources temporaires. L'utilisation de ces derniers est aussi un moyen de lutter contre la monotonie de l'hospitalisation voire comme un traitement mécanothérapique à l'instar des permissions agricoles[5]. Enfin, le Service de Santé peut faire appel au personnel annamite.

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°223 Ci/7 du 31 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.M. Tours. 16 Z 10. Hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil. Lettre datée du 29 juin 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°18 de Bourgueil au délégué régional de la S.S.B.M.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°34 213 C/7 du 16 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ces hommes doivent être aptes à cet emploi et sont formés. Ils peuvent aussi servir dans un hôpital auxiliaire à la condition que le médecin-chef soit un militaire.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°147 Ci/7 du 25 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les hôpitaux mis en réserve sont momentanément fermés, leur matériel est cependant conservé tout comme l'immeuble afin de rouvrir l'hôpital en cas de besoin.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°510 Ci/7 du 10 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Figure 33. Hôpital auxiliaire n°101 à Poitiers. Infirmiers annamites.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Auteur et date inconnus.

Un premier contingent de 500 hommes arrive au dépôt de Châteauroux à la fin de l'année 1916[1]. Ces derniers sont alors instruits à leur rôle d'infirmier militaire mais aussi à la langue française afin de pouvoir comprendre et exécuter les ordres. Cette instruction expresse d'un mois, mise au point par le sergent Lemarie du dépôt de la 9e section d'infirmiers militaires, aidé de l'Alliance Française du département de l'Indre, permet aux Annamites d'acquérir les rudiments de la langue française. Ces infirmiers annamites sont alors utilisés dans le cadre du plan de remplacement[2]. L'hôpital auxiliaire n°102 reçoit en février 1917, quatre infirmiers annamites en échange d'un nombre égale d'infirmiers français[3]. Cependant cette ressource semble être limitée à ces 500 hommes. Ce nombre se réduit par la suite sous l'effet des décès, maladies, réformes et évacuations. Le 1er janvier 1917, le contingent n'est plus que de 493 hommes, 490 le 1er juillet, 476 le 1er janvier 1918 et 455 le 1er juillet 1918[4]. Les témoignages sur leurs compétences sont rares. L'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°25 de Châteauroux évoque de « […] bons résultats […] » [5] quant à leur utilisation comme infirmiers d'exploitation mais aussi la difficulté de les employer en tant que brancardiers[6].

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] A.D.M&L. 101 J 233. Note n°2 675 1/11 du 13 février 1917 du ministre de la Guerre.
[3] A.D.M&L. 101 J 233. Dépêche n°4 015 P datée du 27 février 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°102.
[4] *Ibidem.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°25 sur le fonctionnement administratif de cette structure au premier semestre 1917 et daté du 25 avril 1917.
[6] *Ibidem.* « Toutefois, malgré des tentatives répétées, il a été impossible de les utiliser comme brancardiers : ils n'ont pas la force suffisante ou ne savent pas l'utiliser dans cet exercice. » Ce qui peut être expliqué par une insuffisance de leur instruction à la fonction d'infirmier.

Pour cet officier, ils pourraient remplacer le personnel féminin d'exploitation, à condition de mieux maîtriser la langue française.

c) Des femmes de plus en plus présentes dans les hôpitaux militaires.

Le personnel masculin n'est donc pas éliminé du cadre infirmier, ce qui aurait été impossible. Afin de remplacer les hommes récupérés pour le front, le Service de Santé favorise l'emploi des femmes comme infirmières, notamment en diffusant depuis le début du conflit, une liste du personnel à employer. Ce recrutement se fait parfois indépendamment de lui. En effet, les hôpitaux civils emploient dès avant la guerre des femmes pour cet emploi, à l'exemple des religieuses. À l'hôpital civil de Doué-la-Fontaine, c'est une servante qui est engagée comme infirmière laïque pour aider les religieuses surchargées par les soins des blessés militaires en décembre 1916[1]. Ce personnel s'accroît de bénévoles offrant leur aide pour les soins, parfois depuis le début de la guerre, et qui peuvent être renvoyés sans ménagement par certains médecins, notamment étrangers à la structure. Toujours dans cet hôpital, en août 1918, la commission administrative revient sur l'attitude qu'elle juge scandaleuse, du médecin militaire venant d'arriver à l'hôpital. Celui-ci a renvoyé six des neuf femmes bénévoles qui donnaient des soins aux blessés, avec l'accord de la commission, depuis le début de la guerre[2]. Il n'est pas fait état des raisons du médecin militaire mais la commission administrative ne peut s'opposer à son action probablement parce qu'il s'agit de malades militaires, ce que semble autoriser les règlements militaires[3].

Comme pour les formations sanitaires auxiliaires et bénévoles, le Service de Santé peut aussi faire appel à du personnel étranger et notamment aux infirmières anglaises. Au début de l'année 1915, des *nurses* sont affectées à l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde[4]. L'emploi de *nurses* est très contrôlé par les gouvernements français et britanniques d'autant plus s'il s'agit d'infirmières du « *French Flag Nursing Corps* »[5]. Les femmes de ce corps sont recrutées au sein de la haute société anglaise et ont reçu une solide instruction durant trois ans. Le Service de Santé ordonne de les utiliser à leurs justes compétences : ne pas leur confier des travaux d'entretien et leur verser le plus haut

[1] A.D.M&L. 10 Hs/L18. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hôpital de Doué-la-Fontaine. Séance du 10 décembre 1916.
[2] A.D.M&L. 10 Hs/L18. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hôpital de Doué-la-Fontaine. Séance du 14 août 1918.
[3] A.N. C 7689. Circulaire n°7 942 C/7 du 7 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Les médecins peuvent renvoyer le personnel auxiliaire, infirmiers et employés, notamment pour indiscipline, faute grave ou insuffisance. Le personnel visé par cette circulaire est celui des listes proposées par la 7e Direction mis à disposition des hôpitaux sans préciser la nature de ces derniers.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 3 mars 1915. Le docteur Baudouin demande la mise à disposition de la cuisine de la propriété de l'Ermitage appartenant à l'hospice général et situé à côté de l'hôpital complémentaire n°37 pour loger des *nurses*. La commission refuse car la cuisine ne se prête pas à cette adaptation.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°36 223 C/7 du 29 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

traitement possible pour des infirmières. Cependant, nous ne savons pas si ce sont ces *nurses* qui ont été employées à l'hôpital complémentaire n°37.

Le Service de Santé peut aussi compter sur le personnel religieux, principalement les religieuses pour participer aux soins des soldats dans les hôpitaux complémentaires et bénévoles depuis le début de la guerre, à l'exemple de l'hôpital complémentaire n°2.

Figure 34. Hôpital complémentaire n°2. Salle 2 (1917-1918)[1].

Source : A.C.G.B. 4 F 2-1 Guerre 1914-1918. Dossier B Tours. Lycée Descartes. Date et auteur inconnus.

Le concours des sœurs du couvent de la Grande-Bretèche à l'hôpital complémentaire n°2 est salué par le directeur du Service de Santé de la région à l'annonce de leur départ en décembre 1918 :

> « Pendant quatre années votre concours a été particulièrement précieux pour les blessés et malades soignés dans cette formation.
>
> Depuis huit mois, j'ai pu personnellement apprécier leur dévouement de tous les instants et leur expérience et je vous transmets et vos prie de transmettre à chacune de vos Religieuses [*sic*], les remerciements et la gratitude du Service de Santé et les miens. »[2]

Dans le but d'augmenter le personnel infirmier féminin, le Service de Santé accroît le nombre des infirmières militaires en créant le 8 mars 1916 un nouveau corps, celui des infirmières temporaires des hôpitaux militaires[3] qui s'ajoute à celui des infirmières laïques. Seules les femmes âgées d'au moins 21 ans, à « la moralité irréprochable » et jugées aptes tant physiquement que techniquement, peuvent en faire partie. Elles contractent un engagement pour toute la durée des hostilités et six mois après leur fin. C'est un personnel militaire, ces femmes sont employées par l'armée qui les affecte là où le besoin se fait sentir. La création de ce corps vise à récupérer les femmes donnant des soins aux soldats depuis le début de la guerre en stabilisant ce personnel par le versement d'un traitement. Le Service de Santé souhaite aussi récupérer les infirmières civiles exerçant avant le conflit. Cependant,

[1] Cependant, il s'agit d'une photographie de « propagande ». Les règlements militaires ne prévoient pas autant de personnel infirmier pour cette quantité de lits. Cette photographie montre surtout le nombre de ces religieuses qui servent comme infirmière.

[2] A.C.G.B. 4 F 2-3 Guerre 1914-1918. Lettre datée du 3 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire à la Supérieure Générale des Sœurs de la Présentation.

[3] A.N. C 7521. Circulaire n°38 Ci/7 du 8 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

toutes les femmes incorporant ce nouveau corps n'ont pas les compétences requises pour soigner les soldats. Afin de parfaire leurs connaissances, le Service de Santé instaure, en août 1916, une instruction professionnelle donnée par les médecins d'un hôpital militaire dans chaque région[1]. Si au bout de ce stage d'une durée de deux mois maximum, la stagiaire ne possède pas les compétences requises, son engagement est résilié.

Ce corps est modifié le 15 août 1917 avec notamment la création d'un cadre permanent d'infirmières qui est recruté par concours ou sur présentation de titres universitaires, scientifiques ou professionnels[2]. Les infirmières temporaires sont recrutées sur présentation d'un diplôme dont la valeur est reconnue, sur la preuve d'un minimum d'un an de soins donnés aux blessés, suite à un stage ou sur présentation de titres universitaires, scientifiques ou professionnels. Cette instruction réorganise le corps des infirmières des hôpitaux militaires reposant sur les infirmières stagiaires, titulaires (avec trois classes) et principales (avec deux classes). La démobilisation de ce corps frappe exclusivement les infirmières temporaires et les infirmières stagiaires qui ont obtenu le concours pour devenir infirmières permanentes. Celles-ci sont progressivement démobilisées en fonction de la fermeture progressive des formations sanitaires[3]. Pour les infirmières souhaitant incorporer le corps des infirmières laïques du cadre permanent, un concours pour 392 postes est ouvert le 14 avril 1919[4].

Ce personnel est donc destiné à remplacer le personnel infirmier masculin[5], principalement les infirmiers de visites. Les infirmiers d'exploitation travaillant à l'entretien et aux cuisines doit être remplacé par un personnel féminin salarié[6]. Cependant, il semble que cette politique ait été infructueuse dans la 9^{e} région. Dans son rapport, le député Levasseur estime le nombre d'infirmières temporaires à vingt-huit au 1er janvier 1917, cinquante-et-un au 1er juillet, cinquante-cinq au 1er janvier 1918 et quarante-neuf au 1er juillet[7], mais il n'évoque pas les infirmières permanentes qui ne sont probablement pas plus nombreuses. À cette difficulté de recrutement s'ajoute, ce qui peut aussi l'expliquer, le conflit qui oppose ce corps d'infirmières militaires rémunérées à celui des sociétés de la Croix-Rouge qui est bénévole. Ce conflit entre deux mondes souvent socialement différents[8] oblige le Service de Santé à prendre des mesures pour éviter que ce conflit ne pénalise le fonctionnement des hôpitaux. Ces infirmières militaires ne doivent pas être subordonnées aux autres infirmières. Et surtout le Service de Santé prescrit de séparer les infirmières militaires de celles des sociétés de la

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°211 Ci/7 du 25 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Instruction n°568 Ci/7 du 15 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°815 Ci/7 du 14 février 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°817 Ci/7 du 6 mars 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°79 Ci/7 du 5 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°182 Ci/7 du 1er août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9^{e} région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[8] THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.), (2013), *Les femmes…, op. cit.* p. 126.

Croix-Rouge[1], par exemple en fournissant à chacune un service spécifique. La subordination hiérarchique est rappelée dans la circulaire du 15 août 1917, les infirmières des cadres permanents ou temporaires sont sous les ordres de l'infirmière la plus gradée et la plus ancienne dans son grade et sous les ordres du médecin-chef et des médecins traitants. Elles ne sont pas subordonnées aux infirmiers militaires[2].

2) L'affirmation des infirmières de la Croix-Rouge dans les soins des soldats.

Après une entrée dans la Première Guerre mondiale difficile, les infirmières des sociétés de la Croix-Rouge doivent suivre les évolutions du système hospitalier de la 9e région et surtout celles des soins. Les défis pour ce personnel et les comités locaux concernent deux points. Le premier est de maintenir un personnel infirmier suffisant aussi longtemps que dure la guerre. Le second est la formation de ce personnel infirmier constitué à la fois d'un personnel formé avant la guerre et d'un personnel novice recruté au début de celle-ci. Les comités locaux doivent répondre à ces défis d'autant que l'emploi de ce personnel ne se limite plus aux formations auxiliaires.

a) Conserver suffisamment de personnel jusqu'à la fin de la guerre.

L'entrée en guerre du personnel infirmier des sociétés de la Croix-Rouge s'est faite dans la douleur, mais son engagement, malgré quelques déboires, est salué. Au sein des comités, les dirigeants appellent à poursuivre cet effort pour une durée indéterminée :

> « […] Madame la Cse de Castrie adresse à ses infirmières ses remerciements pour leur persévérante charité et elle leur demande de bien vouloir continuer leur rôle fait d'abnégation et de dévouement peut-être encore pendant de longs mois ? »[3]

Face aux difficultés du travail d'infirmière et à l'incertitude de la durée du conflit, les hôpitaux auxiliaires et leur comité doivent mettre sur pied, si ce n'est déjà fait, une gestion efficace du personnel infirmier afin de pallier les départs et d'éviter la surcharge de travail. Une organisation de ce type est mise en place par l'hôpital auxiliaire n°102.

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°168 Ci/7 du 20 juillet 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Instruction n°568 Ci/7 du 15 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité d'Angers de la S.S.B.M. Réunion du 19 juin 1915. La comtesse de Castrie est la présidente de ce conseil.

Tableau 10. Années d'arrivée et de départ du personnel infirmier de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers [1].

	Année d'arrivée					Total
Année de départ	**1914**	**1915**	**1916**	**1918**	**Inconnue**	
1914	15					15
1915	14	6				20
1916	7	5	1			13
1917	6	9	1			16
1918	6	5		4		15
1919	31	6		3		40
Inconnue	1				15	16
Total	80	31	2	7	15	135

Au total durant la guerre, 135 infirmières ou assimilées ont servi au sein de cet hôpital. Parmi celles présentes à la fermeture de la formation en février 1919, seulement trente-et-une le sont depuis l'année 1914 et vingt-et-une depuis août 1914. La majorité du personnel infirmier a été recrutée en 1914. Si de nombreuses infirmières sont recrutées en 1915, les autres années peuvent être considérées comme marginales. Autre élément : les départs sont réguliers durant le conflit et concernent un effectif qui varie peu : entre treize et vingt personnes par année. L'année 1919 voit la fermeture de l'hôpital ce qui explique un nombre de départs plus élevé. L'intérêt de disposer d'un personnel infirmier abondant se comprend par la répartition des services. En-dehors des infirmières-majors à la tête du personnel infirmier et présentes en permanence dans l'hôpital comme madame Lévesque, le reste du personnel est séparé entre les services de jour et de nuit. Pour les premiers, les infirmières font un service journalier de huit heures avec des jours de repos. En outre des personnes, notamment en raison de leur état de santé ou des charges familiales, viennent travailler ponctuellement ou sont appelées en renfort. Il en est de même pour le personnel affecté au service de nuit qui ne travaille que deux jours par semaine. Cette organisation permet de ménager quelque peu le personnel dont le dévouement est salué par madame Lévesque lors de l'assemblée générale du comité le 23 février 1917[2]. Elle loue celui du personnel venant parfois de loin pour travailler à l'hôpital, certains enchainant les services de jour et de nuit ou bien venant servir à l'hôpital après une journée de travail.

Cette organisation ne peut toutefois rien contre certains « départs » comme les décès. Les comités rendent hommage à celles et ceux « tombés au combat » qu'ils soient dans les services infirmiers, administratifs ou généraux. Ces morts sont d'autant plus marquantes qu'elles touchent parfois des membres historiques des comités :

[1] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102. Ce personnel infirmier comprend les infirmières des services de jour et de nuit, les aides-soignantes et les infirmières-majors. Certaines personnes font plusieurs services dans différents hôpitaux ou structures (maison des réfugiés, dames visiteuses) mais sont tout de même inscrites à cette formation. Nous ignorons la date d'entrée de quinze personnes et la date de départ de seize personnes.
[2] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.

> « Je me bornerai à les nommer, à rappeler les absentes, à saluer les mortes.
> Car, nous avons eu la douleur de voir succomber deux d'entre elles ; M^mes^ Tabarly et Besson. Ces deux figures évoquent le début de l'Hôpital [*sic*]. On les a vues dans nos salles, se dévouant à chaque malade et apportant à tous le sourire encourageant qui réconforte. M^me^ Tabarly était des nôtres depuis de longues années, depuis la fondation de l'Œuvre. »[1]

D'autres quittent leur poste à la suite de maladies, parfois contractées auprès des malades. Les médailles des épidémies obtenues par une partie du corps médical montrent les risques encourus. Enfin, d'autres raisons poussent le personnel à abandonner : la fatigue, le départ de la ville ou un mariage comme c'est le cas pour une infirmière de l'hôpital auxiliaire n°102.

Ces départs ne sont pas toujours bien vus par certains membres qui les assimilent à des abandons de poste. Un délégué du comité central de l'U.F.F. en visite à l'hôpital auxiliaire n°105 de Saumur évoque l'engagement du personnel et la lassitude qui apparaît :

> « On a jamais travaillé assez. Un seul acte de faiblesse a souvent de graves conséquences : celui qui abandonne son poste ne renonce pas seulement à l'œuvre à accomplir ; il donne aussi le mauvais exemple que d'autres suivent. […] Que chacun en particulier, insiste Mr Perrin [le délégué] soit donc résolu à poursuivre son œuvre aussi longtemps que cela sera nécessaire, quelle que soit la durée de la guerre, pendant et même après.
> Le délégué de l'Union, avant de se retirer, rappelle une pensée que chacun devrait méditer aux heures de lassitude : « La victoire appartiendra à celui qui saura souffrir un quart-d'heure [*sic*] de plus que l'adversaire. » »[2]

La mobilisation des esprits se fait aussi au sein des formations sanitaires pour la victoire finale.

Le renouvellement du personnel concerne aussi le personnel masculin qu'il soit brancardier ou infirmier. L'hôpital auxiliaire n°102 compte parmi son personnel infirmier de nuit un homme, monsieur Perré, qui est infirmier de nuit avec sa femme, du mois d'octobre 1914 au mois de février 1919[3]. Un personnel nombreux en août 1914, prêt à servir avec entrain mais qui peu à peu diminue :

> « Depuis bientôt 3 ans, le Personnel [*sic*] a dû se renouveler en partie, surtout le Personnel [*sic*] masculin, les uns, étant appelés sous les drapeaux, d'autres à leurs occupations, d'autres aussi, arrêtés par la maladie et même la mort. »[4]

La perte du personnel masculin, souvent compensée par du personnel féminin, est parfois préjudiciable pour les gros travaux ou le fonctionnement de certains services comme le brancardage. Sur ce point, l'hôpital auxiliaire n°102 bénéficie, du moins pour une partie du transport des blessés, de son réseau tissé avant la guerre. Ainsi, l'entreprise Cointreau met son personnel et ses véhicules à sa disposition depuis le début du conflit[5].

---

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion du personnel de l'hôpital auxiliaire n°105 en l'honneur de la visite de monsieur Perrin datée d'avril 1916.
[3] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102.
[4] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.
[5] *Ibidem.*

b) La formation des infirmières des sociétés de la Croix-Rouge en temps de guerre.

> « Les sociétés durent prendre des mesures pour augmenter leur personnel en proportion des besoins. Chacune d'elles organisa à Paris et en province, dès le début de la mobilisation, des cours et des conférences d'après un programme réduit permettant aux candidates d'obtenir le *diplôme de guerre* et de trouver à s'employer utilement dans les formations auxiliaires en qualité d'infirmières. »[1]

Cette déclaration du médecin inspecteur Troussaint est à nuancer car comme il a été vu, l'augmentation rapide du personnel infirmier s'est faite par l'incorporation de débutantes formées au contact des hospitalisés. La désorganisation des services d'enseignement des comités, notamment par le départ des médecins chargés de donner des cours ou par leur charge de travail trop importante, ne permet pas de poursuivre l'instruction d'avant-guerre. Des enseignements spéciaux sont cependant mis en place par les différentes sociétés afin de compléter cette formation pratique en attendant l'organisation d'un enseignement plus complet[2]. Celui-ci reprend grâce à la stabilisation du front et est marqué par la création de diplômes « […] au titre de guerre […] »[3].

Les comités locaux de la 9e région suivent ce mouvement initié par leurs comités centraux, avec des différences selon les sociétés et selon les comités locaux. Le 20 mars 1915, le comité central de l'U.F.F. crée le diplôme d'infirmière au titre de guerre, équivalent au diplôme du second degré de l'U.F.F., auquel peuvent postuler les femmes membres de la société ayant au minimum six mois de service dans un hôpital de la société[4]. Les infirmières ayant déjà le certificat d'étude de la société et ayant au minimum six mois de service obtiennent ce diplôme automatiquement. Pour préparer celles qui le souhaitent à l'examen, des cours sont donnés par le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°102, le docteur Legludic, et par le pharmacien de l'hôpital. Ils abordent de manière générale l'anatomie et la physiologie, la petite chirurgie, les soins des malades et des blessés, et des notions de pharmacie. Les cours débutent le 30 avril et sont suivis par une soixantaine de femmes parmi lesquelles quarante se présentent à l'examen les 28 et 30 juin[5] dont le jury est constitué des docteurs Legludic et Papin, médecins de la formation. Sur les quarante femmes passant l'examen, trente-huit obtiennent leur diplôme[6]. Ce succès montre la qualité des infirmières de l'hôpital même si les conditions d'organisation de l'examen laissent planer quelques doutes quant à la partialité du jury. Suite à cet examen, un second est prévu « […] à la fin de la guerre […] »[7] pour permettre à celles voulant obtenir

---

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 148.
[2] FOURNIER, Jean-Pierre, (1996), « Évolution du Service de Santé Militaire français pendant la guerre de 1914-1918 », *op. cit.* p. 123.
[3] *Ibidem, op. cit.* p. 123-126. L'U.F.F. délivre 10 021 diplômes et certificats en 1914 et 1915, l'A.D.F. de Paris délivre 2 740 diplômes sur une période similaire. Quant à la S.S.B.M., elle délivre sur tout le territoire et du 1er août 1914 au 1er janvier 1920, 10 865 diplômes simples et diplômes de guerre et 13 000 livrets d'auxiliaires.
[4] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal daté du mois de juin 1915 du premier examen du comité de l'U.F.F. d'Angers pour le diplôme d'infirmière au titre de guerre.
[5] *Ibidem.* Certaines femmes n'ont pas l'âge ou la durée minimale de service requis pour obtenir le diplôme.
[6] *Ibid.* Deux femmes ne se sont pas présentées pour des raisons familiales.
[7] *Ibid.*

le diplôme d'avoir les six mois de service requis. Ce diplôme est obtenu automatiquement par celles ayant le diplôme du second ou du premier degré mais justifiant aussi de six mois de service. Contrairement à la prévision du comité d'Angers, ces diplômes de guerre continuent d'être délivrés durant le conflit. S'y ajoute une instruction de plusieurs mois menant au certificat d'étude d'infirmière-hospitalière. À Saumur, cette instruction est mise en place au début de l'année 1916. Les cours donnés par les médecins et le pharmacien de la formation portent sur des thématiques similaires au précédent diplôme[1]. Le premier examen a lieu le 30 mai (écrit) et le 3 juin (oral). Le jury se compose du personnel médical de l'hôpital et d'un médecin militaire à la retraite. Toutes les candidates sont reçues tandis que d'autres infirmières obtiennent le diplôme de guerre[2]. Cependant ces cours semblent avoir été supprimés suite à la fermeture de l'hôpital auxiliaire n°105 de Saumur en août 1917[3].

Les comités de la S.S.B.M. de la région, plus organisés dans le domaine de la formation de leurs infirmières avant la guerre, mettent en place des formations similaires à ceux de l'U.F.F., là aussi sous l'impulsion du comité central. Le comité d'Angers organise une « […] session de guerre […] »[4] du 1er mars au 4 juin 1915. Les cours, théoriques, sont donnés par une infirmière du comité diplômée en 1911 et s'achèvent par un examen où toutes les élèves sont reçues. La commission d'enseignement du comité renouvelle régulièrement ces sessions durant la guerre. La suivante a lieu du 20 décembre 1915 au 29 mars 1916. Le docteur Lapeyre, affecté à Angers et qui collabore à la formation des infirmières des comités de l'U.F.F. et de la S.S.B.M. de Tours avant la guerre, préside le jury[5]. Les sessions deviennent ensuite annuelles. La suivante s'ouvre en décembre 1916 : la comtesse d'Ollone, surveillante générale de l'hôpital auxiliaire n°17 d'Angers, dirige les cours, aidée d'une autre infirmière pour les cours de bandage[6]. Ces deux infirmières poursuivent leur enseignement en décembre 1917, qui est la dernière session de la guerre. La commission d'enseignement décide le 9 novembre 1918 d'annuler celle de décembre 1918 en prévision de la fermeture des hôpitaux[7].

La formation des infirmières ne se limite pas à ces instructions. Elle se poursuit au sein des hôpitaux que ce soit auprès d'infirmières plus chevronnées, à l'hôpital auxiliaire n°102 elles sont

---

[1] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la séance d'ouverture des cours d'infirmières datée du 4 janvier 1916.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de l'examen du certificat d'études d'infirmière-hospitalière le 30 mai et le 3 juin 1916.
[3] La dernière mention des cours date de la réunion générale du 14 novembre 1916. On y fait mention des résultats obtenus cette année-là.
[4] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 19 juin 1915.
[5] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 8 juillet 1916.
[6] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917.
[7] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 21 décembre 1918.

appelées monitrices[1], ou auprès des médecins et pharmaciens. Ces instructions internes aux hôpitaux permettent de former des aides en radiologie, pharmacie, kinésithérapie ou en chirurgie pour les anesthésistes. Ces formations sont aussi encouragées par les comités centraux. Ainsi lors de la réunion des présidentes des comités de l'U.F.F. en 1917, il a été décidé que de nouveaux cours seraient instaurés « […] en vue de préparer des infirmières à être aides-pharmaciennes ou radiologistes. »[2] Enfin, ces instructions ne sont pas toujours faites dans les formations du comité ; certaines infirmières partent suivre des stages dans d'autres villes comme ces deux infirmières de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers qui font un stage en 1917 à l'hôpital d'Alexis Carrel à Compiègne[3].

c) Les sociétés de la Croix-Rouge pourvoyeuses des hôpitaux en personnel infirmier.

Déjà en activité dans différentes formations complémentaires de la région, ce dont elles s'enorgueillissent, les sociétés d'assistance y accroissent leur présence. Ainsi, les infirmières du comité de l'U.F.F. d'Angers continuent de servir au sein de l'hôpital complémentaire n°19 tandis que leurs homologues de la S.S.B.M. sont présentes dans les hôpitaux complémentaires n°7, n°8 et n°28 ainsi qu'à l'hôpital militaire de la ville[4]. La fermeture d'une formation d'un comité, bien souvent mal vécue durant la guerre, n'empêche pas les membres de celui-ci de continuer à servir. Comme pour les membres de comités sans hôpital au début de la guerre, les infirmières continuent de donner leurs soins aux soldats dans d'autres formations. Ainsi à Saumur, suite à la fermeture de l'hôpital auxiliaire n°105, les infirmières servent à l'hôpital mixte de la ville, affectées au service d'une même salle[5]. Les infirmières de la Croix-Rouge constituent donc une main-d'œuvre importante pour le Service de Santé, d'autant plus que celui-ci entend faire de plus en plus appel à ces infirmières pour remplacer les infirmiers militaires récupérés pour le front :

> « Le Général Durand en passant dernièrement dans le service voulu bien faire savoir qu'il comptait plus que jamais sur les infirmières de la S.B.M. pour remplacer les infirmiers appelés au front en plus grand nombre. »[6]

Le service des infirmières de la Croix-Rouge est réglementé par la circulaire n°464 Ci/7 du 20 mars 1917[7]. Cette circulaire en rappelle le bénévolat et fixe notamment les conditions d'admission

---

[1] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion de la commission exécutive du 18 juillet 1917.
[3] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917. Le contenu de la formation suivie par ces infirmières n'est pas précisé. Ces infirmières se sont probablement familiarisées avec la technique du Carrel-Dakin mise au point par Alexis Carrel à cet hôpital et qui consiste en une irrigation continue de la plaie par un antiseptique, le Dakin.
[4] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 19 juin 1915.
[5] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion du 3 juillet 1918.
[6] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 8 juillet 1916.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°464 Ci/7 du 20 mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

aux formations militaires, de contrôle de ce personnel et les services attendus par celui-ci. Une infirmière de la Croix-Rouge souhaitant servir dans un hôpital de l'intérieur doit contracter un engagement de quatre mois minimum, renouvelable par période de trois mois ensuite, auprès de la direction régionale du Service de Santé via les délégués régionaux des sociétés d'assistance. Le but de cette mesure est de s'assurer la stabilité du personnel infirmier.

L'appel aux infirmières de la Croix-Rouge ne fait pas toujours l'unanimité au sein des hôpitaux complémentaires, particulièrement à la suite de la création des infirmières temporaires des hôpitaux militaires. En effet, cette mesure est parfois considérée comme un moyen de limiter le concours des infirmières de la Croix-Rouge, ce que réfute le Service de Santé qui entend continuer de faire appel à celles-ci afin de remplacer les infirmiers militaires[1]. Cette méfiance s'exprime lors de la création de l'hôpital complémentaire n°58 à Mongazon. Le chirurgien Lapeyre décide de faire appel aux infirmières du comité de la S.S.B.M. d'Angers pour l'aider à y organiser le futur service central du secteur chirurgical d'Angers[2]. Ce choix s'explique probablement par les liens du docteur Lapeyre avec cette société à Tours et aussi par sa collaboration avec ces infirmières dans son service d'Angers. Ce choix cependant semble se faire contre l'avis du médecin-chef de l'hôpital qui obtient que cinquante lits du service chirurgical soient placés sous la surveillance d'infirmières militaires. Les relations s'améliorant entre le médecin-chef et les infirmières de la S.S.B.M., les contributions matérielles du comité n'y sont semble-t-il pas étrangères, ces infirmières récupérèrent ces cinquante lits pour « régner » sur le service chirurgical.

Cette histoire illustre le conflit entre infirmières de la Croix-Rouge et infirmières militarisées qui est parfois virulent lorsque ces dernières sont d'anciennes membres des sociétés d'assistances ou des personnes ayant donné des soins dans les hôpitaux auxiliaires :

> « Beaucoup d'infirmières ont maintenant quitté les sociétés de la Croix-Rouge pour être militarisées. A [*sic*] ce propos, Madame Sangnier parle des démarches faites en ce moment par nos sociétés pour interdire à ces militarisées de porter les insignes de nos sociétés, et même la croix rouge, remplacée par une cocarde tricolore. »[3]

La trahison du bénévolat, base de l'engagement des infirmières de la Croix-Rouge et qui peut se comprendre pour certains membres ne disposant pas de ressources financières importantes, est très mal acceptée.

Des conflits peuvent aussi survenir entre les sociétés d'assistance au sujet des infirmières n'appartenant à aucune d'entre elles et que l'on souhaiterait récupérer. C'est la source d'un conflit entre l'U.F.F. et la S.S.B.M. à Segré à l'été 1915. Une infirmière non-affiliée mais donnant des soins à

---

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°182 Ci/7 du 1er août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917.
[3] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion du 15 mai 1917. Madame Sangnier est une délégué du comité central en visite à l'hôpital auxiliaire n°105.

l'hôpital auxiliaire n°19 de Segré, souhaite obtenir le diplôme d'infirmière de l'U.F.F. et passer les examens au comité d'Angers[1]. La demande est acceptée par le comité, d'autant que cette infirmière est très qualifiée, elle possède deux diplômes d'infirmière des hôpitaux parisiens (école municipale de l'hôpital de la Pitié et école départementale de l'hôpital Sainte-Anne) ainsi que le diplôme des Secouristes Français[2]. Cette infirmière devient membre et infirmière de l'U.F.F. d'Angers en juillet ce qui lui vaut les représailles du comité de la S.S.B.M. de Segré s'estimant « trahi » par ce choix[3]. Ainsi, cette infirmière n'est plus autorisée à soigner les soldats de l'hôpital, sauf à présenter son livret d'infirmière de l'U.F.F. très rapidement[4]. Le livret d'infirmière, créé le 27 mai 1915[5], vient compléter la carte nominative d'identité instituée en 1913, et est obligatoire pour les infirmières. Les différentes affectations et les appréciations y sont consignées. Le dénouement de l'histoire semble avoir été favorable à cette infirmière comme le laisse entendre une lettre de la délégation régionale[6]. La tension s'accroît en 1917 avec une circulaire obligeant les infirmières bénévoles non-affiliées à régulariser leur situation en choisissant l'une des sociétés[7]. La circulaire provoque une vague de demandes d'adhésion de la part de bénévoles souhaitant continuer à donner des soins. Ces nouvelles adhésions sont bien accueillies par les comités qui préviennent cependant qu'elles n'entrainent pas immédiatement l'obtention du livret[8].

3) L'absence de grandes réformes administratives.

Les services administratifs des formations sanitaires ainsi que de la direction régionale du Service de Santé doivent accompagner les évolutions médicales tant sous l'effet du nombre d'hospitalisés à soigner, que des nouveaux parcours de soins mis en place et des nouvelles réglementations à adopter. De même, la récupération du personnel masculin jugés apte pour le front ne manque pas d'influer sur le fonctionnement administratif, notamment pour ce qui est de la question de leur remplacement. De nombreuses réformes sont donc à prévoir pour améliorer un fonctionnement administratif toujours compliqué à appréhender par ses principaux acteurs.

---

[1] A.D.M&L. 101 J 218. Lettre datée du 18 juin 1915 de monsieur Mazoyer, juge d'instruction à Segré, au directeur de l'U.F.F. d'Angers. La lettre est en réalité adressée à la présidente du comité.
[2] *Ibidem.*
[3] A.D.M&L. 101 J 218. Lettre datée du 7 octobre 1915 de monsieur Mazoyer, juge d'instruction à Segré, à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.
[4] *Ibidem.* Elle a jusqu'au 31 octobre 1915 pour le faire.
[5] A.N. C 7689. Arrêté du 27 mai 1915 du ministre de la Guerre.
[6] A.D.M&L. 101 J 218. Lettre datée du 16 novembre 1915 du délégué régional de l'U.F.F. et probablement adressée à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.
[7] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion du 13 juin 1917. Nous ne savons pas de quelle circulaire il s'agit.
[8] *Ibidem.* Le comité de l'U.F.F. de Saumur ne cache pas cet élément à celles qui souhaitent adhérer, laissant entendre qu'elles doivent obtenir le diplôme et répondre aux conditions exigées par la société.

a) Un cadre administratif militaire insuffisant.

L'ampleur prise par l'hospitalisation des soldats dans la 9e région entraine des aménagements à la direction régionale, tant sur le plan médical avec la création des adjoints techniques, qu'au plan administratif et matériel. Pour répondre aux besoins créés par l'accroissement du système hospitalier dans la région, la direction doit s'agrandir, ce qui se fait au détriment du bon fonctionnement du service. En effet, trop à l'étroit à l'Hôtel du Grand Commandement de Tours, certains services sont exilés dans différents bâtiments de la ville, ce que déplore le député Levasseur[1]. La situation s'améliore en septembre 1918 lorsque tous les services prennent place dans un immeuble rue Émile Zola, soit à proximité de l'Hôtel du Grand Commandement, ancienne annexe de l'hôpital complémentaire n°2. Ces services administratifs comprennent « […] un service du contentieux, de création récente d'ailleurs, un service des fonds, un service du matériel, un service du personnel administratif (dirigé il est vrai par un Médecin [*sic*]) voire une inspection administrative qui n'est du reste qu'un organisme de contrôle. »[2] Des services « […] agglutinés aux services médicaux […] » et qui « […] n'ont pas de vie propre. »

En effet, dans son rapport, le député Levasseur considère que cette organisation administrative n'atteint pas toute l'efficacité attendue pour une direction régionale notamment par manque de liaisons entre services, leur dispersion n'arrangeant pas la situation. Cette constatation n'est pas propre à la 9e région et rend quelque peu « miraculeux » le fonctionnement de la direction régionale et les initiatives prises dans la région :

> « […] que l'administration du Service de Santé [*sic*] dans chaque Région [*sic*], au lieu d'être <u>une,</u> [*sic*] est morcelée & fragmentée de telle sorte qu'on s'étonne presque qu'elle « tienne » encore après 50 mois de guerre, & que des réalisations industrielles & commerciales aient pu dans de telles conditions donner des résultats qui, pour être moins considérables qu'ils l'eussent certainement été avec une organisation plus rationnelle, n'en sont pas moins très appréciables. »

L'un des principaux reproches du député Levasseur est l'absence d'un directeur adjoint administratif, chargé de faire le lien entre les services et d'en contrôler le bon fonctionnement. Ce poste est occupé officieusement par le directeur du service du contentieux, l'officier d'administration de 3e classe Bonnin, « […] avoué très distingué de Paris […] », personne compétente mais qui ne dispose pas des pouvoirs nécessaires à cette fonction.

Dans son rapport, le député Levasseur poursuit ses critiques sur les services administratifs des formations sanitaires tout en se limitant aux formations du Service de Santé. Il dénonce « […] l'inexistence des responsabilités administratives […] » qu'il attribue au rôle de l'officier d'administration réduit à n'être qu'un simple comptable, financièrement responsable, mais ne pouvant

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] *Ibidem.* Pour cette citation et les suivantes. Le rôle de ces services est traité dans les chapitres 8 et 9.

agir sans l'accord du médecin-chef qui n'a pas de responsabilité financière. Le député Levasseur reconnaît l'autorité du médecin-chef sur la formation sanitaire et dans les faits ce dernier laisse agir librement l'officier d'administration. Il préconise toutefois de supprimer ce contrôle du médecin-chef pour le remplacer par celui de supérieurs hiérarchiques administratifs pour rendre ce contrôle efficace[1]. Cette préconisation est un peu mise en place avec les inspections administratives[2]. Cette organisation se retrouve plus souvent au sein des hôpitaux mixtes, avec les économes, des hôpitaux bénévoles s'ils ne sont pas totalement sous le contrôle du Service de Santé et dans les hôpitaux auxiliaires. Ainsi à l'hôpital auxiliaire n°102, la séparation entre le médical et l'administratif est nette, l'hôpital étant sous la direction de madame Cointreau, présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers, qui dirige la formation avec une commission exécutive. Celle-ci comprend les directrices et responsables du service du matériel, du personnel, la secrétaire et la trésorière de l'hôpital, mais aussi du comité[3]. Cette organisation n'est pas forcément l'assurance d'un meilleur fonctionnement administratif, au vu des difficultés rencontrées notamment dans la compréhension de la réglementation militaire.

Dans le domaine du personnel administratif militaire, le Service de Santé agit afin de pallier les défauts apparus au début du conflit. Ainsi, la formation des futurs cadres administratifs est renforcée au début de l'année 1915 avec la création de cours d'instruction à destination des caporaux et des soldats des sections d'infirmiers militaires candidats au grade d'officier d'administration de 3e classe[4]. Ce cours comprend des exercices théoriques et pratiques, les candidats devant travailler dans un hôpital quelques heures par jour, et aborde les différents thèmes de l'organisation de l'armée et du Service de Santé. Ce stage est rendu obligatoire en septembre 1917 pour les candidats à ce grade au titre temporaire[5].

La formation, dont les effets sont difficiles à quantifier, ne compense pas le principal problème qu'est le manque de personnel. Si celui-ci est en augmentation entre la mobilisation et le 1er août 1915, surtout pour le personnel complémentaire[6], le député Levasseur estime qu'il est insuffisant pour la 9e région. Au 31 décembre 1914, il dénombre soixante-et-un officiers d'administration dont cinquante-neuf du cadre complémentaire auxquels s'ajoutent onze hommes de troupe faisant fonction d'officiers d'administration[7]. Le 15 septembre 1918, ils ne sont que quarante-neuf officiers d'administration, dont

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] Voir le c) de cette partie, p. 449.
[3] A.D.M&L. 101 J 234. Hôpital auxiliaire n°102, livre du personnel, renseignements divers.
[4] A.N. C 7689. Circulaire n°2 280 1/7 du 17 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°602 Ci/7 du 15 octobre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ce stage est mis en place par l'instruction du 15 septembre 1917.
[6] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 95. Au 1er août, on compte 319 officiers d'administration du cadre actif et 2 010 du cadre auxiliaire. Ils sont 343 du cadre actif et 3 236 du cadre auxiliaire au 1er août 1915.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

quarante-quatre du cadre complémentaire, alors que le nombre de formations militaires s'est accru. Le député Levasseur estime les besoins à quatre-vingt-quatorze officiers pour la région, le déficit étant numériquement comblé, quoique partiellement, par vingt-trois adjudants d'administration et neuf sous-officiers ou soldats faisant fonction d'officier d'administration. Ces effectifs sont insuffisants notamment parce qu'un seul adjudant d'administration est réellement gestionnaire, les autres servant comme adjudant de discipline ou surveillants généraux. Le statut d'adjudant d'administration créé en 1916 doit permettre de renforcer la surveillance des grands hôpitaux et au besoin d'y remplacer les officiers d'administration[1], ce que met en doute le député Levasseur. Pour lui, la plupart ne peuvent tenir qu'un emploi de surveillant général en partie parce que leur sélection ne s'est pas faite au sein de professions compétentes pour ce poste (comptables, commerçants, avoués, notaires ou avocats), ce qu'il convient de faire pour la suite. Enfin, il pointe les mutations trop fréquentes des officiers d'administration qui perturbent le fonctionnement administratif des hôpitaux :

> « Certains hôpitaux par exemple ont eu cinq ou six gestionnaires successifs dans une même année et il est évident que leur comptabilité et toutes leurs écritures s'en sont considérablement ressenties. »[2]

b) Des délégués régionaux toujours indispensables pour les hôpitaux auxiliaires.

Du côté des hôpitaux auxiliaires, les délégués régionaux continuent de jouer leur rôle de conseiller technique administratif auprès d'eux. Là encore, l'année 1915 et notamment le début de cette année, est une période d'apprentissage. Les administrateurs et comptables des formations sanitaires demandent régulièrement l'aide de leur délégué sur les états à envoyer concernant les statistiques d'hospitalisés et les remboursements, ainsi que des éclaircissements sur des circulaires ou les procédures d'évacuation[3]. Se situant entre le Service de Santé, les comités centraux des sociétés et les formations auxiliaires dont il centralise les documents envoyés aux premiers, le délégué régional intervient régulièrement pour repérer les erreurs ou transmettre les demandes de rectifications ou d'informations du Service de Santé ou des comité centraux. Ainsi le 15 avril 1915, le délégué régional de l'U.F.F. retourne à l'hôpital auxiliaire n°102 les comptes du premier trimestre 1915 refusés par le Service de Santé pour une erreur de concordance entre les nombres d'entrants et de sortants[4]. Cette

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°184 Ci/7 du 15 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 21 juin 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Le délégué régional rappelle les procédures d'évacuation des hospitalisés après une demande de l'administrateur qui fait suite à une visite d'inspection du directeur adjoint du Service de Santé de la 9e région.
[4] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 15 avril 1915 du délégué régional de l'U.F.F. à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers. Une erreur minime pour l'hôpital qui ne change rien au décompte total et qui demande plus de précision du Service de Santé en cas d'erreur sur les chiffres pour ne pas avoir à tout recompter.

aide administrative est complétée par les visites du délégué ou de son adjoint dans les formations sanitaires[1].

L'aide des délégués régionaux est indispensable pour conserver le personnel administratif et pour en accompagner les transitions au sein des hôpitaux auxiliaires. Le 27 mars 1915, la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle demande l'aide de son délégué pour conserver le comptable de l'hôpital en charge du travail administratif et qui risque d'être rappelé par l'armée car appartenant au service auxiliaire[2]. Celui-ci est effectivement mobilisé mais le délégué régional obtient son affectation à l'hôpital auxiliaire n°21 de Melle ; le comptable craignant d'être la cible de « […] commentaires malveillants […] »[3] est affecté à un autre hôpital et celui de Melle obtient un nouvel administrateur. Or celui-ci ignore ce qu'il doit faire[4] et le délégué régional doit le guider dans les démarches[5].

Le travail administratif peut être particulièrement écrasant provoquant des démissions de personnes usées à la tâche. L'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°12 de Chinon démissionne au début du mois d'avril 1915 estimant que « […] la tâche d'administrateur de notre hôpital est décidément au dessus [*sic*] de [ses] forces, ne voulant pas ruiner complètement [sa] santé […] »[6]. Une démission suivie le 9 avril, par celle du comptable pour des raisons similaires[7]. Les démissions de ce personnel administratif ne manquent pas de pénaliser le fonctionnement de la formation d'autant que leur remplacement se fait dans un climat conflictuel interne à l'hôpital et au comité[8].

c) Des évolutions trop tardives pour être efficaces dans le domaine administratif.

Face aux difficultés rencontrées par les officiers d'administration, le député Levasseur s'étonne qu'il ne soit pas apparu de « […] désarroi administratif. »[9] Afin de faire remonter ces difficultés, le

---

[1] A.D.M&L. 101 J 344. Lettre datée du 20 juin 1916 du délégué régional adjoint de l'U.F.F. à la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers.
[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 27 mars 1915 de la présidente du comité de la S.S.B.M. de Melle au délégué régional de la S.S.B.M.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 10 juin 1915 du délégué régional de la S.S.B.M au secrétaire général du comité central de la S.S.B.M.
[4] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du mois juillet 1915 de l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°21 au délégué régional de la S.S.B.M. Il déclare ignorer ce que son prédécesseur a fait et ce qu'il convient de faire pour des états concernant le remboursement de l'hospitalisation des soldats au premier trimestre 1915.
[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettre datée du 6 juillet 1915 du délégué régional de la S.S.B.M à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°21.
[6] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 7 avril 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la S.S.B.M.
[7] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 9 avril 1915 du président du comité de la S.S.B.M. de Chinon au délégué régional de la S.S.B.M.
[8] A.M. Tours. 16 Z 9. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettre datée du 11 avril 1915 de madame Guertin, présidente du conseil des dames du comité de la S.S.B.M. de Chinon, au délégué régional de la S.S.B.M. Madame Guertin est par ailleurs surveillante générale de l'hôpital n°12 de Chinon et son mari est le trésorier démissionnaire. Sa démission fait suite à celle de son mari, évoquant des vexations à l'encontre de celui-ci de la part du président du comité. Sa lettre sous-entend des conflits entre elle et son mari, membres depuis vingt-huit ans du comité, et le président actuel. D'autre part, des infirmières ont démissionné de leur poste au même moment, semble-t-il pour protester contre cette situation.
[9] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

S.S.E.S.S.M. crée, par la circulaire n°467 Ci/7 du 20 mars 1917, les rapports trimestriels du fonctionnement administratif des formations sanitaires[1]. Le premier rapport à adresser est un historique du fonctionnement administratif, suivent ensuite des rapports trimestriels. Dans ces rapports, les officiers d'administration évoquent les difficultés rencontrées et leurs propositions pour modifier, et surtout simplifier, le fonctionnement administratif des hôpitaux militaires. La principale réclamation porte sur la simplification des tâches administratives et surtout des états et renseignements. Leur rédaction est jugée trop chronophage d'autant que le Service de Santé réduit les moyens techniques pour les hôpitaux. Dans son rapport du troisième trimestre 1917, l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°4 de Niort réclame plus de machines à écrire pour accélérer le travail administratif alors que leur acquisition a été restreinte par le Service de Santé[2]. En outre, ce dernier soumet l'idée d'une « […] refonte générale, avant de commencer l'année 1918, de toutes les circulaires parues depuis trois ans. »[3] En effet, certains documents et travaux administratifs sont jugés complexes et nécessitent de longues semaines d'apprentissage pour le personnel. Ce savoir-faire est réduit à néant par le départ du personnel expérimenté. La récupération du personnel masculin pour le front déstabilise aussi les services administratifs[4].

Tout comme les soins des soldats, le domaine administratif est également touché par des innovations faites par le personnel administratif afin d'améliorer le fonctionnement administratif des formations sanitaires. Pour aider ce personnel, l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°23 d'Issoudun crée des carnets-guides[5]. Ces carnets utilisés par les secrétaires permettent de savoir quels sont les états à produire chaque jour, semaine, mois et trimestre, à qui les envoyer et comment les remplir. Ceci permet de limiter les oublis et « d'automatiser » le travail administratif. De même, le député Levasseur signale l'aide-mémoire de l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers récapitulant tous les états et registres à tenir et à envoyer et que le député Levasseur souhaite voir mis à jour et largement distribué[6]. Ces simplifications sont nécessaires pour les formations disposant de nombreuses annexes, comme l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°3 de Tours du 8 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 1ère classe Jarles et daté du 22 avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 1ère classe Orillard sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°4 de Niort au troisième trimestre 1917. Le Service de Santé restreint l'envoi de machines à écrire aux hôpitaux ayant au minimum 500 lits.
[3] *Ibidem.*
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°3 de Tours du 8 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 1ère classe Jarles et daté du 22 avril 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur l'organisation administrative de l'hôpital complémentaire n°23 d'Issoudun de l'officier d'administration de 3e classe Moreau et daté du 15 avril 1918. Il envoie son rapport dans le cadre de la circulaire du 20 mars 1917 et à la demande de l'inspecteur administratif de la 9e région.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

qui centralise l'administration de toutes ses annexes[1]. Dans le domaine administratif, le Service de Santé agit comme dans le domaine médical, en cherchant à faire remonter les innovations de la base vers la direction afin de propager les meilleures initiatives. Cette méthode a fait ses preuves pour l'amélioration des soins des soldats, mais est mise en œuvre tardivement pour l'amélioration administrative et son succès est limité. Ainsi, il n'y a pas de simplification de la réglementation et des procédures administratives.

Les médecins de la 9e région peuvent faire appel aux spécialistes qui ont un rôle de consultant ou d'adjoint technique pour améliorer la prise en charge des hospitalisés, un rôle tenu, là aussi assez tardivement durant la guerre, par l'inspecteur administratif pour les officiers d'administration. Ce poste est créé dans un premier temps le 16 novembre 1915[2]. Un officier d'administration, placé sous les ordres du directeur régional du Service de Santé, est désigné pour inspecter les formations « […] non gérés [*sic*] par des officiers d'administration du cadre actif. »[3] Cette fonction n'a semble-t-il pas rendu tous les services espérés et ce poste est redéfini par le S.S.E.S.S.M. le 22 mai 1917. Il est occupé par l'officier d'administration de 1ère classe Terreux à partir du 3 août 1917 et ce jusqu'à la fin de la guerre[4]. Celui-ci définit sa mission d'inspecteur administratif de la façon suivante :

> « 1° - Examen sur place dans les Hôpitaux Militaires [*sic*] de tous les documents administratifs de la Gestion [*sic*], qui ne sont pas soumis périodiquement ou éventuellement à la vérification du Directeur [*sic*] du Service de santé.
> 2° - Orienter et conseiller les Gestionnaires [*sic*] pour les mesures préventives à prendre en ce qui concerne les consommations, la discipline intérieure, le triage et le classement du matériel de l'établissement puisé en des sources bien différentes.
> 3° - Veiller à l'application des circulaires ministérielles parues depuis la mobilisation […] »[5]

Pour accroître l'efficacité des inspections, l'officier d'administration Terreux met au point un rapport regroupant une centaine de questions qui portent sur le personnel et la surveillance, le bureau du détachement d'infirmiers, le bureau des entrées, le bureau de la dépense, le bureau de la comptabilité matières et des appréciations sur le service administratif de l'établissement[6]. Ce rapport est reproduit en triple exemplaire et destiné à la direction régionale, au S.S.E.S.S.M. et à l'établissement contrôlé qui peut ainsi voir quelles modifications sont à apporter à son fonctionnement administratif. Toujours pour faciliter ce travail, il simplifie quelques relevés et surtout diffuse des instructions sur les comptabilités matières, deniers et consommations pour aider les officiers

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault de la mobilisation au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration de 2e classe Moreau et daté du 20 avril 1917.
[2] A.N. C 7690. Dépêche n°10 888 1/7 du 16 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] *Ibidem.*
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport daté du 22 février 1918 de l'officier d'administration de 1ère classe Terreux sur le fonctionnement administratif des formations sanitaires militaires de la 9e région militaire.
[5] *Ibidem.*
[6] *Ibid.*

d'administration[1]. Dans son rapport, le député Levasseur rend hommage au travail accompli par l'officier d'administration Terreux. Il déplore cependant le fait qu'il soit seul dans sa tâche. Il souhaite que plusieurs inspecteurs administratifs soient nommés par région, aidés par des officiers d'administration en sous-ordre, ce qui rendrait de meilleurs résultats[2].

d) La féminisation du personnel d'exploitation.

La féminisation du personnel ne touche pas uniquement le personnel infirmier, l'élément féminin devient de plus en plus présent dans le personnel d'exploitation (cuisine, lingerie, entretien, etc.) et administratif (secrétaire, dactylographe, etc.).

Figure 35. Direction du Service de Santé militaire de la 9e région. Salle des secrétaires.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

Ce mouvement touche principalement les hôpitaux complémentaires. En effet, dans les hôpitaux auxiliaires et particulièrement dans ceux de l'U.F.F., les femmes composent la quasi-totalité du personnel. Cette féminisation commence dès l'année 1914 avec les listes de personnes à employer dans les formations sanitaires diffusées par le Service de Santé. Elles le demeurent au moins jusqu'en août 1915[3]. Ces listes sont supprimées par la circulaire n°1091 3/7 datée du 5 novembre 1915 ordonnant de faire de plus en plus appel au personnel auxiliaire libre dans le contexte de récupération des infirmiers militaires pour le front[4]. Cet appel concerne le personnel infirmier mais aussi le

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] *Ibidem.*
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°28 840 C/7 du 11 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°1 091 3/7 du 5 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

personnel d'exploitation et administratif qui peut être recruté directement par les médecins-chefs, afin de bénéficier des meilleures conditions d'embauche ou par l'administration centrale.

La féminisation du personnel s'accélère ensuite avec la circulaire n°182 Ci/7 datée du 1er août 1916 ordonnant le remplacement des infirmiers militaires par du personnel féminin. Ce remplacement concerne les infirmiers de visite et ceux d'exploitation pour les travaux d'entretien, de cuisine, etc. Le but visé est très clair :

> « En résumé, vos efforts doivent tendre à ce que d'ici un laps de temps très court, il ne reste plus dans les hôpitauxde [*sic*] votre Région [*sic*] que le nombre de gradés et de soldats infirmiers indispensables, d'une part pour le maintien de la discipline, et de l'autre, pour les quelques travaux de force qu'il est absolument impossible de faire exécuter par des femmes. »[1]

Elle s'accroît ensuite au début du mois de décembre 1916, lorsque le S.S.E.S.S.M. ordonne qu'à partir du 1er janvier 1917 « […] tout travail pouvant être effectué par une femme et confié actuellement à un militaire devra être effectué par le personnel féminin dans la limite des possibilités de recrutement de ce personnel. »[2] Le personnel féminin est divisé en sept corps de métier[3] auxquels les femmes peuvent candidater. Celles-ci postulent pour un emploi mais le Service de Santé peut leur demander d'être affectées dans une localité qui a besoin de main-d'œuvre. Les femmes des pays alliés sont acceptées. Des enquêtes de moralité et de situation familiale sont menées pour les candidates. Pour certains emplois (secrétaire, sténographiste, etc.), elles doivent passer des examens. La durée du travail journalier est de sept heures trente à neuf heures selon les fonctions, les heures supplémentaires étant rétribuées. Ce personnel civil est soumis aux sanctions disciplinaires (suspension de salaire) mais bénéficie de permissions et ses soins médicaux sont faits par un médecin militaire. Ce placement de personnel féminin est fait par le bureau de recrutement, celui d'Angers pour la place de cette localité[4].

La féminisation de ce personnel et de celui des formations sanitaires est progressive et varie selon les localités de la 9e région ce qui soulève les critiques du directeur régional. Au début du mois de décembre 1916, il ordonne au médecin-chef de la place d'Angers de redoubler d'effort car la proportion du personnel féminin dans les hôpitaux de la ville est jugée trop faible par rapport à certaines formations où ce taux dépasse 60 %[5]. L'augmentation du personnel civil est progressive comme le montre le tableau suivant :

---

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°182 Ci/7 du 1er août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 15 décembre 1916.
[3] Dames surveillantes et employées principales de bureau ; secrétaires rédactrices, secrétaires comptables ; sténodactylographes ; dactylographes ; secrétaires copistes et téléphonistes ; contremaitresses chefs d'atelier ou d'équipe ; manutentionnaires (cuisinières, lingères, laveuses, etc.).
[4] A.D.M&L. 1 R 5/8. Décision de la place d'Angers du 9 décembre 1916.
[5] A.D.M&L. 101 J 224. Hôpital auxiliaire n°102. Rapports et circulaires du 15 novembre 1916 au 27 janvier 1919. Rapport du 10 décembre 1916. Il s'agit d'une copie de la dépêche n°19 815 P datée du 8 décembre 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

Tableau 11. Effectif du personnel civil dans les structures militaires de la 9e région du 1er septembre 1914 au 1er octobre 1918[1].

Date	01/09/14	01/07/15	01/01/16	01/07/16	01/01/17	01/07/17	01/10/18
Effectif total	10	16	166	595	1261	1488	1149

Le personnel féminin est majoritaire parmi le personnel civil[2] et en octobre 1918, les 1 117 femmes employées par le Service de Santé de la région se répartissent en six sténodactylographes, quinze dactylographes, vingt-sept maitresses ouvrières, 286 secrétaires-comptables et 786 ouvrières, manutentionnaires, etc. À l'hôpital complémentaire n°3, le remplacement s'est principalement effectué de mai à décembre 1916, date à laquelle pratiquement tous les postes susceptibles d'être occupés par une femme l'ont été[3]. La proportion du personnel féminin est de 80 % à l'hôpital complémentaire n°50 au 1er janvier 1917[4] tandis qu'à l'hôpital complémentaire n°26, quarante infirmiers ont été renvoyés au dépôt au 24 avril 1917[5]. Il est à noter que dans certains cas l'emploi du personnel féminin, principalement infirmier, est limité par la nature des hospitalisés. C'est le cas des soldats sénégalais, indigènes ou annamites, pour des raisons évoquées précédemment, ou pour les soldats atteints de troubles mentaux nécessitant un personnel masculin.

La féminisation de ce personnel administratif et d'exploitation ne se fait pas sans difficultés même si les officiers d'administration sont généralement satisfaits du travail fourni par les femmes. Si un officier d'administration évalue le rendement d'une femme aux trois cinquièmes de celui d'un homme[6], un autre évoque des améliorations liées à l'introduction du personnel féminin concernant les tâches administratives, l'entretien des locaux et l'alimentation[7]. L'une des difficultés concernant ce personnel est son recrutement. La qualité du personnel varie selon les localités et la concurrence de l'industrie ou du commerce, offrant de meilleurs salaires, ne facilite pas le recrutement d'un personnel qualifié. Dans les villes où les besoins de main-d'œuvre sont importants, le Service de Santé peine à recruter les bonnes compétences, les femmes étant plus attirées par les salaires plus élevés des usines[8]. L'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°3 évoque ces difficultés, le personnel

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] On compte quarante-trois hommes au premier juillet 1917, trente-huit au premier janvier 1918 et trente-deux au premier juillet 1918.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur l'historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°3 de Tours du 8 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 1ère classe Jarles et daté du 22 avril 1917.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Chateignier sur le fonctionnement des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur du 1er janvier au 30 juin 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°26 de Tours sur le fonctionnement administratif de l'hôpital et daté du 24 avril 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique du fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde de décembre 1914 à la fin de l'année 1916 par l'officier d'administration de 2e classe Boureau et daté du 20 avril 1917.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique du fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°38 de Bressuire de son ouverture au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration gestionnaire et daté du 19 avril 1917.
[8] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

féminin compétent ayant été recruté par les administrations civiles et le commerce[1]. À Châtellerault, c'est la présence de la Manufacture d'Armes qui complique le recrutement du personnel féminin à l'hôpital complémentaire n°12[2]. La formation de ce personnel est une autre difficulté, surtout pour les travaux administratifs : très peu de femmes embauchées par les formations ont ces compétences, notamment en comptabilité. Afin de former ce personnel et pour éviter une trop grande perturbation des services par un changement brusque du personnel, les gestionnaires réclament le maintien de cadres administratifs masculins[3]. Cette demande rejoint celle de conserver des hommes pour les travaux de force, le brancardage ou la discipline. Une autre difficulté tient au statut de ce personnel. Civil, son temps de travail diffère de celui du personnel militaire : il a notamment droit à la semaine anglaise et sa journée de repos hebdomadaire impliquant une organisation du travail spécifique[4]. Dans son rapport précédemment cité, l'officier d'administration Chateignier estime que les infirmiers militaires effectuent des journées de travail plus longues que les femmes[5]. Ce personnel civil est parfois difficile à soumettre à la discipline militaire[6]. Le chirurgien Ombrédanne doit affronter une grève des femmes assurant le service des salles durant le mois d'avril 1918, période de forte activité qui provoque la fatigue de ce personnel en sous-effectif[7]. Le député Levasseur reprend quelques-unes de ces observations dans son rapport estimant que « […] le personnel féminin a en général donné à peu près satisfaction : [*sic*] il donnerait satisfaction complète s'il était mieux recruté, et si ceux qui l'emploient pouvaient le payer suivant ses qualités professionnelles. »[8]

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°3 de Tours du 8 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 1ère classe Jarles et daté du 22 avril 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault de la mobilisation au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration de 2e classe Moreau et daté du 20 avril 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif relatif à l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers par l'officier d'administration de l'hôpital, non daté.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°56 de Saumur du 1er janvier 1917 au 30 juin 1917 par l'officier d'administration de l'hôpital et daté du 2 juillet 1917. Il demande deux infirmiers supplémentaires pour parer aux absences quotidiennes de ce personnel suite au roulement de cette journée de repos qui ne peut être pour chacune le dimanche.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Chateignier sur le fonctionnement des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur du 1er janvier au 30 juin 1917. Il vise notamment les absences de ces femmes lorsque leur mari est en permission.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Bernier sur le fonctionnement des différents services de l'hôpital complémentaire n°30 daté du 5 mars 1918.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'avril 1918. Il critique aussi la « […] facilité avec laquelle elles se font porter malades […] » rendant leurs absences fréquentes.

[8] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

B) Une gestion des médecins et des pharmaciens par le Service de Santé qui n'est pas sans risque pour ses alliés.

La mise en place d'un système hospitalier répondant aux besoins sanitaires du conflit sur tout le territoire, au front comme à l'intérieur, nécessite de faire appel à un plus grand nombre de praticiens en médecine et en pharmacie. Cette ponction, si elle est trop importante, risque de pénaliser les alliés du Service de Santé dans les soins des soldats que sont les autorités civiles mais aussi les sociétés de la Croix-Rouge. Ces alliés ont en effet besoin de ces praticiens pour leurs hôpitaux et les soins de la population. Or au 1er août 1915, la ponction faite par le Service de Santé est trop importante pour n'avoir aucune conséquence :

> « On peut mesurer la grave répercussion de cette mobilisation sur le service médical de la population civile, puisque le nombre des praticiens français [les médecins], évalués à 27.000 environ, se trouva diminué de plus de 50 pour 100. »[1]

Ces remarques, le médecin inspecteur Troussaint les fait aussi pour les pharmaciens. Dès lors, le Service de Santé doit, tout en augmentant ses effectifs, mettre en place des mesures pour compenser ces prélèvements.

1) La délicate gestion des médecins et des pharmaciens.

Si l'armée française a besoin de soldats pour combattre, le Service de Santé a besoin de médecins et de pharmaciens pour les soigner. La bonne utilisation des compétences de ce personnel médical n'est qu'une solution aux difficultés rencontrées par le Service de Santé. En effet, celui-ci doit posséder suffisamment de personnel pour les formations et les services de la 9e région mais aussi pour ceux du front. Et face au développement de l'organisation médicale de l'intérieur, des armées et de l'étranger, le Service de Santé doit mobiliser plus de médecins et de pharmaciens pour satisfaire ses besoins. Cette récupération n’est pas sans risque pour ses alliés. La gestion de ce personnel, toujours critiqué, s’annonce délicate pour le Service de Santé.

a) Le Service de Santé à la recherche du moindre médecin ou pharmacien valide.

Pour répondre aux besoins résultant de la réorganisation des services et à leur accroissement tant aux armées qu'à l'intérieur, le Service de Santé augmente les effectifs des médecins et des pharmaciens. Au 15 mai 1915, le Service de Santé compte parmi ses rangs 14 834 médecins et 2 272 pharmaciens. Ils sont 15 353 médecins et 2 446 pharmaciens au 1er août 1915[2]. Au total durant la guerre, le médecin inspecteur général Mignon estime que 1 707 médecins de l'armée active, soit les

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 95.
[2] *Ibidem.* Pour les médecins on en dénombre 1 693 du cadre actif et 13 660 du cadre auxiliaire. Pour les pharmaciens, ils sont 126 du cadre actif (un effectif stable) et 2 320 du cadre auxiliaire.

militaires de carrière pour lui, et 19 474 médecins provenant de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale, soit les civils mobilisés, ont participé au conflit[1]. C'est donc un total de 21 181 médecins auxquels s'ajoutent 2 169 étudiants en médecine qui ont été nommés « […] médecins auxiliaires ou sous aides-majors, puis aides-majors. »[2] Pour les pharmaciens, les chiffres sont de 140 pharmaciens de l'armée active, 3 702 de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale et 1 904 étudiants en pharmacie[3]. Ces effectifs sont importants mais il convient de préciser que tous ces médecins et pharmaciens n'ont pas été mobilisés en même temps[4]. Ces chiffres montrent tout de même l'importante ponction de médecins et de pharmaciens faite sur le système civil. Elle permet au Service de Santé d'accroître ses effectifs et ainsi de combler les pertes dues aux décès, prisonniers, départs à la retraite, rayés des cadres ou mis hors cadre[5].

L'accroissement de la mobilisation du personnel civil se fait principalement par des « […] nominations […] »[6] et des « […] réintégrations […] » selon le médecin inspecteur général Mignon. Concernant les médecins, 8 333 ont été nommés et 1 577 ont été réintégrés à un poste de médecin dans le Service de Santé. Quant aux pharmaciens, ils sont 1 387 à avoir été nommés et soixante-dix-neuf à avoir été réintégrés[7]. Le médecin inspecteur général Mignon ne définit pas les catégories concernées par ces nominations et ces réintégrations mais celles-ci doivent comprendre les docteurs en médecine inconnus du Service de Santé et critiqués par le médecin inspecteur Troussaint. Elles doivent aussi concerner les classés comme inaptes avant la guerre. Le Service de Santé recherche les docteurs en médecine qui ne se sont jamais signalés à lui et ceux mal employés. Il est aussi probable qu'il se soit intéressé aux médecins et pharmaciens engagés dans d'autres armes[8]. Ainsi, en avril 1916, les docteurs en médecine du service auxiliaire mobilisés comme infirmier de seconde classe dans les sections d'infirmiers militaires sont automatiquement nommés médecin auxiliaire[9].

Comme il a été évoqué plus haut, l'augmentation du nombre de médecins et de pharmaciens se fait aussi par la mobilisation d'un grand nombre d'étudiants de ces deux disciplines. Pour ce faire,

---

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 289-290.
[2] *Ibidem, op. cit.* p. 290.
[3] *Ibid.*
[4] Nous n'avons pas pu retrouver une évolution des effectifs plus précise. Le médecin inspecteur Troussaint arrête de donner des chiffres au 1er août 1915.
[5] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 289-290. Pour les médecins militaires, il dénombre 157 tués ou décédés, 130 admissions à la retraite et trente placements en non-activité pour infirmité temporaire. Pour les médecins mobilisés, il dénombre 812 tués ou décédés, 1 426 mises hors-cadre et 1 200 médecins rayés des cadres. Pour les étudiants en médecine, il dénombre 384 décédés ou tués. Pour les pharmaciens militaires, il dénombre cinq décédés. Pour les pharmaciens mobilisés, il dénombre onze tués, soixante-et-onze décédés, 148 pharmaciens mis hors-cadre et 200 rayés des cadres. Pour les étudiants en pharmacie, il dénombre quinze tués et quarante-sept décédés.
[6] *Ibidem, op. cit.* p. 290. Pour cette citation et la suivante.
[7] *Ibid.*
[8] Pour ces derniers, le Service de Santé ne peut compter que sur leur bon-vouloir à intégrer le Service de Santé car rien ne semble les y obliger.
[9] A.N. C 7521. Circulaire n°55 Ci/7 du 10 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

le Service de Santé baisse progressivement les conditions d'obtention des grades de médecin auxiliaire et de médecin aide-major de 2e classe. Ainsi, au cours de l'année 1915, les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions de doctorat sont désormais affectés aux sections d'infirmiers militaires et ceux pourvus de huit inscriptions peuvent être nommés médecin auxiliaire[1]. En juin 1917, les étudiants appartenant au service auxiliaire ou ayant contracté un engagement spécial peuvent être nommés médecin auxiliaire ou pharmacien auxiliaire à condition d'avoir les douze inscriptions et d'être apte à faire campagne[2]. Cette mesure non-obligatoire ne donnant pas les résultats escomptés, les étudiants en médecine relevant de cette situation sont nommés d'office médecin auxiliaire, la condition d'aptitude à faire campagne est abrogée[3]. Les besoins en personnel abaissent les conditions d'admission à certains grades à un niveau « […] invraisemblable […] »[4] par rapport à l'avant-guerre selon le médecin inspecteur général Mignon.

Abaisser les conditions d'obtention des grades ne suffit pas à obtenir suffisamment de personnel pour constituer une réserve à l'intérieur afin de remplacer le personnel du front. D'autres mesures doivent être prises. Ainsi le 20 août 1917, le S.S.E.S.S.M. supprime la mention « inaptitude à faire campagne » remplacée par « aptitude restreinte » plaçant les officiers classés ainsi sur la liste des départs pour le front[5]. Là-bas, ils sont employés en fonction de leurs inaptitudes ou bien renvoyés à l'intérieur pour être proposés à la mise hors-cadre. Le Service de Santé utilise aussi la ressource constituée des médecins classés dans le service auxiliaire ou hors cadre et peut parfois compter sur ceux dégagés de toute obligation et qui s'engagent comme le chirurgien Boureau en janvier 1916[6]. À la fin du conflit, le Service de Santé ouvre la voie à l'emploi des doctoresses et des étudiantes en médecine dans les formations sanitaires, alors appelées Doctoresses Adjointes au Service de Santé Militaire ou Assistantes du Service de Santé Militaire[7]. Le Service de Santé peut toujours employer les articles 31 et 91 de l'instruction du 21 mai 1913 pour faire appel à du personnel inapte à faire

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°8 018 1/7 du 4 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La première mesure est prescrite par la circulaire n°6 125 1/11 du 28 avril 1915, la deuxième par le décret du 10 mai 1915. La circulaire citée autorise la délivrance de la quatrième et huitième inscription par correspondance, à condition que les travaux pratiques et le stage obligatoire pour les obtenir aient été réalisés.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°540 Ci/7 du 20 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°725 Ci/7 du 26 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ils rejoignent alors les étudiants du service armé nommés d'office médecin auxiliaire suite à la circulaire n°56 Ci/7 du 2 mars 1916 et les docteurs appartenant au service auxiliaire qui par la circulaire n°717 Ci/7 du 11 mai 1918 doivent être proposés d'office au grade de médecin aide-major de 2e classe.
[4] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 278.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°574 Ci/7 du 20 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] S.H.D. Dossier 5 Ye 6 903. BOUREAU René, Marie, Louis. Il a été rayé des cadres le 22 novembre 1900. Il est alors réintégré avec le grade de médecin major de 1ère classe.
[7] A.N. C 7521. Circulaire-Instruction n°794 Ci/7 du 7 octobre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ces femmes sont placées sous la direction du médecin-chef de la formation, voire sous celle du médecin traitant du service auquel elles sont affectées, et elles commandent au personnel infirmier. Les doctoresses reçoivent une solde équivalente à celle de médecin aide-major de 2e classe. Quant aux assistantes, elles reçoivent une solde équivalente à l'échelon le plus bas de médecin auxiliaire.

campagne mais celui-ci devient rare. Il essaie aussi de rationaliser la gestion du personnel en envisageant un meilleur emploi des moyens de transport en octobre 1915[1] ce qui aux vues des difficultés pour obtenir des automobiles, a peu de chance de fonctionner. Enfin, le Service de Santé peut aussi utiliser, mais dans de très faibles proportions, du personnel étranger comme ce docteur espagnol affecté à l'équipe chirurgicale du docteur Phelip et qui exerce à partir d'août 1918 à l'hôpital auxiliaire n°1[2].

L'importance de ces effectifs pose la question de leur juste répartition entre le Service de Santé aux armées et celui de l'intérieur mais aussi celle de leur répartition au sein de la 9e région militaire. Pour le médecin inspecteur général Mignon, ayant servi dans la zone des armées durant la guerre, l'« […] équitable répartition du personnel médical entre l'intérieur et la zone des armées […] »[3] fut la question la plus « […] embarrassante […] »[4] pour le Service de Santé. Le Service de Santé de l'intérieur ne cesse de réclamer du personnel à son homologue du front, conduisant le Service de Santé aux armées à des « […] sacrifices […] »[5] en prélevant du personnel dans ses services et formations. Malgré ces prélèvements, le manque de personnel médical, qui plus est spécialisé, est chronique dans la 9e région comme le montrent les plaintes régulières des chefs de centre[6]. Ce manque de médecins, couplé à sa mauvaise répartition, provoque parfois des accidents tragiques. Le 31 mai 1917, le sous-préfet d'Issoudun fait savoir au préfet de l'Indre qu'un soldat en permission à Neuvy-Pailloux est décédé des suites d'un accident de chasse[7]. Une « […] grosse émotion […] »[8] s'en est suivie au sein de la population qui estime que ce décès est dû à l'absence de soins par insuffisance de médecins à Issoudun où l'on compterait 500 blessés et seulement quatre médecins. Si le sous-préfet apaise quelque peu la colère de la population, il dénonce lui aussi l'insuffisance de médecins pour les blessés d'Issoudun. Le Service de Santé semble affecter deux médecins supplémentaires aux formations de la ville pour améliorer la situation[9].

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°623 4/7 du 19 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'août 1918. N'ayant pu retrouver les rapports après le mois d'octobre 1918, si tant est qu'ils existent, nous ne savons pas combien de temps ce médecin a exercé dans cette formation.
[3] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 274.
[4] *Ibidem.*
[5] *Ibid, op. cit.* p. 275 et p. 277-280. Le médecin inspecteur général Mignon comprend les demandes du Service de Santé de l'intérieur mais estime que les prélèvements se font au détriment du fonctionnement du Service de Santé de l'avant. En 1917, il estime le nombre de médecins présents dans cette zone à un peu plus de 9 000. Au 1er janvier 1918, il compte 9 208 médecins aux armées, des effectifs qui sont réduits à 7 589 médecins en septembre 1918. Cependant, il ne donne pas le nombre de médecins affectés à l'intérieur sur la même période.
[6] Concernant les pharmaciens, nous n'avons pas suffisamment d'informations quant à leur utilisation.
[7] A.D.I. R 895. Lettre datée du 31 mai 1917 du sous-préfet d'Issoudun au préfet de l'Indre.
[8] *Ibidem.*
[9] *Ibid.*

b) Les sociétés de la Croix-Rouge menacées par l'appétit du Service de Santé.

Face à la mainmise progressive du Service de Santé sur le personnel médical qui se traduit par sa mobilisation mais aussi par les règles de son utilisation on peut se demander quelles furent les attitudes des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. En effet, celles-ci ont besoin de personnel pour leurs formations sanitaires et craignent les conséquences d'une poursuite du mouvement de récupération des médecins et des pharmaciens initié en 1914. Les formations sanitaires de ces sociétés voient peu à peu partir une partie de leur personnel mobilisé par le Service de Santé. Le chirurgien Henry Brin, classé dans le service auxiliaire avant la guerre, débute le conflit à la tête du service chirurgical de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers[1]. Il est mobilisé par le Service de Santé en juin 1915 et quitte alors la formation pour l'hôpital auxiliaire n°2[2]. Ce personnel n'est pas forcément mobilisé par le Service de Santé, il peut aussi s'engager volontairement. L'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps voit se succéder différents médecins qui semblent soit s'engager soit être mobilisés. Le docteur Moissonnier succède au docteur Chaumier à la tête de l'infirmerie en août 1914. Il demande à obtenir le grade de médecin aide-major de 2e classe en avril 1915[3], l'obtient en juillet 1915 et est alors affecté à Poitiers[4]. Le docteur Crosse le remplace alors et quitte l'infirmerie au début du mois d'octobre lorsqu'il est nommé médecin aide-major de 2e classe[5]. Enfin, ce personnel n'est pas épargné par la mort. Ces décès touchent parfois des membres importants de la société. En mars 1917, l'un des deux chirurgiens de l'hôpital auxiliaire n°102, le docteur Mâreau, décède. Il avait dû quitter la formation pour « […] cause de santé […] »[6]. En septembre 1917, c'est le médecin-chef de l'hôpital, le docteur Legludic, figure de la société médicale angevine et du comité de l'U.F.F. de la ville qui décède. Il reçoit alors les hommages du comité[7].

Pour pallier ces départs, les hôpitaux auxiliaires peuvent toujours faire appel à un personnel dégagé de toute obligation militaire. Quant au Service de Santé il peut ponctuellement aider à maintenir ce personnel dans les hôpitaux. Son attitude change avec la circulaire n°19105 C/7 du 29 mai 1915 qui fait suite aux plaintes de la population ou des médecins et pharmaciens contre l'embusquage, le vol de clientèle, mais aussi par la volonté du Service de Santé de ne pas soustraire

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Historique de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers de date et d'auteur inconnus.
[2] S.H.D. Dossier 6 Ye 13 575. BRIN Henry, Théophile.
[3] A.M. Tours. 16Z3. Lettre datée du 14 avril 1915 du délégué régional de la S.S.B.M. au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.
[5] *Ibidem.* Dans ce cas, nous ne savons pas s'il a été récupéré par le Service de Santé ou s'il a demandé à être réintégré. Il semble qu'il parte alors au front.
[6] A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102.
[7] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du 13 août 1918. À la demande du comité d'Angers, le comité central de l'U.F.F. envoie une médaille d'or gravée à son nom qui est ensuite offerte à sa veuve. Il reçoit de nouveau un hommage lors de la séance de clôture de l'hôpital le 1er février 1919.

au front, sauf exception, les jeunes hommes aptes à faire campagne[1]. Estimant par ailleurs que les médecins des hôpitaux auxiliaires ont une charge de travail inférieure à leurs collègues des hôpitaux complémentaires, et face aux besoins en médecins dans les régions, le Service de Santé envisage d'employer ces médecins dans les hôpitaux complémentaires ou mixtes, après leur service fait dans les formations auxiliaires. Il modifie alors les règles d'affectation des médecins des services armés et auxiliaires aux hôpitaux auxiliaires. Tout d'abord, il ordonne que les « […] médecins appartenant à une classe sous les drapeaux y [soient] régulièrement appelés. »[2] Il fait alors assurer par des médecins mobilisés les services médicaux des hôpitaux auxiliaires qui en seraient démunis. Quant aux médecins déplacés des hôpitaux auxiliaires, on prescrit de les affecter autant que possible à des hôpitaux relevant de la même société d'assistance de la Croix-Rouge que l'hôpital dont ils ont été retirés[3]. De même, on prescrit d'affecter aux hôpitaux auxiliaires, les médecins du service auxiliaire mobilisés de la région. Ces déplacements de personnel ne doivent pas perturber le fonctionnement des hôpitaux auxiliaires et donc être progressifs. En effet, le Service de Santé ne cherche pas à nuire à ses alliés « […] qui entrent pour une large part dans les ressources hospitalières du pays […] »[4]. Le risque est grand :

> « En procédant autrement, on risquerait de décourager bien des initiatives et des dévouements, et d'amener peut-être la fermeture d'un certain nombre d'établissements, au grand détriment du Service de Santé, qui devrait réorganiser pour son propre compte et à grands frais, les Hôpitaux [*sic*] supprimés. »[5]

Cette circulaire renforce la militarisation du personnel médical en remplaçant du personnel libéré de toute obligation militaire ayant arrêté d'exercer dans les hôpitaux auxiliaires par un personnel mobilisé. Les exemples de ces médecins mobilisés affectés aux formations auxiliaires sont nombreux. Le chirurgien Lapeyre est affecté à l'hôpital auxiliaire n°11 de la fin du mois d'octobre 1915 au mois d'avril 1917, hôpital qui devient le service central du secteur chirurgical d'Angers. De même, le service médical de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps est assuré par le médecin major Grasset lors du départ du docteur Crosse, puis par le médecin aide-major de 1ère classe Bribon à partir du début du mois de novembre 1915[6]. Cette militarisation est parfois refusée par les hôpitaux auxiliaires, à l'exemple de l'hôpital auxiliaire n°102, dont les membres du comité de direction et les infirmières sont très attachées aux médecins présents depuis le début de la formation. En juin 1918,

---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°19 105 C/7 du 29 mai 1915 du ministre de la Guerre. Cette circulaire concerne aussi le personnel administratif et les infirmiers.
[2] A.N. C7689. Circulaire n°19 105 C/7 du 29 mai 1915 du ministre de la Guerre.
[3] Ce qui serait aussi une explication à l'échange entre le chirurgien Barnsby de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours et le chirurgien Brin de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers. Ces deux hôpitaux appartiennent à la S.S.B.M.
[4] A.N. C7689. Circulaire n°19 105 C/7 du 29 mai 1915 du ministre de la Guerre.
[5] *Ibidem.*
[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916. Le grade exact du docteur Grasset n'est pas indiqué, quant au docteur Bribon, c'est le médecin en poste au moment de la rédaction de cette note.

l'hôpital reçoit la visite de « […] quatre grands Chefs [*sic*], de Tours […] »[1] qui souhaitent accroître les capacités hospitalières de l'hôpital de cent lits, ce que refuse le comité. En outre, ces chefs du Service de Santé souhaitent remplacer le chirurgien de l'hôpital, le docteur Boquel, présent depuis le début, par une équipe chirurgicale, ce que refuse le comité qui obtient gain de cause.

Dans leur recherche de personnel médical, les hôpitaux auxiliaires peuvent continuer de faire appel au personnel étranger également convoité par le Service de Santé dans le cadre défini au début du conflit. La position du Service de Santé évolue peu quant à l'utilisation de ce personnel étranger, hormis lorsque la France compte de nouveaux alliés ou lorsqu'elle accepte du personnel de pays neutres. Il renforce cependant le contrôle sur ce personnel étranger craignant l'espionnage. Ainsi le 31 août 1915, le S.S.E.S.S.M. ordonne de surveiller les médecins et le personnel infirmier suisse. En outre, on demande de limiter les discussions d'ordre militaire avec eux[2]. En effet, ce personnel a obligation de rendre compte de ses observations sur l'armée française à l'état-major suisse qui entretiendrait des contacts avec l'attaché militaire allemand à Berne. Cependant, la surveillance doit être discrète pour ne pas froisser un personnel apportant son aide au Service de Santé, surtout s'il n'avait rien à se reprocher. À la même époque, le docteur belge de Boë exerçant à l'hôpital auxiliaire n°16 de Loches, est l'objet d'une enquête, discrète, car il souhaite, semble-t-il, pratiquer la chirurgie à cet hôpital[3]. L'enquête cherche à vérifier s'il a bien les compétences nécessaires mais aussi si son honorabilité et son loyalisme sont compatibles avec son emploi dans un hôpital[4], ce qui est le cas puisque par la suite il est mentionné comme chirurgien de l'hôpital[5]. Ce type de contrôle est généralisé en février 1916. Le S.S.E.S.S.M. ordonne alors à chaque formation sanitaire employant du personnel étranger et toujours de manière discrète, d'envoyer à la direction centrale un état de ce personnel[6]. En outre, cette circulaire rappelle que le personnel étranger y compris les Alsaciens-Lorrains, ne peut être employé par un hôpital qu'avec l'accord du S.S.E.S.S.M., les irrégularités devant être corrigées rapidement[7].

---

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du 13 août 1918.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°31 655 C/7 du 31 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.D.I&L. 8 R 41. Notice sur M. de Boë datée du 24 août 1914. Cette notice semble être remplie par le conseiller général de Loches.
[4] *Ibidem.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital auxiliaire n°16 de Loches d'auteur et de date inconnus. La notice date probablement de 1916. En outre, il est mentionné comme tel dans les rapports du chirurgien Ombrédanne. Par ailleurs, la notice faite durant l'enquête explique qu'il donne des soins depuis le mois de février et qu'il a acquis dans la ville et ses environs une « […] très bonne renommée professionnelle. »
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°21 Ci/7 datée du 15 février 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cet état concerne tout le personnel, quel que soit son poste. Le but est de réviser la liste de ce personnel et pas forcément de l'écarter. Cependant, si un étranger apparaît comme devant l'être, il doit être dans un premier temps suspendu puis l'hôpital doit prévenir le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] Nous ne pouvons pas donner les proportions de ce personnel dans la 9e région militaire.

c) Les médecins incompétents et les profiteurs de guerre écartés de la nouvelle organisation hospitalière ?

La création des centres et des services spécialisés accroît le contrôle des compétences des médecins des formations et des services sanitaires de la 9e région. Ce contrôle s'ajoute à ceux faits par le directeur régional, dont les médecins-chefs de centre sont parfois les adjoints techniques, par le directeur adjoint, par les médecins en mission d'inspection et par les médecins-chefs de place. Ces contrôles doivent permettre d'écarter les « mauvais » médecins dénoncés par le radiologue Bouchacourt dans ses rapports et se traduisent en partie par l'interdiction de pratiquer certaines thérapies ou des mutations. Ainsi lorsque le chirurgien Ombrédanne organise son secteur, il n'hésite pas à interdire à certains médecins de pratiquer la chirurgie, les jugeant incompétents. Cependant, les « mauvais » traitements et les « mauvais » médecins sont très difficiles à déceler dans les rapports, soit parce qu'ils sont rares, soit parce que leur sort n'est pas évoqué. Cependant, ils transparaissent parfois comme dans le cas de ce radiologue précédemment mentionné qui, échouant dans une localisation de projectile est dénoncé par le chirurgien Ombrédanne à son collègue Ledoux-Lebard.

Ces médecins ont existé et ont exercé dans la région et parfois à un niveau très élevé dans le système hospitalier. C'est le cas du médecin principal de 1ère classe Barois, directeur adjoint du Service de Santé de la 9e région militaire depuis le début de la guerre, directeur de l'hôpital mixte de Tours et chirurgien[1]. Le docteur Barois est rayé des cadres en octobre 1916 et mis à la retraite pour des manquements dans le traitement et le suivi de blessés et de malades à l'hôpital mixte de Tours. Le 8 octobre 1916, le directeur régional du Service de Santé transmet un rapport au commandant de la région concernant ces manquements[2]. Le premier fait concerne le chirurgien Montet qui n'aurait pas assuré correctement un suivi post-opératoire en ne visitant pas régulièrement le blessé qui a lui-même constaté une fièvre et donc une complication post-opératoire[3]. Si le blessé est en voie de guérison, le chirurgien Montet a été sanctionné par le directeur. Le deuxième fait concerne le docteur Leguin, lui aussi accusé de ne pas avoir régulièrement visité un malade et qui est aussi sanctionné. Par ailleurs, le contrôle du directeur révèle la mauvaise tenue des écritures et d'autres incompétences. Face à ces faits, le directeur décide de sanctionner le docteur Barois, médecin-chef de la formation, dont les explications sont insuffisantes. Le commandant de la région va plus loin, estimant que le docteur Barois a commis « […] une faute très grave [...] »[4] et qu'il n'est plus apte à diriger un tel service. Il demande que sa mise hors cadre soit prononcée rapidement car ces faits commencent à

[1] S.H.D. Dossier 5 Ye 144 565. BAROIS Léon, Appoline, Augustin.
[2] S.H.D. Dossier 5 Ye 144 565. BAROIS Léon, Appoline, Augustin. Lettre n°344 datée du 8 octobre 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région au général commandant la région.
[3] *Ibidem.* Ce blessé, qui est par ailleurs médecin, avait été opéré par le prédécesseur du docteur Montet.
[4] S.H.D. Dossier 5 Ye 144 565. BAROIS Léon, Appoline, Augustin. Lettre datée du 8 octobre 1916 du général commandant la 9e région au ministre de la Guerre.

s'ébruiter et il a dû censurer des articles à leur sujet. Concernant ce point, il ne faut pas oublier que l'affaire du zouave Deschamps est encore dans les mémoires.

En effet, la population est parfois prompte à dénoncer de mauvais traitements ou l'attitude irrégulière du personnel soignant, notamment de façon anonyme. Le préfet d'Indre-et-Loire reçoit une lettre anonyme le 1er juin 1918 dénonçant les mauvais traitements donnés aux malades de l'asile d'aliénés de Tours et l'attitude du psychiatre Kahn[1]. Ce dernier ne visiterait que très peu les malades, certains seraient morts sans qu'il les ait visités. Des malades seraient par ailleurs « […] dans un état de saleté repoussante […] »[2]. En outre, la ration des repas serait insuffisante et les malades seraient frappés par le personnel infirmier. L'auteur anonyme dénonce aussi les mauvais traitements des malades hospitalisés à la formation de Parçay-Meslay, dont l'installation serait sommaire. Par ailleurs, l'auteur dénonce le travail obligatoire des malades dans cette formation, un travail exécuté au bénéfice de la propriétaire, madame Lefèvre qui serait une « profiteuse de guerre »[3]. Il dénonce aussi le fait que les convalescences soient données en fonction du rendement au travail. Si l'insuffisance des quantités des repas est avérée[4], le reste des accusations est soit difficilement vérifiables, soit sans fondement comme le travail exécuté par les malades à la formation de Parçay-Meslay qui est la base du traitement mis en place par le docteur Kahn[5]. Aucune suite n'est donnée à cette lettre, le centre de psychiatrie n'a pas été inquiété.

Ces accusations continuent à la fin de la guerre et lors de la démobilisation, et pointent les mêmes comportements. Le docteur Menuet est ainsi accusé par une lettre adressée en juillet 1919 au S.S.E.S.S.M.[6] d'être un « profiteur de guerre ». Il est accusé d'avoir volé du matériel au centre de physiothérapie donc appartenant au Service de Santé. Le matériel aurait été amené au domicile du docteur Menuet par des prisonniers de guerre allemands. L'auteur de la lettre semble assez renseigné sur cette affaire puisqu'il cite du personnel du centre qui pourrait corroborer ses dires. Le docteur Menuet réfute toutes ces accusations[7]. Le matériel qu'il a récupéré l'a été soit pour son service de l'hôpital mixte, soit pour son installation personnelle. Ce matériel a été soit acquis légalement, soit donné par le docteur Ledoux-Lebard qui a mis sur pied le centre régional de radiologie en achetant

---

[1] A.D.I&L. X Tours 56. Lettre anonyme datée du 1er juin 1918 et adressée au préfet d'Indre-et-Loire.
[2] *Ibidem.*
[3] *Ibid*. Par ailleurs, l'auteur dénonce le fait que son fils ait été soigné par le docteur Kahn et il suspecte que cela soit encore le cas. Il serait alors protégé par ce médecin. De même, l'auteur dénonce le fait que l'ancien régisseur de la propriété qui a été mobilisé, soit revenu sous l'action du docteur Kahn.
[4] A.D.I&L. X Tours 56. Brouillon d'une lettre datée du 4 juillet 1918 du préfet d'Indre-et-Loire au maire de Tours.
[5] À ce sujet, voir le chapitre 5, p. 306.
[6] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Lettre datée du mois de juillet, d'auteur inconnu et adressée au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les personnes en charge de l'affaire évoquent une lettre anonyme mais celle-ci est signée. La signature est peut-être fausse ou il ne s'agit pas de la même lettre.
[7] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Lettre datée du 16 septembre 1919 du médecin aide-major de 1ère classe Menuet, médecin-chef du centre de physiothérapie de la 9e région, au médecin principal de 2e classe Bar, médecin-chef de la place de Tours.

ou en construisant une partie du matériel. Suite à son départ, le docteur Ledoux-Lebard a récupéré le matériel qu'il souhaitait conserver et a fait don du reste. C'est ce que confirment le docteur Ledoux-Lebard[1] et le docteur Dessane[2], ce dernier étant chargé de surveiller le matériel et de le donner. Le médecin principal de 2e classe Bar menant l'enquête conclut lui aussi en ce sens et innocente le docteur Menuet à qui il reproche cependant d'avoir employé des prisonniers de guerre pour le transport du matériel[3].

2) Assurer le fonctionnement des hôpitaux civils.

Tandis que le Service de Santé poursuit sa ponction sur les médecins et les pharmaciens civils, les autorités civiles se montrent de plus en plus inquiètes pour le bon fonctionnement des hôpitaux civils. Si ces derniers venaient à fermer faute de personnel, c'est la santé de la population civile qui serait menacée et avec elle, les soldats présents dans la région. Les autorités civiles mettent alors tout en œuvre pour trouver ce personnel face au Service de Santé et à ses règlements. Celui-ci risque de s'aliéner ces acteurs de l'hospitalisation des soldats s'il ne leur vient pas en aide.

a) Les remplacements « naturels ».

Au début de la guerre, l'inquiétude gagne les hôpitaux civils suite au départ d'une partie du personnel médical mobilisé. Le personnel restant est alors mis à contribution pour assurer le remplacement des hommes mobilisés, augmentant leur charge de travail, un accroissement que l'on pense temporaire. Ces remplacements sont d'autant plus aisés si la ville possède un grand nombre de médecins et de pharmaciens. Suite au départ des titulaires en août 1914, des remplaçants sont nommés à l'hôpital civil de Tours. Ainsi, l'ophtalmologue Cosse se fait remplacer par son collègue le docteur Magnan. Il en est de même pour le docteur Baudouin, remplacé par la doctoresse Tixier pour le service médical[4]. Ces remplacements concernent également les internes et les externes de l'hôpital qui sont eux aussi mobilisés durant le conflit[5]. Ces remplacements sont facilités par les offres de médecins et de pharmaciens pour assurer les services de leurs collègues mobilisés. Ainsi, le docteur Mercier* se propose de diriger « […] tous les services médicaux, contagieux ou autres de l'Hospice

[1] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Lettre datée du 15 septembre 1919 du docteur Ledoux-Lebard au docteur Menuet.
[2] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Lettre datée du 17 septembre 1919 du médecin aide-major de 1ère classe Dessane au médecin-chef de la place de Tours, probablement le médecin principal de 2e classe Bar.
[3] S.H.D. Dossier 5 Ye 156 431. MENUET François, Ambroise. Rapport sur les accusations portées contre le docteur Menuet du médecin principal de 2e classe Bar et daté du 24 septembre 1919.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 6 août 1914.
[5] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 21 décembre 1914.

Général qu'on voudra bien lui confier. »[1] Cette attitude peut lui valoir quelques inimités de la part des médecins mobilisés face à cette tentative de récupérer leurs services. La commission administrative se propose alors de faire appel à lui en cas de nécessité pour lui confier le service de contagieux de Saint-François[2]. Ces remplacements sont temporaires et ne signifient pas que les titulaires abandonnent leur poste surtout si, comme dans le cas du docteur Baudouin, ils sont mobilisés sur place. Cependant, le départ des titulaires de la ville rend ces remplacements effectifs et lorsque le docteur Baudouin quitte la ville de Tours, il a déjà trouvé ses remplaçants. La doctoresse Tixier, son adjointe, le remplace à la tête du service médical, comme ce fut le cas au début de la guerre, tandis que le pharmacien Chavaillon a accepté d'assurer le service du laboratoire central[3]. Si la commission accepte le remplacement pour le service médical, la situation semble un peu plus complexe pour le laboratoire central puisque la doctoresse Tixier demande à la commission d'être chargée du service[4]. Le laboratoire central de clinique dépendant de l'École de médecine et de pharmacie de Tours, la commission administrative se déclare inapte quant à l'attribution du service. Cependant, la doctoresse Tixier obtient la charge du laboratoire peu de temps après, tandis que le pharmacien-chef de l'hospice général, Chavaillon, mobilisé, nomme comme remplaçant, monsieur Pitard, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Tours[5].

Dans leur recherche de remplaçants pour leurs services, les hôpitaux peuvent faire appel aux médecins qui s'installent dans les villes de la région durant la guerre. Le 8 janvier 1916, la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet obtient d'un médecin civil récemment arrivé dans la ville qu'il fasse les visites médicales du service civil[6]. Celui-ci remplace le médecin militaire de l'hôpital mixte de Cholet qui s'occupait aussi des services civils ; la commission administrative le remercie pour ses services et le gratifie d'une compensation financière, illégale car il est mobilisé, de cent francs. Ce médecin civil semble rester en poste jusqu'au retour des médecins titulaires lors de la démobilisation. Le docteur Maillard reprend le service médical des femmes à partir du 1er janvier 1919[7] tandis que le docteur Cailletou demande à reprendre son service des malades civils masculins

[1] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 4 août 1914.
[2] Ce service semble être une annexe de l'hospice général de Tours, elle est mentionnée dans certains rapports mais nous ne savons pas quand elle a été ouverte et fermée ou si cette annexe existait avant la guerre.
[3] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 juin 1915. Copie d'une lettre datée du 7 juin 1915 du docteur Baudouin aux administrateurs.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 juin 1915. Copie d'une lettre datée du 7 juin 1915 de la doctoresse Tixier aux administrateurs. Dans la lettre du docteur Baudouin, ce dernier évoque un laboratoire central tandis que la doctoresse Tixier évoque un laboratoire central de clinique.
[5] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 5 juillet 1915.
[6] A.D.M&L. 5 Hs L17. Copie d'une lettre datée du 8 janvier 1916 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au médecin aide-major Priouzeau, médecin de l'hôpital mixte de Cholet.
[7] A.D.M&L. 5 Hs L17. Copie d'une lettre datée du 30 décembre 1918 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au docteur Saguet, médecin remplaçant à l'hôpital-hospice de Cholet.

en février, quelques jours après sa démobilisation, ce que la commission accepte[1]. Le médecin remplaçant est alors remercié pour ses services.

Le cas de l'hôpital-hospice de Cholet montre que les médecins mobilisés sont aussi employés par les hôpitaux civils pour donner des soins aux malades et blessés civils, notamment dans le cas de services spécialisés. Ces remplacements temporaires ne facilitent pas forcément le bon fonctionnement du service. En octobre 1915, le docteur Archambault, médecin-chef de l'asile des aliénés de Tours depuis 1894, est admis à la retraite pour raison de santé[2]. Dès lors s'enclenche sa succession et le docteur Guiraud, médecin-adjoint de l'asile alors mobilisé au front, demande à être nommé médecin-chef[3]. Le ministère de l'Intérieur se mêle à cette succession et explique que compte tenu des circonstances actuelles, qui empêchent la tenue d'un concours pour ce poste, il convient de reporter ce choix à la fin du conflit et de nommer en attendant un médecin-chef provisoire[4]. La commission administrative se plie à cette décision. Le service des aliénés est alors assuré depuis le 1er avril 1915 par le docteur Michel, médecin-chef de l'asile des aliénés de Niort, affecté à Tours à la suite de sa mobilisation, qui est maintenu à ce poste[5]. La commission administrative de Tours parvient donc à remplacer son personnel civil grâce au personnel militaire. Cependant, l'instabilité de ce personnel, surtout lorsqu'il n'est pas considéré comme spécialiste, menace le bon fonctionnement de ces services et dans sa séance du 12 avril 1916, la commission administrative demande le soutien du préfet pour conserver le médecin aide-major de 1ère classe Michel[6]. Malgré la demande motivée de la commission, le docteur Michel est renvoyé aux armées, remplacé en septembre 1916 par le médecin militaire Jabouille[7], puis par le docteur Kahn le 1er novembre 1916 qui met ensuite en place le centre de psychiatrie militaire. Une fois ce dernier démobilisé, la commission administrative procède à la succession du docteur Archambault et nomme le docteur Michel à ce poste[8].

---

[1] A.D.M&L. 5 Hs L17. Copie d'une lettre datée du 18 février 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au docteur Cailletou.

[2] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 18 octobre 1915.

[3] *Ibidem*. Copie d'une lettre datée du 11 octobre 1915 du docteur Guiraud à la commission administrative de l'hospice général de Tours.

[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 29 décembre 1915. Copie d'une lettre datée du 18 décembre 1915 du ministre de l'Intérieur au préfet d'Indre-et-Loire.

[5] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 2 décembre 1918. Avant de prendre sa retraite, le docteur Archambault a bénéficié de plusieurs mois de congés pour son rétablissement qui ne survint pas totalement. Ceci explique la différence entre la date d'entrée en service du docteur Michel et la date de la retraite du docteur Archambault.

[6] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 12 avril 1916. Ce médecin n'est pas spécialement affecté à l'asile, il soigne des militaires dans d'autres formations sanitaires de Tours.

[7] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 6 septembre 1916.

[8] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 20 janvier 1919.

L'appel aux médecins militaires est rendu quasiment obligatoire par la mobilisation progressive du personnel médical civil et par celle quasiment complète du personnel spécialisé. Le « hasard » des affectations conduit les services civils à obtenir parfois un personnel extrêmement qualifié pour remplacer le personnel civil. C'est le cas de l'asile d'aliénés de Tours avec l'arrivée du docteur Kahn et de l'asile Gatien de Clocheville avec celle du chirurgien Ombrédanne. En mai 1915, le chirurgien Guillaume-Louis, chargé du service chirurgical de cet asile destiné à soigner exclusivement des enfants, est mobilisé au front[1]. Pour le remplacer, la commission fait appel au chirurgien tourangeau Henry Barnsby, encore présent dans la ville, et qui avait déjà proposé ses services au début du conflit. Celui-ci accepte à condition que le chirurgien Boureau, ancien chirurgien de l'asile, ne puisse s'occuper de ce service[2]. Cela semble être le cas et le chirurgien Henry Barnsby est chargé de ce service. Mais il ne reste à ce poste que peu de temps puisqu'à la fin du mois de juin 1915 il est affecté à Angers, les médecins locaux mobilisés n'ayant plus le droit d'être affectés à leur ville de résidence[3]. Pour le remplacer, la commission administrative obtient les services du chirurgien Ombrédanne qui dirige le service de chirurgie militaire situé à l'asile[4]. L'obtention des services de ce chirurgien est particulièrement heureuse car ce dernier est, entre autres, spécialiste en chirurgie infantile et dirige un service similaire à l'hôpital Bretonneau de Paris lorsque la guerre éclate. Son action au service des enfants de l'asile durant le reste du conflit lui vaut la gratitude de la commission[5].

b) La conservation du personnel : les demandes des autorités civiles et les stratégies personnelles.

La mobilisation du personnel au début de la guerre avait pénalisé le fonctionnement des services civils ; la prolongation de la guerre et surtout l'interdiction de l'affectation des mobilisés chez eux entravent dangereusement la bonne marche de ces services. Le danger se fait d'autant plus sentir pour des services spécialisés comme les services chirurgicaux dont le départ des titulaires puis des remplaçants menace la population civile par l'absence de chirurgiens. L'hospice général de Tours est confronté à ce problème suite au départ des titulaires, puis des remplaçants, tout d'abord le chirurgien Guillaume-Louis puis le chirurgien Henry Barnsby. Ce dernier quitte l'hospice général en juin 1915. Son départ provoque l'inquiétude de la commission administrative qui demande l'aide du préfet pour

[1] A.D.I&L. HDEP4/L140. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 19 mai 1915.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L140. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 20 mai 1915.
[3] A.D.I&L. HDEP4/L140. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 26 juin 1915.
[4] *Ibidem.*
[5] A.D.I&L. HDEP4/L141. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 31 mars 1919.

trouver un chirurgien militaire. L'hospice général s'en trouvant dépourvu, les conséquences peuvent être dramatiques :

> « Si aucun chirurgien capable n'est affecté aux services civils si importants de l'Hospice Général, c'est la mort certaine pour tout au moins un certain nombre de malades exigeant une intervention immédiate et des soins éclairés, certaines affections, chez les femmes notamment, demandant un professionnel expérimenté. »[1]

Prévenu qu'un chirurgien d'Angers, le docteur Brin, doit permuter avec le docteur Henry Barnsby, le maire de Tours tente tout de même de conserver le médecin tourangeau en demandant le soutien du préfet à ce sujet[2]. L'Armée, par le commandant de la 9e région, fait savoir qu'elle refuse cette faveur, le docteur Henry Barnsby ne peut être mobilisé chez lui, mais prévient que tout sera fait pour assurer son remplacement dans les meilleures conditions[3]. Cependant, les craintes de la commission se sont révélées fondées puisque peu de temps après le départ du chirurgien Henry Barnsby, une femme décède des suites d'une hernie étranglée non opérée[4]. Cette mort est due en partie à une erreur du Service de Santé qui avait annoncé l'arrivée du chirurgien Brin à l'hôpital mixte de Tours en remplacement du docteur Henry Barnsby. Or, il est en réalité affecté à l'hôpital auxiliaire n°2 et ne s'est jamais présenté à l'hôpital mixte[5].

L'hospice général de Tours obtient un « nouveau » chirurgien en la personne du docteur Lapeyre alors en congé de convalescence à Tours. Le docteur Lapeyre, titulaire d'un service chirurgical en temps de paix, est affecté par le Service de Santé à l'hôpital mixte de Tours et aux salles civiles de l'hôpital pour la durée de son congé[6]. À l'expiration de celui-ci, la commission administrative craint de se retrouver de nouveau dans une situation difficile et réclame le soutien du préfet pour le maintien du chirurgien Lapeyre à son poste, personne des plus qualifiées pour celui-ci :

> « Il est d'ailleurs le plus ancien des chirurgiens militaires de notre établissement et son activité, sa parfaite connaissance de tous nos services lui permettent de les assurer à lui seul dans les meilleures conditions possibles.
>
> D'autre part, il n'y a dans notre ville aucun chirurgien non mobilisables pouvant assurer cet important service […] »[7]

La commission demande le même traitement de faveur que l'hôpital civil de Poitiers qui a obtenu le maintien de l'un de ses médecins accoucheurs. La requête est difficile à obtenir car le chirurgien Lapeyre ne peut être mobilisé chez lui mais dans ce combat, la commission peut compter sur le

---

[1] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 21 juin 1915. Copie d'une lettre non datée de la commission administrative au préfet d'Indre-et-Loire.
[2] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Copie d'une lettre datée du 19 juin 1915 du maire de Tours au préfet d'Indre-et-Loire.
[3] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Copie d'une lettre datée du 21 juin 1915 du général commandant de la 9e région militaire au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 24 novembre 1915. Copie d'une lettre non datée de la commission administrative au préfet d'Indre-et-Loire.
[5] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 24 novembre 1915.
[6] *Ibidem.*
[7] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 13 septembre 1915. Copie d'une lettre non datée de la commission administrative au préfet d'Indre-et-Loire.

sénateur Pic-Paris*. Ce dernier relaie les inquiétudes de la commission auprès du S.S.E.S.S.M. et demande le maintien du docteur Lapeyre à Tours[1]. Son action semble porter ses fruits puisqu'il annonce l'avoir obtenu en octobre 1915[2]. Cette victoire est de courte durée puisque le docteur Lapeyre quitte finalement la ville pour Angers et l'hôpital auxiliaire n°11 le 30 octobre 1915. La commission administrative se tourne de nouveau vers le préfet pour obtenir un chirurgien très rapidement car des personnes ont besoin d'être opérées. Pour faire face aux opérations urgentes, elle fait appel aux docteurs Faix, en convalescence, et Boureau[3]. Cet intérim est de courte durée car le Service de Santé affecte le chirurgien Belgrand à l'hôpital mixte de Tours mais aussi aux services chirurgicaux civils[4] ; le docteur Belgrand est par ailleurs chirurgien de place.

L'obtention de chirurgiens militaires ne permet pas forcément d'assurer la stabilité des services du fait des mutations auxquelles est soumis ce personnel. Le maire de Tours rend hommage au travail fourni par le docteur Belgrand :

> « Il était arrivé, en effet, à assurer à lui seul nos cinq grands services, visitant chaque jour ses malades, faisant jusqu'à 4 et 5 [*sic*] opérations certains jours et les urgences de nuit, et n'ayant jamais eu ni suppuration, ni accident chirurgical dans aucun service. Il faisait de plus, les cours de clinique à nos élèves de l'Ecole de Médecine [*sic*]. »[5]

Cependant, le docteur Belgrand est affecté à une autre ville et est remplacé par un jeune chirurgien, le médecin aide-major de 2e classe Montet en octobre 1916[6]. Si le maire de Tours ne met pas en cause le talent de ce chirurgien, il laisse sous-entendre des difficultés liées à son inexpérience et se félicite de son départ de l'hôpital mixte[7]. Il réclame alors un chirurgien expérimenté pour les services civils, avec notamment des compétences en gynécologie. En novembre 1916, le médecin aide-major de 1ère classe Perrin est affecté à l'hôpital mixte de Tours et aux services civils. Ce dernier reste à ce poste jusqu'en juillet 1917, date à laquelle il part aux armées avec son équipe chirurgicale. Il est alors remplacé par le médecin major de 2e classe Camus[8]. L'affectation aux armées n'étant que temporaire, le docteur Perrin souhaite réintégrer l'hôpital mixte de Tours lors de son retour et pour cela sollicite

---

[1] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 13 septembre 1915. Copie d'une lettre datée du 12 septembre 1915 du sénateur Pic-Paris au vice-président de la commission administrative de l'hospice général de Tours.

[2] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 18 octobre 1915.

[3] *Ibidem.*

[4] A.D.I&L. HDEP4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 24 novembre 1915. Copie d'une lettre de la commission au préfet.

[5] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Copie d'une lettre datée du 31 octobre 1916 du maire de Tours au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois d'octobre 1916.

[7] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Copie d'une lettre datée du 31 octobre 1916 du maire de Tours au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il évoque notamment des « […] plaintes qui se faisaient jour […] ».

[8] C.D.M.S.S.A. Carton A 13. Rapport du médecin major de 1ère classe Ombrédanne sur le fonctionnement du secteur chirurgical de Tours durant le mois de juillet 1917.

l'aide du maire afin qu'il fasse pression sur la direction régionale[1]. Cette stratégie est payante puisque le docteur Perrin est affecté à l'hôpital mixte en novembre 1917. Il est remplacé par le médecin major de 2e classe Aubert en janvier 1918 qui reste à ce poste jusqu'à la fin de la guerre.

La situation des services de l'hospice général s'améliore quelque peu en avril 1918. Le maire de Tours obtient du directeur du Service de Santé de la 9e région que le docteur Magnan, alors affecté au centre régional d'O.R.L. à Tours, reprenne son poste à la tête du service de cette spécialité[2]. Le docteur Magnan partage alors son temps entre le service civil et le centre régional, ce qui complique le fonctionnement de ce dernier alors que la région fonctionne comme une région d'évacuation, augmentant la charge de travail. Malgré cette faveur accordée par le Service de Santé, le retour à la normale ne se fait qu'avec la démobilisation qui voit le retour des médecins mobilisés mais aussi une réorganisation des services suite aux décès et démissions survenus durant la guerre ou bien à sa suite. La mort du chirurgien Henry Barnsby et la démission du médecin-chef Baudouin[3] conduisent à une redistribution des services hospitaliers. Le chirurgien Lapeyre devient professeur de clinique chirurgical en remplacement du docteur Henry Barnsby, il est désormais chargé de l'enseignement chirurgical au sein de l'hospice général[4]. Suite à cela, le chirurgien Chevé récupère le service de chirurgie hospitalière du docteur Lapeyre et le chirurgien Guillaume-Louis, les services de gynécologie et de chirurgie des voies urinaires[5]. Le docteur Bosc, médecin-adjoint chargé du service de la crèche prend la place du docteur Baudouin comme médecin-chef chargé du service hospitalier, le docteur Gaudeau est alors nommé médecin-chef chargé de la crèche et des pavillons d'isolement[6]. La redistribution se poursuit à la fin de l'année 1919, le Service de Santé participant encore à l'amélioration des moyens de l'hospice général en aidant à la réorganisation du laboratoire des cliniques[7].

---

[1] A.M. Tours. 3Q boîte 63. Lettres des 30 août et 5 novembre 1917 du docteur Perrin au maire de Tours.
[2] C.D.M.S.S.A. A 100. Rapport du médecin major de 2e classe Hautant sur le fonctionnement du centre d'O.R.L. de la 9e région militaire durant le mois d'avril 1918.
[3] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 mai 1919.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 28 avril 1919.
[5] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 mai 1919.
[6] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 2 juin 1919.
[7] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 17 novembre 1919. Le médecin major de 1ère classe Beau, chef du laboratoire de bactériologie de la 9e région militaire, a accepté d'organiser et de diriger le service de bactériologie. Le professeur Villedieu, chef du laboratoire, se charge des analyses de chimie biologique. Il demande de faire savoir aux médecins qu'ils peuvent lui demander des analyses.

La réorganisation des services se fait aussi en rendant hommage aux disparus et aux glorieux anciens du monde médical tourangeau en remplaçant les numéros des salles par des noms[1]. Parmi les noms proposés se trouvent Bretonneau (1778 – 1862), Trousseau (1801 – 1867) et Velpeau (1795 – 1867), mais aussi le chirurgien Henry Barnsby, l'ancien interne Berton* et l'ancien externe Chauvin[2].

3) Maintenir le système sanitaire civil à flot.

La lutte contre les maladies épidémiques est assurée par la collaboration des services militaires et civils, tournant parfois à la mise sous tutelle de ces derniers par les militaires. Les soins donnés à la population ont à souffrir de la ponction de personnel médical civil par le Service de Santé, commencée avec la mobilisation et qui s'accroît durant la guerre. La population civile souffre de cette situation et dès le début de la guerre, alerté par les maires soutenus par les préfets, le Service de Santé doit lui venir en aide. Cette aide demeure indispensable.

a) Combler les besoins au jour le jour.

Dans la suite de ce qui a été initié au début de la guerre, les autorités civiles continuent de faire appel aux médecins belges et français provenant des régions envahies. La Faculté de médecine de Paris continue à centraliser les offres de poste dans les communes dépourvues de médecins. L'emploi de médecins étrangers ne se fait pas sans difficultés car ces derniers ne sont pas forcément au courant des procédures médico-légales françaises comme le relève le médecin des épidémies de l'arrondissement du Blanc dans l'Indre. En tournée à Saint-Benoît-du-Sault, il apprend qu'un médecin belge y exerce et demande alors au sous-préfet du Blanc de lui fournir les documents nécessaires à la législation sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses pour éviter le développement d'épidémies[3].

L'appel à ce personnel permet de pallier quelques absences de médecins mais ne règle pas toutes les situations. Les enquêtes concernant la situation du personnel médical sont régulières[4] laissant entrevoir des situations assez disparates quant au manque de personnel. En avril 1915, le sous-préfet de Saumur fait savoir au préfet de Maine-et-Loire que suite à une enquête menée dans son arrondissement, une seule circonscription est dépourvue de médecin[5]. En décembre 1915, c'est le

---

[1] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 8 septembre 1919.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séances des 17 octobre 1919 et 26 janvier 1920.
[3] A.D.I. R 895. Lettre datée du 16 avril 1915 du médecin des épidémies de l'arrondissement du Blanc au sous-préfet du Blanc.
[4] Nous ne disposons pas de suffisamment de sources pour réaliser une étude sur le nombre de médecins présents dans les départements de la 9e région militaire qui montrerait l'évolution de la situation du personnel médical civil ainsi que les régions qui seraient les plus touchées par son absence.
[5] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 16 avril 1915 du sous-préfet de Saumur au préfet de Maine-et-Loire. La circonscription est celle de Varennes.

préfet de l'Indre qui demande aux maires du département, le nombre de médecins exerçant encore dans leur commune. N'ayant retrouvé toutes les réponses, nous ne pouvons définir précisément la situation à ce moment-là dans le département. Certaines communes ont toujours des médecins comme à Argenton-sur-Creuse où quatre d'entre eux continuent d'exercer[1]. À Vendœuvres, dépourvue de médecins suite à leur mobilisation, le service médical est assuré par un médecin d'une ville voisine[2]. Enfin, certaines communes n'ont plus qu'un seul médecin qui parfois suffit difficilement à la tâche et parfois les communes n'évoquent qu'un médecin âgé et malade ayant cessé d'exercer, comme à Vicq-sur-Nahon[3].

Pour faire face aux besoins, les autorités municipales, appuyées par les préfets, font appel au Service de Santé pour obtenir des médecins, conserver ceux qui sont toujours là et rappeler ceux qui sont partis. Au mois de février 1915, les maires des communes du canton de Vatan dans l'Indre adressent une pétition au préfet du département. Ces derniers dénoncent l'absence de médecins dans le canton, suite à la mobilisation des deux médecins de celui-ci, et réclament le renvoi d'un médecin, le docteur Lebard, mobilisé à Châteauroux[4]. La demande est appuyée par le préfet qui demande le renvoi de ce médecin, au moins temporairement, le temps de trouver un médecin qui s'installerait à Vatan. La demande est acceptée par l'autorité militaire[5] et le docteur Lebard est affecté temporairement auprès de la population civile du canton. Ce médecin ne reste que peu de temps dans le canton, il est remplacé par un autre médecin militaire à la fin du mois de mars 1915[6], lui-même remplacé par un autre médecin militaire en mai[7]. À Angers, le maire obtient en août 1915 des médecins militaires pour assurer certains services médicaux de la ville[8]. Les médecins militaires désignés assurent par roulement le service médical d'un bureau de bienfaisance, l'un d'entre eux assure celui de la « Goutte de Lait »[9] et un autre, les expertises ophtalmologiques pour les accidents du travail. Les militaires désignés doivent effectuer ces services civils après leur travail militaire et ne pas percevoir d'indemnité sous peine de sanction[10].

Cependant, l'emploi de médecins militaires au service de la population civile n'est pas garanti sur le long terme. Les besoins du Service de Santé en personnel médical nécessite de reprendre aux

---

[1] A.D.I. R 895. Lettre datée du 12 décembre 1915 du maire d'Argenton au préfet de l'Indre.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 11 décembre 1915 du maire de Vendœuvres au préfet de l'Indre.
[3] A.D.I. R 895. Lettre datée du 11 décembre 1915 du maire de Vicq-sur-Nahon au préfet de l'Indre.
[4] A.D.I. R 895. Brouillon d'une lettre datée du 21 février 1915 du préfet de l'Indre au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.I. R 895. Lettre datée du 27 février 1915 du général commandant de la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[6] A.D.I. R 895. Lettre datée du 24 mars 1915 du général commandant de la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[7] A.D.I. R 895. Lettre datée du 29 décembre 1915 du directeur du Service de Santé la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[8] A.M. Angers. 2 H 79. Lettre du 26 août 1915 du médecin major de 1ère classe Gauvin, médecin-chef de la place d'Angers, au maire d'Angers.
[9] Cette œuvre lutte contre la mortalité infantile.
[10] A.M. Angers. 2 H 79. Dépêche n°27 798 C/7 du 4 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au préfet de Maine-et-Loire.

civils les médecins qui leur ont été affectés, une récupération qui ne se fait pas de manière trop brutale. Devant la pénurie de personnel dans la région, le directeur du Service de Santé fait savoir au préfet de l'Indre le 14 janvier 1916 qu'il compte ainsi récupérer certains de ces médecins[1]. Les autorités civiles semblent pouvoir s'opposer à cette récupération. Ainsi, le directeur régional demande au préfet si le médecin militaire affecté à la population de Mézières-en-Brenne est indispensable pour les soins de celle-ci, ce qu'atteste le sous-préfet du Blanc arguant qu'il est le seul médecin du canton[2]. Nous ne savons qu'elle fut la suite de cette affaire et il est probable que le Service de Santé ait récupéré ce médecin en demandant aux autorités civiles de faire appel à un médecin d'une commune voisine. Cette solution est difficile à mettre en place au vu des difficultés rencontrées par les médecins civils et militaires pour obtenir des automobiles ou de l'essence pour leurs tournées[3].

Les difficultés concernant le manque de médecins se retrouvent chez les pharmaciens. Afin de permettre aux pharmacies de continuer à fournir les médicaments aux malades civils, les règles de fonctionnement des officines ont été assouplies au début de la guerre. Ainsi, on ordonne aux inspecteurs des pharmacies de faire preuve de tolérance dans l'application des règles concernant la gestion des pharmacies et de ne pas fermer celles dont le titulaire a été remplacé par un pharmacien diplômé, un élève ou un étudiant jugé suffisamment compétent[4]. Cette tolérance mène parfois à des dérives provoquées par le manque de remplaçants pour les pharmaciens mobilisés. Ainsi, l'inspecteur des pharmacies de Maine-et-Loire dénonce celle d'une pharmacie à Montreuil-Bellay en novembre 1916[5]. Celle-ci est tenue par la femme et le beau-père du pharmacien mobilisé au front, ce qui inquiète cet inspecteur car aucun des deux n'a les compétences pour délivrer les traitements, sauf les plus simples, les autres sont réalisés par d'autres pharmaciens. La tenue des pharmacies par les femmes des pharmaciens semble courante et tolérée à condition qu'elles disposent des bases nécessaires comme le souligne cet inspecteur. Il ordonne alors de trouver un remplaçant qualifié soulignant que cette pharmacie est la seule du département à se trouver dans ce cas, sinon elle doit fermer. Là encore, nous ne connaissons pas la suite de cette affaire mais cette pharmacie obtient le soutien du député de Grandmaison[6].

La précédente dépêche mentionnait les facilités données par le ministère de la Guerre pour permettre de rendre autant que possible des pharmaciens à la population. Dans le rapport précédemment cité, l'autre pharmacie de la ville de Montreuil-Bellay est ainsi tenue par son propriétaire qui, après avoir été affecté au front, est mobilisé chez lui. Dans ces cas aussi, les maires

[1] A.D.I. R 895. Lettre datée du 14 janvier 1916 du directeur du Service de Santé la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 20 janvier 1916 du sous-préfet du Blanc au préfet de l'Indre.
[3] A.D.I. R 895. Lettre datée du 2 avril 1915 du sous-préfet d'Issoudun au préfet de l'Indre.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Dépêche datée du 19 septembre 1914 du ministre de l'Agriculture aux préfets.
[5] A.D.M&L. 10 R 5/70. Rapport de l'inspecteur des pharmacies de Maine-et-Loire daté du 25 novembre 1916 et adressé au directeur de l'École de médecine et de pharmacie d'Angers.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 7 novembre 1916 du député de Grandmaison au préfet de Maine-et-Loire.

tentent d'obtenir le retour des pharmaciens de leur commune comme le maire de Reuilly qui, en octobre 1915, réclame le retour de celui de sa commune mobilisé au front depuis le début de la guerre et actuellement remplacé par un pharmacien très âgé et ayant des problèmes de santé[1]. Le maire d'Issoudun tente de conserver le pharmacien des hospices de la ville, mobilisé sur place, et qui doit être affecté à Angers[2], mais c'est un échec. Le maire de Saint-Benoît-du-Sault a plus de chance que son confrère car il obtient le retour et un sursis pour l'un des pharmaciens de sa ville à la fin de l'année 1915[3]. Pour obtenir cette faveur, la mairie a mis en avant l'absence de pharmaciens dans le canton suite à son départ et ce pharmacien a bénéficié du soutien de différentes autorités dont le président du Conseil Général de l'Indre[4]. Ces soutiens lui permettent de renouveler régulièrement son sursis, au moins jusqu'au 31 juillet 1917[5]. La situation est assez exceptionnelle et suscite certaines critiques visant le comportement de ce pharmacien. L'inspecteur régional des sursis pointe des traitements de faveur envers la clientèle habituelle de ce pharmacien auquel il demande de mettre un terme sous peine de ne plus bénéficier de sursis[6].

b) Avril 1916 : la normalisation de l'emploi des médecins mobilisés auprès de la population civile.

Dans le but de rationaliser l'aide du Service de Santé aux communes démunies de médecins par suite de mobilisation ou de décès, le S.S.E.S.S.M., en accord avec le ministère de l'Intérieur, réorganise celle-ci par la circulaire n°63 Ci/7 du 21 avril 1916[7]. En vue de fournir le personnel médical nécessaire, le S.S.E.S.S.M. ordonne aux directeurs régionaux et aux préfets des départements concernés, de se concerter et de diviser ces départements en secteurs comprenant un ou plusieurs médecins afin de définir les besoins. L'autre but de cette mesure est de montrer « […] que dans la très grande majorité des cas, ces secteurs sont encore pourvus du personnel médical nécessaire aux besoins de la population civile. »[8] Le Service de Santé tient donc à limiter son aide au strict nécessaire. La circulaire évoque deux types d'affectation. La première concerne les communes éloignées d'un centre hospitalier important qui seraient dépourvues de médecins ; un médecin y serait affecté. La deuxième concerne les communes à proximité d'un centre hospitalier important, le médecin-chef de

[1] A.D.I. R 895. Lettre datée du 27 octobre 1915 du maire de Reuilly au préfet de l'Indre.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 3 juin 1915 du maire d'Issoudun au sous-préfet de la ville.
[3] A.D.I. R 895. Brouillon d'une lettre datée du 14 février 1916 du préfet de l'Indre au général commandant de la 9e région militaire. Cette lettre a pour but d'obtenir le renouvellement du sursis qui doit s'achever le 29 février 1916.
[4] A.D.I. R 895. Lettre datée du 19 septembre 1915 du président du Conseil Général de l'Indre au préfet du département. Il intervient aussi en sa faveur car ce pharmacien est marié avec la fille de l'un de ses amis d'enfance.
[5] A.D.I. R 895. Lettre datée du 15 mai 1917 du général commandant de la 9e région militaire au préfet de l'Indre. Nous ne savons pas si ses demandes de sursis ont été accordées.
[6] A.D.I. R 895. Lettre datée du 4 septembre 1916 du général commandant de la 9e région militaire au préfet de l'Indre. La lettre est signée par l'inspecteur au nom du général.
[7] A.D.I. R 895. Circulaire n°63 Ci/7 du 21 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[8] *Ibidem.*

la place y désigne alors un médecin pour soigner la population civile concernée ; un roulement entre les médecins de la place est aussi possible. Enfin, le Service de Santé rappelle les règles d'affectation : les médecins mobilisés ne peuvent l'être là où ils travaillaient en temps de paix. L'application de la circulaire entraine la révision de toutes les affectations de médecins mobilisés auprès de la population civile. En cas d'infraction aux règles précitées, ils doivent être progressivement mutés.

Cette circulaire est appliquée de manière inégale dans la 9e région, du moins dans ses formes. Le préfet de l'Indre fait savoir au directeur régional du Service de Santé qu'il ne voit pas l'opportunité de diviser son département en secteurs[1]. En effet, son département compte alors quarante-huit médecins civils pour une population de 289 000 habitants auxquels s'ajoutent 5 000 réfugiés et le service est assuré par des médecins suppléant leurs collègues. Cependant, il demande le maintien de médecins militaires affectés auprès de populations de différents cantons et réclame de nouveaux médecins pour deux cantons. En juin 1916, le Service de Santé nomme ou maintient six médecins militaires pour différents cantons du département[2]. Dans le département du Maine-et-Loire, ce découpage semble avoir été réalisé[3]. Le 26 mai 1916, le préfet du département fait connaître au directeur régional les secteurs dépourvus de médecins et pour lesquels il réclame du personnel, mais ne mentionne pas les secteurs où le service médical est assuré[4]. Enfin à Poitiers, le médecin-chef de la place met à la disposition du préfet de la Vienne deux médecins, désignés chaque semaine, et un chirurgien, désigné tous les quinze jours[5]. Ces médecins doivent alors répondre aux réquisitions du préfet.

L'application de cette circulaire soulève très rapidement un problème d'ordre financier. En effet, les médecins mobilisés affectés à la population civile ne peuvent recevoir d'honoraires pour ces soins puisqu'ils perçoivent leur solde[6]. Concernant leurs déplacements, les communes sont tenues de leur fournir les moyens nécessaires, une voiture par exemple, ou bien les indemniser pour leurs frais de déplacement en prélevant les sommes sur les fonds de l'assistance médicale gratuite[7]. C'est ce point qui cristallise les critiques des maires comme celui de Chemillé car tous les malades seraient alors soignés gratuitement, les frais étant supportés par l'ensemble de la population et donc en conséquence, par les mairies[8]. Le corps préfectoral fait remonter les inquiétudes des maires, en demandant au

---

[1] A.D.I. R 895. Brouillon d'une lettre du préfet de l'Indre au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le brouillon n'est pas daté mais mentionne la circulaire du 21 avril 1916 et une lettre du directeur régional du 29 avril.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 24 juin 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[3] A.D.M&L. 10 R 5/70. Carte représentant le département en secteurs numérotés d'auteur et de date inconnus.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Minute d'une lettre datée du 26 mai 1916 du préfet de Maine-et-Loire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.V. 7 R 56. Lettre du 2 mai 1916 du médecin major de 1ère classe Guibbaud, médecin-chef de la place de Poitiers, au préfet de la Vienne.
[6] A.D.I. R 895. Circulaire n°63 Ci/7 du 21 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] *Ibidem.*
[8] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 5 juillet 1916 du maire de Chemillé au sous-préfet de Cholet.

ministère de l'Intérieur s'il ne conviendrait pas de ne rembourser les frais de déplacement que pour les indigents, ce qui est le principe de l'assistance médicale gratuite[1]. C'est ce que confirme le ministère de l'Intérieur au préfet de l'Indre le 31 août 1916[2], ordonnant par ailleurs de prévenir la population qu'elle doit rembourser les déplacements si elle n'est pas indigente. Cette confirmation est renouvelée le 21 octobre 1916 dans une circulaire adressée aux préfets[3]. L'application de cette mesure, si elle satisfait les mairies, provoque parfois quelques difficultés. En juillet 1919, le préfet de l'Indre est saisi d'une demande de remboursement de frais de déplacements par un médecin anciennement mobilisé et ayant été affecté auprès de la population civile pour des soins donnés à un civil en septembre et octobre 1917[4]. Cette personne n'étant pas indigente, le préfet refuse la demande de remboursement et renvoie le médecin vers les héritiers de son ancien patient[5].

La circulaire du 21 avril 1916 fixe le cadre de la participation des médecins militaires aux soins de la population mais cette circulaire ne modifie pas fondamentalement les échanges entre autorités civiles et militaires sur ce point. Jusqu'à la fin de la guerre, les autorités civiles demandent régulièrement des médecins au Service de Santé pour remplacer, temporairement ou de façon permanente, les civils mobilisés, décédés, trop âgés ou trop malades pour continuer à soigner les civils. Les situations sont parfois difficiles comme dans l'arrondissement de Segré dans le Maine-et-Loire en septembre 1916 où le conseil de l'arrondissement constate une « […] désorganisation complète du service médical dans beaucoup de cantons et de communes […] »[6]. Pour pallier les manques, les autorités civiles peuvent toujours faire appel à des médecins civils réfugiés ou libres de toute obligation militaire. Le ministère de l'Intérieur fait savoir aux préfets que des médecins réfugiés le sollicitent pour trouver des communes où exercer[7]. De même, les doctoresses sont aussi employées pour remplacer les médecins partis, comme cette femme qui est autorisée à soigner les réfugiés en octobre 1918[8]. Les maires peuvent aussi demander le maintien des médecins civils ou militaires présents dans leur commune. Le 25 juin 1916, le docteur Lebreton, médecin mobilisé et affecté à Chemillé, demande le soutien du préfet pour être maintenu dans cette ville alors qu'il doit rejoindre l'hôpital mixte de Cholet[9]. Il est soutenu par le maire de Chemillé qui déplore les mutations fréquentes

[1] A.D.I. R 895. Lettre datée du 10 août 1916 du sous-préfet du Blanc au préfet de l'Indre.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 31 août 1916 du ministre de l'Intérieur au préfet de l'Indre.
[3] A.D.I. R 895. Circulaire datée du 21 octobre 1916 du ministre de l'Intérieur. Cette circulaire préconise aussi de redécouper les secteurs afin de mieux répartir le personnel médical en faisant appel aux syndicats ou associations de médecins.
[4] A.D.I. R 895. Lettre datée du 16 juillet 1919 du docteur Terrien au préfet de l'Indre.
[5] A.D.I. R 895. Brouillon d'une lettre datée du 21 juillet 1919 du préfet de l'Indre au docteur Terrien.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/70. Extrait de la séance du 20 septembre 1916 du conseil de l'arrondissement de Segré.
[7] A.D.M&L. 10 R 5/70. Télégramme daté du 10 avril 1918 du ministre de l'Intérieur aux préfets. Cela fait probablement suite à l'offensive allemande du 21 mars 1918.
[8] A.D.I. R 895. Lettre datée du 24 octobre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de l'Indre. Il n'est pas précisé où celle-ci exerce.
[9] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 25 juin 1916 du docteur Lebreton au préfet de Maine-et-Loire.

des médecins militaires qu'il juge préjudiciables aux soins des civils[1]. Quant aux habitants de la commune de Vern dans le Maine-et-Loire, ils réclament le retour du médecin de la commune mobilisé au front, père de six enfants, et dont la présence à Vern est indispensable ; le Service de Santé refuse la demande car elle est contraire aux règles[2]. Ces demandes de retour faites par la population ou les médecins eux-mêmes sont parfois très mal vues par les médecins qui sont au front. L'un d'eux se plaint le 24 octobre 1917 auprès du préfet de Maine-et-Loire des tentatives d'un collègue pour obtenir un sursis afin de rentrer dans leur commune de Chemillé. Il dénonce une tentative de concurrence déloyale alors que le service médical est déjà assuré par un militaire[3].

Enfin, cette circulaire n'implique pas que le Service de Santé réponde automatiquement et favorablement à toutes les demandes d'affectation d'un médecin militaire. Ce refus peut être motivé par la présence d'un médecin civil à proximité de la ville, comme pour la commune de Liré en août 1916 car un médecin est présent dans une commune située à treize kilomètres[4]. Le refus est surtout motivé par une pénurie récurrente de médecins militaires. C'est le cas en août 1917 où, pour cette raison, le Service de Santé ne peut affecter un médecin à La Châtre[5]. Le Service de Santé saisit la moindre occasion de récupérer le personnel affecté à la population civile comme au début du mois de mars 1917. Suite au retour chez eux de médecins rayés ou mis hors cadre ou de l'arrivée de nouveaux médecins dans les communes qui en étaient dépourvues, le directeur régional du Service de Santé ordonne la révision du personnel militaire affecté aux civils[6]. Les préfets sont alors invités à enquêter sur les besoins des populations et sur la répartition du personnel médical civil et militaire. Certains maires concernés tentent alors de conserver ce personnel militaire en plaidant leur cause comme le maire de Tiercé[7]. Ils sont aussi appuyés par les sous-préfets qui font remonter leurs demandes[8]. La situation est de nouveau critique pour le Service de Santé en février 1918. Dans une lettre du directeur régional au préfet de Maine-et-Loire datée du 21 de ce mois, il évoque une « […] pénurie considérable

[1] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 25 juin 1916 du docteur Lebreton au préfet de Maine-et-Loire. Cependant, nous ignorons s'il a obtenu gain de cause.
[2] A.D.M&L. 10 R 5/70. Copie d'une lettre datée du 17 mars 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. La copie est adressée le 20 mars 1917 au préfet de Maine-et-Loire.
[3] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 24 octobre 1917 du docteur Brochard au préfet de Maine-et-Loire. En outre, il signale que ce médecin a passé les dix-huit à vingt premiers mois de la guerre dans cette commune tandis que lui est au front depuis le début de la guerre.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 24 août 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[5] A.D.I. R 895. Lettre datée du 7 août 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de l'Indre.
[6] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 10 mars 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[7] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 14 mars 1917 du maire de Tiercé au préfet de Maine-et-Loire.
[8] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 20 mars 1917 du sous-préfet de Cholet au préfet de Maine-et-Loire. Nous ne savons pas si ces demandes ont été prises en compte.

et croissante du personnel du Service de Santé militaire dans la 9e région […] »[1]. Il demande alors au préfet si le médecin militaire affecté à la population du Noyant peut être récupéré sans pénaliser les soins des civils. Malgré cette prévention à l'égard des civils, le directeur ne leur laisse pas vraiment le choix puisqu'il préconise d'étendre le rayon d'action des autres médecins pour remplacer ce médecin militaire. Les autorités civiles obtiennent alors un court répit pour réorganiser les services médicaux et ce médecin militaire ne quitte Noyant qu'au début du mois d'avril[2].

c) Une démobilisation faite dans un contexte difficile.

La démobilisation consécutive à l'armistice du 11 novembre 1918 est une nouvelle épreuve pour l'organisation des soins de la population. En effet, le départ des médecins mobilisés rentrant chez eux désorganise la couverture médicale même si dans le même temps les médecins de la 9e région reviennent chez eux, d'autant que ni le Service de Santé, ni les autorités civiles ne l'ont anticipé. Le 8 novembre 1918, le ministère de l'Intérieur adresse une circulaire aux préfets concernant la répartition du personnel médical dans les départements[3]. Il n'évoque pas une possible démobilisation mais dénonce une mauvaise entente entre préfectures et directions régionales du Service de Santé sur cette répartition et ordonne aux préfets de la revoir en concertation avec ces directions et les syndicats de médecins. Le but est encore de rationaliser l'emploi des médecins militaires.

La transition débute à la fin du mois de décembre 1918. Le directeur régional du Service de Santé fait savoir aux préfets que le S.S.E.S.S.M. lui a ordonné d'envisager la réduction du nombre de médecins mobilisés auprès de la population mais aussi dans les hôpitaux et dépôts[4]. Le directeur fournit alors à chaque préfet la liste des médecins militaires affectés à la population civile et demande que lui soient signalés ceux qui pourraient être repris par le Service de Santé selon une procédure déjà utilisée. Dans sa réponse, le préfet de Maine-et-Loire fait savoir qu'aucun médecin ne peut être repris[5]. Dans l'Indre, la situation est plus favorable au Service de Santé puisque que sur les six médecins mentionnés par le directeur régional, ceux d'Écueillé, de Levroux et d'Aigurandes peuvent être rappelés[6]. Il n'y a donc pas de réelle organisation pour assurer une démobilisation sans nuisance pour les soins des civils qui ont parfois à souffrir de dysfonctionnements. Ainsi au début du mois de février 1919, un médecin militaire doit être affecté auprès de la population d'Écueillé et de Montrésor[7]. Enfin

[1] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 21 février 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région au préfet de Maine-et-Loire.
[2] A.D.M&L. 10 R 5/70. Bulletin de mutation du médecin aide-major de 1ère classe Michiels daté du 7 avril 1918.
[3] A.D.I. R 895. Télégramme daté du 8 novembre 1918 du ministre de l'Intérieur au préfet de l'Indre.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Dépêche n°13 301 P datée du 26 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[5] A.D.M&L. 10 R 5/70. Minute d'une lettre du préfet de Maine-et-Loire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire en date du 8 janvier 1919.
[6] A.D.I. R 895. Nous n'avons pas retrouvé les informations pour les trois autres villes.
[7] A.D.I. R 895. Bulletin de mutation du médecin aide-major de 1ère classe Durand. Montrésor située dans l'Indre-et-Loire est une commune limitrophe de l'Indre.

en mars 1919, le Service de Santé ne peut affecter de médecin à Mézières-en-Brenne car il doit faire face à « […] une extrême pénurie du personnel médical […] »[1]. Les dysfonctionnements dans la démobilisation du personnel médical l'obligent à réquisitionner des médecins civils pour assurer les services militaires.

La démobilisation du personnel militaire se fait dans un contexte des plus défavorables pour la population civile : l'épidémie de grippe espagnole. Dès lors, les médecins civils sont submergés par le nombre de cas de grippe. Dans la commune de Bretagne dans l'Indre, plusieurs cas se déclarent au mois d'octobre. Or le médecin le plus proche, à Levroux, est malade et renvoie les demandes vers son collègue de Vatan[2]. En conséquence, il faut attendre trois à quatre jours pour que le docteur visite les malades. Le maire de Bretagne obtient alors de faire appel au médecin militaire du camp de Vineuil situé à proximité de la commune. L'épidémie de grippe inquiète les maires qui demandent des médecins militaires pour soigner leurs administrés. Dans la commune de Pouancé dans le Maine-et-Loire, celle-ci atteint de telles proportions qu'il n'y a plus de lits disponibles à l'hôpital et que le médecin civil restant dans la commune est débordé[3]. Celle-ci obtient alors provisoirement un médecin militaire[4]. L'épidémie de grippe explique aussi le précédent refus du préfet de Maine-et-Loire de se séparer de l'un des médecins militaires affecté dans son département[5] alors que le Service de Santé estimait que celle-ci était achevée[6]. En effet, l'épidémie continue de faire des victimes durant cet hiver et la situation est parfois dramatique comme à La Vernelle dans l'Indre en février 1919 où l'on compte trois morts en quatre à cinq jours[7]. Cette situation est aggravée par le manque de médecins alors que d'autres personnes sont malades.

Le retour des médecins dans leur commune permet à la population de les récupérer et au système médical civil de se reconstituer peu à peu, même si les décès freinent cette réorganisation[8]. Avec la démobilisation, les communes demandent le retour de leurs médecins, pensant obtenir celui-ci plus facilement. Cependant, les règles de démobilisation s'opposent parfois à ces retours, comme

[1] A.D.I. R 895. Dépêche n°3 961 P datée du 18 mars 1919 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au commandant de la 9e région.
[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 31 octobre 1918 du maire de Bretagne au préfet de l'Indre.
[3] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 25 novembre 1918 du maire de Pouancé au préfet de Maine-et-Loire.
[4] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 7 décembre 1918 du médecin-chef de la place et de l'hôpital mixte d'Angers au préfet de Maine-et-Loire.
[5] A.D.M&L. 10 R 5/70. Minute d'une lettre datée du 8 janvier 1919 du préfet de Maine-et-Loire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il explique que l'épidémie de grippe continue de sévir « […] avec intensité en Maine-et-Loire, notamment dans les communes rurales […] ».
[6] A.D.M&L. 10 R 5/70. Dépêche n°13 301 P du 26 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire.
[7] A.D.I. R895. Lettre datée du 13 février 1919 du maire de La Vernelle au préfet de l'Indre.
[8] A.D.M&L. 10 R 5/70. Minute d'une lettre datée du 20 janvier 1919 du préfet de Maine-et-Loire au docteur Antoine. Le préfet lui fournit la liste des médecins du département, exceptés ceux d'Angers, décédés « […] ces dernières années […] » sans être plus précis. Cette liste comprend douze noms.

le fait savoir le S.S.E.S.S.M. au préfet de Maine-et-Loire qui transmet une demande du maire de Morannes concernant un médecin de la classe 1902 :

> « J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'aux termes de la réglementation en vigueur, les officiers du service de santé des classes 1900 et plus anciennes, peuvent seuls être relevés des armées pour être affectées, en attendant leur démobilisation et dans la mesure des emplois disponibles, au lieu de leur résidence. »[1]

Et si ce ne sont les règlements, ce sont parfois les médecins eux-mêmes qui refusent de bénéficier de passe-droits, probablement par crainte d'être la cible de commérages, comme ce médecin qui répond à une demande de renseignement du préfet de l'Indre :

> « J'ignore pourquoi vous demandez ces renseignements sur moi. - Mais s'il s'agissait de la possibilité d'une démobilisation prématurée, je tiens à vous dire que je veux suivre le sort des hommes de ma classe de mobilisation - . Depuis quatre ans, je n'ai demandé aucune faveur, et je tiens à rentrer dans mes foyers, à mon tour – mais à mon tour seulement. »[2]

Il faut attendre la fin de la démobilisation de l'armée française pour constater les dégâts provoqués par la Première Guerre mondiale sur le système médical civil et commencer à reconstruire celui-ci.

La gestion du personnel par le Service de Santé, influençant celle des comités locaux des sociétés de la Croix-Rouge et des autorités civiles, s'est faite au jour le jour et n'a pu conduire à des réflexions sur le long terme. De même, tout n'a pas été fait pour améliorer le recrutement et la tâche de ce personnel, à l'exemple du personnel administratif. Les quelques mesures paraissant aller en ce sens n'ont en réalité eu pour but que de répondre à d'autres besoins ou calmer certaines inquiétudes. Ainsi, les besoins en soldats impliquant une récupération des infirmiers militaires valides mènent à la création d'un nouveau cadre d'infirmières militaires mais qui sont trop peu nombreuses pour répondre aux besoins. Cela provoque une féminisation du personnel secondaire des hôpitaux, principalement militaires, qui se fait sans trop de difficultés. La formalisation de l'affectation de médecins ou des pharmaciens militaires auprès des populations civiles est faite en partie pour éviter les abus dénoncés par ceux qui sont au front. En outre, elle n'assure pas aux autorités civiles d'obtenir automatiquement le personnel souhaité. Cependant, le Service de Santé comprend la nécessité de soigner la population civile pour protéger les soldats même si la présence de médecins militaires dans les services hospitaliers est surtout là pour répondre à des besoins militaires. La ponction en pharmaciens et en médecins sur le système civil mène à la mobilisation de plus de la moitié de ces praticiens si l'on se réfère aux estimations du médecin inspecteur Troussaint. Dès lors, on peut constater l'efficacité de la collaboration entre les systèmes sanitaires civils et militaires dans la protection des populations malgré l'épidémie de grippe espagnole.

---

[1] A.D.M&L. 10 R 5/70. Lettre datée du 31 janvier 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au préfet de Maine-et-Loire.

[2] A.D.I. R 895. Lettre datée du 20 novembre 1918 du docteur Périchon au préfet de l'Indre.

Chapitre 9 : Soigner les finances.

Le financement du système de soins des militaires devient, avec l'allongement du conflit, un enjeu vital pour la survie d'une partie de ce système. Face à l'augmentation des coûts d'hospitalisation des soldats qui se répercutent différemment selon le type de formation sanitaire, des mesures pour accroître les ressources financières des hôpitaux doivent être prises et doivent s'accompagner de mesures d'économies. Ces mesures sont d'autant plus indispensables pour les formations « fragiles » que sont les structures bénévoles et auxiliaires. De même, le Service de Santé soucieux de ne pas trop obérer son budget cherche aussi à éviter tout gaspillage. Quant aux hôpitaux mixtes, ils ne tardent pas à rouvrir les négociations sur l'indemnité journalière. La question du financement du système hospitalier de la 9^{e} région est donc tout aussi centrale que sa spécialisation.

Ainsi, il convient de comprendre comment le coût des soins des soldats touche les différents acteurs avec des conséquences financières différentes selon leurs origines. Une hausse trop importante des prix, si elle n'est pas compensée, pourrait avoir des conséquences dramatiques sur certaines formations sanitaires et donc sur le système de soins. Ces organismes doivent donc utiliser tous les moyens possibles pour financer cette hospitalisation, que ce soit en numéraire ou en nature, quitte à entrer en concurrence. Elles peuvent aussi demander plus de soutien de la part du Service de Santé. Enfin, la poursuite du conflit implique pour les formations sanitaires de continuer de s'approvisionner dans un contexte difficile où certains produits comme le charbon deviennent de plus en plus difficiles à obtenir et de plus en plus chers. Des mesures d'économies sont dès lors indispensables pour que le système de soins survive.

A) Un système hospitalier de plus en plus coûteux.

L'inflation qui accompagne l'entrée en guerre se poursuit et inquiète le personnel administratif des formations sanitaires et les structures qui gèrent ces derniers et ce, malgré la baisse des évacuations sur la 9^{e} région et le nombre de journées d'hospitalisation.

Tableau 12. Nombre de journées d'hospitalisation dans la 9e région militaire selon le type de la formation de 1914 à 1917[1].

Catégorie des établissements	1914	1915	1916	1917	Totaux
Hôpital complémentaire	623 501	2 250 965	1 699 063	1 858 254	6 431 783
Hôpital mixte	583 190	968 366	678 653	671 610	2 701 819
Hôpital civil	14 796	11 861	21 319	33 105	81 081
Asile d'aliénés	814	7 960	14 169	15 121	38 064
Hôpital auxiliaire	395 359	1 045 715	641 721	637 172	2 719 967
Hôpital bénévole	350 618	1 229 441	480 570	461 378	2 522 007
Totaux	1 768 278	5 514 308	3 535 495	3 676 640	14 494 721

Le coût de cette hospitalisation se répercute sur ces structures. Il faut alors différencier les formations relevant de l'État ou de représentants de l'État comme les hôpitaux complémentaires et les hôpitaux mixtes, et celles relevant de structures privées comme les hôpitaux auxiliaires, les hôpitaux bénévoles n'étant pas des hôpitaux mixtes et les formations de l'O.A.C.M. En effet, dans le premier cas, le soutien de l'État permet de ne pas voir la hausse des prix comme potentiellement mortelle pour la formation et ses soutiens, ces formations continuent de vivre après le passage des militaires, sauf pour les hôpitaux complémentaires. Dans l'autre cas, elle peut devenir problématique pour des structures qui, bénéficiant des indemnités journalières, fonctionnent sur des fonds privés. Leurs disparitions peuvent mettre à mal le système hospitalier.

1) Le coût de l'hospitalisation des blessés : une problématique différente entre hôpitaux complémentaires et hôpitaux mixtes.

La question de la gestion des coûts et de leurs hausses est très présente dans les rapports des officiers d'administrations et l'est encore plus dans les réunions des commissions administratives. Les officiers d'administration, responsables de la comptabilité des hôpitaux, doivent gérer les finances sans grever celles de l'État. Il en est de même pour les économes et ordonnateurs des hôpitaux mixtes qui ne doivent pas menacer les finances de leurs hôpitaux parfois soutenues par les mairies. Si ces deux types de formations se ressemblent puisqu'elles font appel au budget de la collectivité, elles se différencient car l'hôpital complémentaire est voué à disparaître tandis que l'hôpital mixte doit continuer à fonctionner après la guerre et doit toujours soigner des civils durant celle-ci. Ainsi, les appréhensions concernant le coût de l'hospitalisation des soldats ne sont pas les mêmes.

a) Des règles de gestion du temps de paix inapplicables en temps de guerre.

Les plaintes des officiers d'administration concernant le fonctionnement administratif des hôpitaux complémentaires touchent aussi leur gestion financière qui est celle du temps de paix, et qui est par certains aspects inadaptée au temps de guerre. Cette gestion financière est définie par le

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Règlement sur le Service de santé de l'Armée à l'intérieur[1] conduisant l'officier d'administration à produire un travail important et surtout soumis à des délais précis, gestion à laquelle s'ajoute celle faite par le pharmacien de l'hôpital pour son service. Ainsi, l'officier d'administration doit produire une comptabilité en deniers, en journées, en consommations, des successions et une comptabilité-matière à des dates déterminées. Par exemple, la comptabilité deniers doit être remise par l'officier d'administration au médecin-chef de la formation dans « […] *les dix premiers jours* du 2e mois qui suit le trimestre expiré [...] »[2]. Le médecin-chef transmet ensuite au directeur régional cette comptabilité deniers avec la comptabilité en consommations avec tous les justificatifs. Une chronologie qui est parfois difficilement respectée. En effet, l'arrivée parfois brusque et massive d'évacués ne permet pas toujours d'exécuter correctement le travail demandé dans les temps, sauf à disposer des moyens nécessaires, ce qui n'est pas souvent le cas comme il a été montré. Les périodes de faible activité se prêtent plus au respect de la réglementation. Le 1er avril 1917, le S.S.E.S.S.M. rappelle à l'ordre les directeurs régionaux concernant les comptes de gestion devant être envoyés chaque année dans les quatre mois après la clôture de la gestion[3]. Or à cette date, ces envois accusent un retard parfois important : des comptes de gestion de 1914 n'ont pas encore été envoyés, et un plus grand nombre concernant l'année 1915 ne le sont toujours pas.

Des mesures de simplification et de contrôle des tâches administratives sont pourtant prises pour faciliter le travail administratif et celui de gestion, mais celles-ci interviennent parfois trop tardivement. L'arrivée de l'officier d'administration de 1ère classe Terreux au poste d'inspecteur administratif de la 9e région en août 1917 améliore la gestion des hôpitaux complémentaires par le contrôle qu'il exerce. Ses trois instructions sur la comptabilité matières, la comptabilité deniers et la comptabilité consommations semblent n'avoir été diffusées auprès des officiers d'administration de la région qu'au début de l'année 1918[4]. De même, la direction régionale du Service de Santé possède en son sein un service du contentieux, dont la création semble dater de l'année 1918 selon le député Levasseur[5]. En septembre 1915, le S.S.E.S.S.M. avait pourtant ordonné la constitution d'un tel service[6], une directive qui ne semble pas avoir été suivie dans la 9e région. Ce service vient en soutien du travail des gestionnaires puisqu'il intervient, entre autres, dans les réquisitions de locaux et leur

[1] Références déjà citées. Notamment le titre III sur le Service de Santé dans les hôpitaux militaires et ses chapitres VII à IX ayant trait au matériel, aux dépenses et à la comptabilité, ainsi que la notice n°10 de ce règlement portant sur la comptabilité.
[2] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 329 (Notice n°10). La date butoir pour le quatrième trimestre est le 15 mars de l'année suivante au plus tard.
[3] A.N. C 7690. Circulaire du 1er avril 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport trimestriel daté du 15 juillet 1918 de l'officier d'administration de 1ère classe Terreux, inspecteur administratif des formations sanitaires de la 9e région militaire. Il explique que ces instructions ont été diffusées aux gestionnaires des hôpitaux complémentaires.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[6] A.N. C 7690. Dépêche du 22 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

restitution. Lors de la réquisition, il doit rechercher les « […] contrats de nourriture, de chauffage, d'éclairage [...] »[1] favorables aux finances de l'État. Dans le même but, il intervient sur les marchés passés par les hôpitaux afin de contrôler les prix et la rédaction du marché et vérifie que les gestionnaires ont fait jouer la concurrence[2]. Comme il a été montré, ces deux services sont plébiscités par les gestionnaires mais souffrent d'un manque de personnel pour avoir une efficacité maximum.

À la différence des formations auxiliaires et bénévoles (hormis les hôpitaux mixtes considérés comme tel), les hôpitaux complémentaires ne sont pas tenus d'être « rentables », mais ils doivent réaliser des économies pour ne pas alourdir le budget de l'État. C'est dans le but de préparer celui-ci et de respecter les règles budgétaires que le Service de Santé cherche à connaître les dépenses des formations ainsi que le prix de revient d'une journée d'hospitalisation d'un soldat. Il est donc indispensable que le travail administratif soit correctement exécuté, d'autant plus que les budgets sont établis sur des prévisions d'hospitalisation impossible à estimer correctement du fait même de la guerre. Le 23 octobre 1915, le S.S.E.S.S.M. demande aux directeurs régionaux de lui envoyer un état des dépenses faites durant les trois premiers trimestres de l'année et à faire pour celles qui sont engagées ou envisagées pour le dernier trimestre[3]. Les opérations militaires de la fin de cette année provoquent l'augmentation du nombre d'hospitalisation, l'accroissement du système hospitalier pour y répondre et par conséquent, l'accroissement des dépenses[4]. Le S.S.E.S.S.M. cherche donc à savoir si son budget est suffisant pour payer ces dépenses où s'il convient de demander des crédits supplémentaires. D'autre part, ce travail administratif doit permettre de justifier les dépenses engagées auprès du Parlement ou de la Cour des comptes[5].

Ce travail administratif indispensable au respect des règles budgétaires n'est pas toujours compris des gestionnaires des hôpitaux complémentaires qui dénoncent certaines règles du temps de paix inutiles en temps de guerre :

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[2] *Ibidem.* Les marchés sont divisés en deux catégories, les « […] Marchés particuliers […] » qui sont ceux passés par les hôpitaux et les « […] Marchés spéciaux [...] » qui concernent le magasin d'approvisionnement, le magasin général de Châteauroux et le centre d'appareillage des mutilés. Ce service a aussi en charge les conventions avec les hôpitaux mixtes et les hôpitaux bénévoles et la question très sensible de l'indemnité journalière. Ses autres domaines d'intervention sont l'expansion de l'hospitalisation, la cession au Service de Santé américain de formations sanitaires, l'équipe d'entretien et de réparation, le magasin d'approvisionnement, les questions d'économie et les restrictions, les menus de place, les installations agricoles, les jardins potagers et les porcheries.

[3] A.N. C 7690. Dépêche n°22 396 2/7 du 23 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Ces dépenses comprennent les frais de traitement des soldats dans toutes les formations, les indemnités versées aux civils et les frais de location. Elles intègrent aussi les dépenses éventuelles dans des travaux d'installation, d'aménagement et d'achat de matériel médical.

[4] *Ibidem.* Pour estimer les futures dépenses, il ordonne de prendre comme nombre d'hospitalisés dans la région le nombre maximum, c'est-à-dire de considérer tous les hôpitaux comme complets.

[5] A.N. C 7690. Dépêche n°4 067 4/7 du 7 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

« Le Carnet trimestriel en consommation en usage à l'Intérieur [*sic*] & [*sic*] le Compte annuel qui en est la conséquence ont une utilité réelle qui apparaît pleinement pour le temps de Paix [*sic*]. Cette utilité ne paraît plus correspondre aux besoins de simplification du temps de guerre, avec des gestionnaires non professionnels.

Il semble qu'il importe peu de connaître le prix de revient d'une journée d'hospitalisation par formation (& [*sic*] par détail d'alimentation, de chauffage, de blanchissage, d'entretien, [illisible]) car ce prix détaillé, avec les mêmes méthodes, avec la même surveillance, se modifiera très sensiblement suivant l'importance de l'effectif hospitalisé ; plus un effectif est fort plus une économie d'ensemble est possible.

D'autre part, la comparaison des prix avec le trimestre correspondant de l'année précédente n'offre plus le même intérêt qu'en temps normal puisque chaque année subit une hausse progressive qu'il n'appartient pas à un gestionnaire d'enrayer. »[1]

Ces remarques faites dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement administratif des formations sanitaires et du Service de Santé traduisent aussi un sentiment de lassitude vis-à-vis des nombreux documents administratifs à remplir dont on ne comprend pas toujours l'utilité.

b) La hausse des coûts d'hospitalisation dans les hôpitaux complémentaires.

Le Service de Santé de la 9e région fait donc face à une augmentation des coûts de l'hospitalisation des soldats dans la région couplée à celle des dépenses liées au fonctionnement des établissements du Service de Santé, comme le magasin général de Châteauroux. Cette augmentation des dépenses n'est cependant pas continue comme le montre le tableau suivant :

Tableau 13. Montant des dépenses réalisées par le Service de Santé de la 9e région militaire du début de la guerre à la fin du deuxième trimestre 1918[2].

Année	1914	1915	1916	1917	1918
Total 1er trimestre		1 479 776,88	1 572 695,61	2 343 784,31	5 486 045,28
Total 2e trimestre		5 531 425,85	2 461 593,94	6 381 544,46	7 072 234,68
Total 3e trimestre	1 130 084,80	4 143 737,59	2 829 657,68	4 852 112,02	
Total 4e trimestre	3 123 044,14	4 767 743,94	3 531 596,87	9 748 085,97	
Total de l'année	4 253 128,94	15 922 684,26	10 395 544,10	23 325 526,76	12 558 279,96
Variation		3,74	0,65	2,24	
Variation 1914-1917	5,48				
Total des sommes dépensées	66 455 164,02				

L'évolution des dépenses entre les années 1914 et 1916 est liée à la mise en place puis à l'accroissement du système hospitalier de la 9e région qui implique la création de nouvelles formations sanitaires et l'augmentation du nombre de lits. De même, les travaux d'aménagement des formations sanitaires et l'installation de services médicaux avec leur matériel accroissent les dépenses même si les gestionnaires cherchent à les limiter. L'installation d'une salle de traitement de neurologie à l'hôpital complémentaire n°51 de Tours au deuxième trimestre 1917 a nécessité l'achat d'un « […]

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°52 de Tours et les modifications qui y ont été apportées par l'adjudant d'administration Monmarché faisant fonction d'officier gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°52 daté du 31 mars 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Les coûts correspondent aux chapitres 35 (Établissements du Service de Santé (Personnel)) et 36 (Établissements du Service de Santé (Matériel)) de la nomenclature des dépenses du ministère de la Guerre.

groupe transformateur [...] »[1] d'occasion, coûtant 245 francs, contre 800 francs neuf, afin de limiter les coûts[2]. L'augmentation du nombre d'hospitalisés et celle des journées d'hospitalisation entre 1914 et 1915, auxquelles s'ajoute l'inflation, explique l'accroissement des dépenses entre ces deux années. De même, la baisse du nombre d'hospitalisés en 1916, est à l'origine de la baisse des dépenses. La hausse de l'année 1917 est due à l'augmentation des coûts, bien que le nombre de journées d'hospitalisation diminue, mais aussi à la montée en puissance du magasin général de Châteauroux. Les dépenses liées à celui-ci s'élèvent à 7 704 723,88 francs au quatrième trimestre 1917 puis 4 034 834,79 francs au premier trimestre 1918 et 3 412 025,55 francs au deuxième trimestre 1918[3].

Le Service de Santé, comme les autres acteurs de l'hospitalisation des soldats, subit une augmentation des prix qui vient accroître ses dépenses malgré une baisse des évacuations sur la région. Le prix de revient journalier dans les hôpitaux complémentaires est alors en augmentation suite à celle de son principal poste de dépenses qu'est l'alimentation mais aussi suite à la politique menée par le Service de Santé concernant l'emploi de personnel civil dans ses hôpitaux[4].

Tableau 14. Évolution du prix moyen de la journée d'hospitalisation des militaires dans six hôpitaux complémentaires de 1915 à 1917[5].

Nature des dépenses	1915	Pourcentage	1916	Pourcentage	1917	Pourcentage	Augmentation 1915-1917
Alimentation	1,42	73,6 %	2,33	76,9 %	2,13	57,7 %	150,0 %
Chauffage et éclairage	0,21	10,9 %	0,26	8,6 %	0,31	8,4 %	147,6 %
Entretien et réparation du matériel	0,06	3,1 %	0,08	2,6 %	0,06	1,6 %	100,0 %
Fournitures de bureau	0,016	0,8 %	0,016	0,5 %	0,11	3,0 %	687,5 %
Objets de pansement	0,07	3,6 %	0,07	2,3 %	0,12	3,3 %	171,4 %
Blanchissage	0,13	6,7 %	0,135	4,5 %	0,14	3,8 %	107,7 %
Salaires du personnel civil	0,02	1,0 %	0,14	4,6 %	0,82	22,2 %	4100,0 %
Prix moyen de la journée de traitement	1,93	100,0 %	3,03	100,0 %	3,69	100,0 %	191,2 %

Les coûts de l'alimentation sont donc multipliés par 1,5 entre l'année 1915 et l'année 1917. Cependant, la part de l'alimentation dans le prix de revient chute entre 1916 et 1917 couplée à une diminution de ce poste de dépense. Cette baisse des dépenses est due à celle des prix d'approvisionnement suite à la création du magasin d'approvisionnement de Tours et aux mesures d'économie instaurées dans la

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°51 de Tours au deuxième trimestre 1917 de l'officier d'administration gestionnaire Bianconi et daté du 9 juillet 1917.
[2] *Ibidem.*
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Soit environ 79 %, 73,5 % et 48,2 % des dépenses.
[4] L'évolution de ce prix de revient est difficile à retracer à partir des rapports des officiers d'administration car ces derniers l'évoquent peu et lorsque c'est le cas, ils évoquent surtout le coût de l'alimentation. En outre, les rapports n'abordent pas l'ensemble du conflit.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Pour réaliser ce tableau, le député Levasseur a pris le montant des dépenses faites dans six hôpitaux complémentaires de la région provenant de six places de celle-ci afin de déterminer un prix moyen. Les hôpitaux choisis sont les hôpitaux complémentaires n°2 (Tours), n°6 (Angers), n°12 (Châtellerault), n°22 (Cholet), n°23 (Issoudun) et n°39 (Poitiers). Le rapport datant d'octobre 1918, il ne comprend pas l'année 1918.

région[1]. Mais si la part de l'alimentation dans les dépenses diminue, celle des salaires du personnel civil s'accroît. Ainsi, la récupération des infirmiers militaires par l'armée menant à l'embauche d'un personnel civil principalement féminin a conduit à augmenter le prix de revient dans les hôpitaux complémentaires. Il convient de nuancer quelque peu ce calcul du député Levasseur qui n'indique pas les chiffres utilisés et donc on ne sait s'il prend en compte la solde du personnel militaire de ces hôpitaux complémentaires et donc des infirmiers militaires rappelés pour être envoyés au front. Cependant, cette constatation pour la 9e région se retrouve pour l'hospitalisation des soldats dans la zone de l'intérieur.

Tableau 15. Évolution du prix de revient annuel de la journée d'hospitalisation à l'intérieur de 1914 à 1919[2].

Année	1914	1915	1916 (1er trimestre)	1917	1918	1919	Variation 1914-1919
Prix de revient moyen	1,69	1,85	2,257	3,613	4,362	6,02	3,56
Variation annuelle		1,09	1,22	1,60	1,21	1,38	
Alimentation	1,34	1,5	1,74	2,289	2,637	3,58	2,67
Part dans le prix	79,3%	81,1%	77,1%	63,4%	60,5%	59,5%	
Chauffage et éclairage	0,18	0,19	0,302	0,28	0,283	0,302	1,68
Part dans le prix	10,7%	10,3%	13,4%	7,7%	6,5%	5,0%	
Blanchissage	0,07	0,08	0,105	0,12	0,144	0,16	2,29
Part dans le prix	4,1%	4,3%	4,7%	3,3%	3,3%	2,7%	
Entretien et propreté	0,07	0,06	0,086	0,08	0,073	0,095	1,36
Part dans le prix	4,1%	3,2%	3,8%	2,2%	1,7%	1,6%	
Objets de bureau	0,015	0,012	0,014	0,024	0,022	0,035	2,33
Part dans le prix	0,9%	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%	0,6%	
Médicaments				0,096	0,118	0,16	
Part dans le prix				2,7%	2,7%	2,7%	
Pansements				0,08	0,09	0,21	
Part dans le prix				2,2%	2,1%	3,5%	
Salaires du personnel civil				0,66	1,049	2	
Part dans le prix				18,3%	24,0%	33,2%	

L'alimentation étant un poste de dépenses important pour les hôpitaux complémentaires, il convient alors de détailler l'inflation des denrées alimentaires. En l'absence de prix moyens pour la 9e région et de la rareté des sources quant à ces prix, nous ne pouvons donner que l'exemple de l'étude faite par l'officier d'administration de 2e classe Porée pour l'hôpital complémentaire n°5[3]. Les prix indiqués dans le tableau suivant ne peuvent être considérés comme des prix moyens étant donné les

[1] Sur ce sujet, voir le C) de ce chapitre.
[2] S.H.D. GR 9 NN 1/591. Récapitulation des Prix de revient de la journée de traitement à l'Intérieur de 1914 à 1918 et en 1919. Nous ignorons si cette étude comprend toutes les formations ou simplement les hôpitaux militaires.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Porée concernant le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°5 de son ouverture au 1er janvier 1917 et daté 22 avril 1917.

conditions d'approvisionnement des formations sanitaires. En effet, celles-ci se fournissent au niveau local, national ou international avec les variations de prix que cela implique.

Tableau 16. Évolution du prix de quelques denrées et matières premières liées à l'énergie, de la création de l'hôpital complémentaire n°5 au 1er trimestre 1917[1].

Trimestre	**1914**		**1915**				**1916**					**1917**	**Variation**
Denrée	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**3e T**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**Juil-Ao.**	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	
Bœuf	1,68	1,68	1,69	1,833	2	2	2	2,15	2,15	2,15	2,153	2,2	130,95%
Porc	2	2	2	2	2	2,2	2,8	3	3,075	3,92	4,25	4,4	220,00%
Pain	0,38	0,38	0,416	0,43	0,43	0,43	0,42	0,42	0,43	0,45	0,45	0,45	118,42%
Vin	0,4	0,4	0,35	0,35	0,433	0,45	0,6	0,6	0,8	0,65	0,65	0,68	170,00%
Riz	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,666	0,7	0,6	1,2	1,2	0,55	91,67%
Œufs	1,85	1,85	1,75	1,5	1,7	1,95	1,75	1,6	2,05	2,28	3,4	2,75	148,65%
Poisson frais	1,1	1,1	2,12	1,59	2,35	1,92	1,6	1,45	1,7				154,55%
Poisson salé	1,2	1,2									3,6	2,5	208,33%
Pommes de terre	0,085	0,085	0,07	0,08	0,095	0,11	0,11	0,13	0,23	0,22	0,175	0,24	282,35%
Choux	0,32	0,32	0,25	0,275	0,283	0,35	0,37	0,5	0,5	0,16	0,23	0,28	87,50%
Haricots	0,6	0,6	0,6	0,6	0,42	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,4	1,3	216,67%
Pois cassés	0,5	0,5	0,55	0,55	0,6	0,7	1,8			2,1			420,00%
Camembert	2,6	2,6		2,9	3,6					3	3,2	3,8	146,15%
Fromage du pays			2,7	2,8	2,9	3,26	3,6				3	2,6	96,30%
Beurre	2,7	2,7	4,09	4,25	4,05	4,65	5,8	5,4	4,4	4,8	5,3		196,30%
Café	4,65	4,65	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,9	4,4	94,62%
Sucre	0,85	0,85	0,85	1,07	1,25	1,25	1,3	1,26	1,25	1,5	1,47	1,55	182,35%
Chauffage (100 kg)													
Briquettes	4,1	4,1	4,1	6,1			7,71			12	12	9,05	220,73%
Houille	5,4	5,4	6,2	6,6	6,6	7,5		10,25	16		12,85	12,85	237,96%
Coke	1,826	1,826											100,00%
Pétrole	0,6	0,6	0,5	0,52	0,52	0,55	0,56	0,56	0,55	0,5	0,5	0,6	100,00%

Si quelques produits connaissent une diminution de leur prix entre 1914 et 1917 comme le riz, le chou ou le café, l'augmentation des prix est majoritaire. Ainsi, le pain ne connaît qu'une faible augmentation tandis que le prix du porc fait plus que doubler, que celui du vin est multiplié par 1,7 et que ceux de la pomme de terre ou du beurre ont quasiment doublé. Face à cette augmentation des coûts, des économies doivent être faites pour ne pas grever le budget de l'État tout en variant les repas.

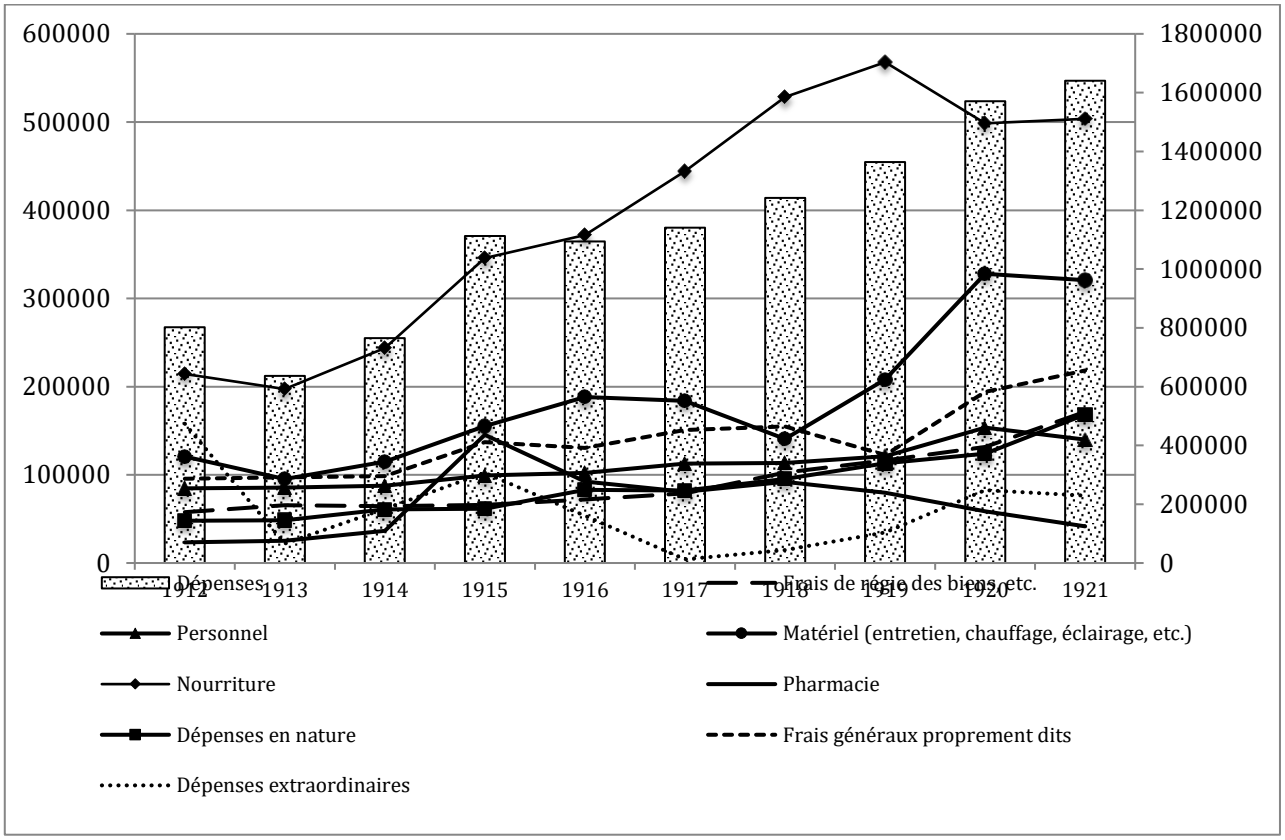
c) Les hôpitaux mixtes face à l'augmentation des coûts.

Ces structures du temps de paix qui soignent les civils et parfois les militaires avant le début de cette guerre se distinguent des autres formations sanitaires par les populations qui y sont soignées et le fait qu'elles sont les seules structures qui survivent à ce conflit. D'autre part, le risque que les hôpitaux mixtes ferment à la suite de déficits provoqués par une hausse des coûts d'hospitalisation existe mais demeure limité. Cela n'empêche pas leurs gestionnaires d'avoir une gestion rigoureuse des comptes et surtout des dépenses pour éviter de creuser les déficits, s'il y en a, et donc les dettes

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Porée concernant le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°5 de son ouverture au 1er janvier 1917 et daté 22 avril 1917.

des villes qui viennent parfois renflouer les caisses. Les hôpitaux mixtes sont eux aussi confrontés dès le début de la guerre à l'inflation des coûts des matières premières qui se poursuit durant tout le conflit.

Figure 36. Hôtel-Dieu de Poitiers. Évolution, générale et selon les postes, des dépenses de 1912 à 1921[1].



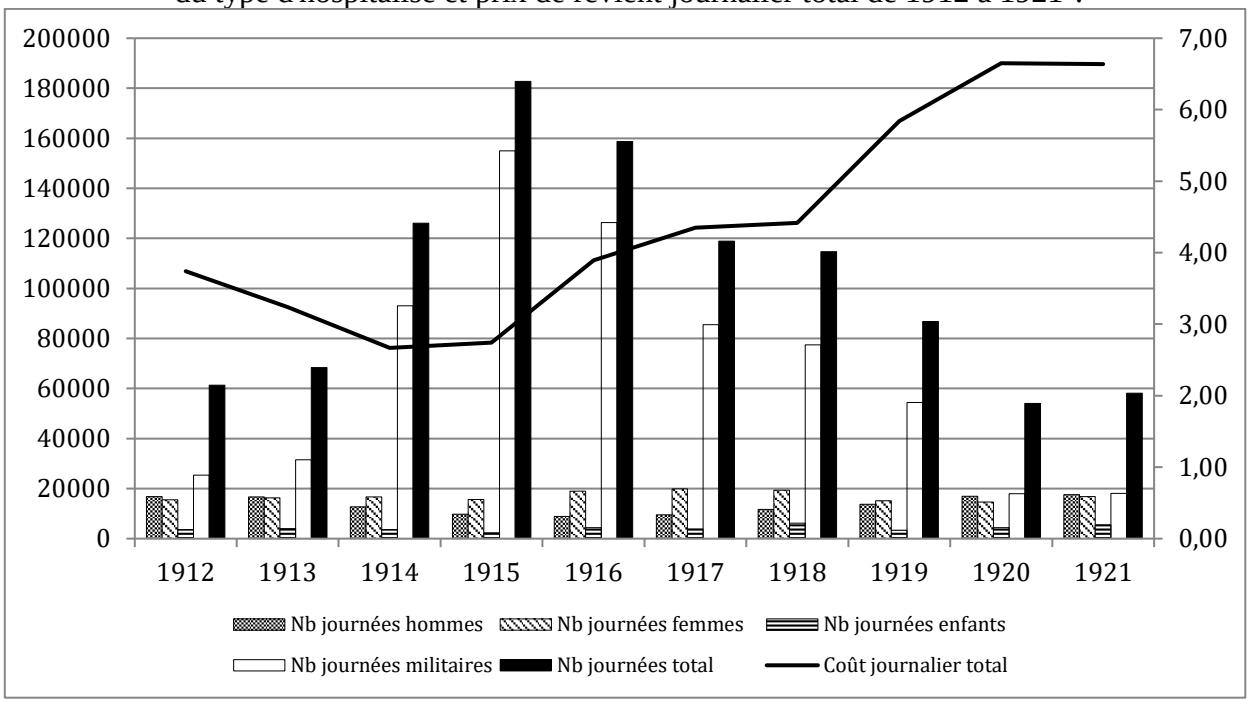
Cette inflation touche les principaux postes de dépense composant le coût journalier d'hospitalisation. Ainsi les coûts de la nourriture ne cessent d'augmenter entre 1913 et 1919 et sont suivis par une augmentation des coûts du personnel et de la pharmacie. Quant aux coûts en matériel, comprenant notamment le chauffage et l'entretien des bâtiments, ils augmentent entre 1914 et 1919, bien qu'ils accusent une diminution en 1918.

Cette inflation pèse sur les dépenses alors que dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation diminue, à l'exemple de l'Hôtel-Dieu de Poitiers[2].

[1] A.D.V. 1536 W 68. Ce graphique est issu des statistiques hospitalières des Hospices de Poitiers. Il comprend toutes les dépenses de l'Hôtel-Dieu, de l'Hospice général et de l'Hospice des incurables qui composent cette structure. Il n'y a pas de différences entre les coûts journaliers des civils ou des militaires car les hôpitaux confondent ces deux populations dans leurs budgets.

[2] La diversité des sources dans les différents centres d'archives ne permet pas une étude comparative sur un nombre suffisant d'hôpitaux mixtes pour obtenir une tendance générale.

Figure 37. Évolution du nombre de journées d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en fonction du type d'hospitalisé et prix de revient journalier total de 1912 à 1921[1].



Ce graphique rend parfaitement compte de l'importance de la population militaire parmi les malades pris en charge par cet hôpital mixte[2]. Le nombre de journées d'hospitalisation des militaires connaît une augmentation jusqu'en 1915, année où l'on évacue le plus sur l'intérieur, avant de diminuer progressivement jusqu'à la fin de la guerre. Il faut cependant attendre l'année 1920 pour atteindre un niveau « normal » qui est d'ailleurs inférieur à celui d'avant-guerre. Cette évolution du nombre des journées d'hospitalisation des militaires est à mettre en relation avec celle des recettes et des dépenses de l'Hôtel-Dieu, ainsi que le prix de revient de l'hospitalisation de l'ensemble des populations. 1914 est l'année où le prix de revient est le moins élevé ce qui s'explique par un nombre plus important de journées d'hospitalisation alors que le total des dépenses est inférieur à l'année 1912. Puis l'année 1915, comptant le plus de journées d'hospitalisation, connaît une augmentation des dépenses par rapport à 1914, mais le prix de revient est quasiment similaire, ce qui s'explique par le nombre de journées d'hospitalisation qui « absorbe » cette hausse. L'inflation des prix des matières premières et alimentaires ne se fait réellement sentir qu'à partir de 1916 où malgré la baisse du nombre de journées d'hospitalisation le montant des dépenses s'accroît et avec lui, le prix de revient. Cependant, l'augmentation des dépenses s'accompagne de celle des recettes qui correspond à un plus grand nombre d'hospitalisés à charge de remboursement, principalement les militaires, ainsi que la hausse

[1] A.D.V. 1536 W 68. Ce graphique est issu des statistiques hospitalières des Hospices de Poitiers. Les chiffres ne comprennent pas les malades civils hospitalisés à l'Hospice général et à l'Hospice d'incurables. Le prix de revient est celui indiqué sur les états statistiques correspondant à ces populations.

[2] Il est à noter que si les populations d'enfants et de femmes traitées à l'Hôtel-Dieu sont quasiment stables, hormis une augmentation entre 1916 et 1918 pour les femmes, celle des hommes suit une évolution opposée aux militaires. On peut l'expliquer par la mobilisation des hommes qui entraine leur diminution dans la population civile.

des indemnités journalières[1]. Si les recettes ne compensent pas les dépenses chaque année, elles permettent à l'hôpital mixte de Poitiers d'être bénéficiaire sur la période de 1912 à 1921 à hauteur de 122 167,74 francs.

L'instabilité des prix ajoutée à l'anticipation impossible du nombre de civils et de militaires qui vont être hospitalisés durant l'année, ce qui est particulièrement le cas des militaires durant le conflit, rend l'anticipation budgétaire difficile alors que l'établissement d'un budget est indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux mixtes. C'est le cas de l'hôpital mixte d'Angers, où l'on essaie de prendre en compte les précédentes années pour préparer les futurs budgets.

Tableau 17. Évolution des budgets de l'Hôtel-Dieu d'Angers de 1913 à 1918[2].

Années	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Nombre de journées militaires prévues	33 000	31 000	55 000	177 000	170 000	148 000
Nombre de journées militaires réelles	32 216	81 174	177 864	148 122	142 803	162 385
Nombre de journées civiles prévues	446 500	459 340	469 450	456 660	439 650	442 220
Nombre de journées civiles réelles	470 384	456 461	438 202	441 738	434 194	423 244
Nombre de journées totales prévues	479 500	490 340	524 450	633 660	609 650	590 220
Nombre de journées totales réelles	502 600	537 635	616 066	589 860	576 997	585 629
Budget des recettes prévues	1 037 387,81	1 121 256,21	1 190 898,71	1 485 168,71	1 564 423,36	1 774 679,96
Budget des recettes réelles	1 110 227,08	1 267 920,93	1 482 576,58	1 667 261,26	1 854 055,18	2 281 562,46
Budget des dépenses prévues	1 037 208,35	1 106 827,65	1 190 352,39	1 484 515,39	1 564 388,69	1 774 529,79
Budget des dépenses réelles	1 123 363,35	1 213 536,62	1 486 251,79	1 803 293,88	1 874 108,68	2 095 689,27
Bilan prévu	179,46	14 428,56	546,32	653,32	34,67	150,17
Bilan réel	-13 136,27	54 384,31	-3 675,21	-136 032,62	-20 053,50	185 873,19
Prix revient prévu	2,16	2,26	2,27	2,34	2,57	3,01
Prix revient réel	2,24	2,26	2,41	3,06	3,25	3,58

Si le nombre de journées d'hospitalisation civiles est, hormis en 1913, toujours en dessous des prévisions, l'anticipation de celui des militaires pose des difficultés dues à l'évolution des évacuations sur l'intérieur. Ces difficultés sont mentionnées dans les discussions préalables à l'établissement du budget. Concernant les recettes liées aux indemnités d'hospitalisation des militaires pour le budget de 1916, il est dit :

> « La prévision pour 1915 était de 293.000 frs, car on ne pouvait pas prévoir le temps que durerait la guerre. Le chiffre atteint actuellement laisse supposer une recette annuelle de 460.000 frs, chiffre qu'il y a lieu de maintenir pour 1916. »[3]

[1] Ce point est traité dans le B) 2) de ce chapitre, p. 508.
[2] A.D.M&L. 1 Hs/M8. Hôpital Hospice d'Angers. Budgets.
[3] A.D.M&L. 1 Hs/M14. Projet de budget pour l'année 1916 daté du 30 novembre 1915. Le document est signé par les administrateurs de l'hôpital hospice.

De même, concernant les dépenses, notamment de nourriture, la quantité prévue est calculée en prenant comme base de calcul, la moyenne de l'effectif journalier présent à l'hôpital et à l'hospice lors des trois premiers trimestres de l'année 1915[1]. Quant aux prix, les auteurs de ce projet ont pris ceux pratiqués lors du dernier trimestre de l'année 1915 et des premiers achats de 1916, afin de coller le plus possible aux prix qui seront pratiqués, même s'ils anticipent une légère baisse de certains aliments suite à des « […] projets législatifs [...] »[2]. Enfin, les budgets de l'hôpital mixte d'Angers permettent de faire des remarques similaires à la situation de l'hospice de Poitiers quant à l'augmentation des dépenses et des recettes, bien que le prix de revient soit inférieur. Si l'Hôtel-Dieu d'Angers réalise aussi un bénéfice de 67 359,9 francs sur cette période, celui-ci ne peut se faire sans une renégociation des prix de journée des militaires, mais aussi des civils, afin de couvrir les dépenses.

2) Les comités locaux des sociétés de la Croix-Rouge menacés par l'inflation.

La hausse des coûts est bien plus dangereuse pour les hôpitaux auxiliaires et leurs comités que pour les hôpitaux complémentaires et mixtes. S'agissant de structures privées, elles ne sont pas directement gérées par l'État ou une collectivité territoriale et donc ne disposent pas d'accès « illimité » aux finances publiques même si elles survivent en partie grâce aux indemnités journalières et subventions versées par les autorités et la population. Les hôpitaux bénévoles et les structures du type de celle de l'O.A.C.M. relèvent aussi de cette situation. La difficulté des sources fait que l'étude ne se limite qu'à quelques cas, surtout l'hôpital auxiliaire n°102, et principalement aux sociétés de la Croix-Rouge. Plus fragiles financièrement, ces structures sont menacées par la hausse des coûts d'hospitalisation.

a) Le cas de l'hôpital auxiliaire n°102.

Les coûts d'hospitalisation à l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers suivent la même tendance que pour ceux des hôpitaux complémentaires et mixtes. L'évolution du coût journalier d'un soldat hospitalisé dans cette formation durant le conflit révèle cette augmentation :

[1] A.D.M&L. 1 Hs/M14. Projet de budget pour l'année 1916 daté du 30 novembre 1915. Le document est signé par les administrateurs de l'hôpital hospice.
[2] *Ibidem.* Ces diminutions visent le pain, la farine, le blé et la viande.

Tableau 18. Coût de la journée d'hospitalisation à l'hôpital auxiliaire n°102 de 1914 à 1919 comparé à d'autres formations sanitaires[1].

Année	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Hôpital auxiliaire n°102	2,88	3,17	3,89	4,29	5,32	4,2
Hôpital mixte de Poitiers	2,67	2,74	3,89	4,35	4,42	5,84
Hôpital mixte d'Angers	2,26	2,41	3,06	3,25	3,58	
Hôpitaux complémentaires (Mission Levasseur)		1,93	3,03	3,69		

Du début du conflit à l'année 1918, ce coût double pratiquement. La baisse de l'année 1919 s'explique par la fermeture précoce de cette formation durant cette année. Celle-ci ayant eu lieu le 1er février, l'hôpital a été vidé de ses hospitalisés afin de procéder aux travaux nécessaires à sa restitution. Quant à la comparaison avec les autres formations, elle ne peut être qu'indicative. En effet, les coûts varient en fonction du nombre d'hospitalisés mais aussi en fonction des différents modes d'approvisionnement (par adjudication, de gré à gré, par des dons, etc.). Enfin les prix ne sont pas identiques dans toute la 9e région. On peut toutefois noter que le coût journalier est supérieur aux autres formations, sauf en 1916, 1917 et 1919 où il est égal puis inférieur à celui de l'hôpital mixte de Poitiers. De même, les coûts dans les hôpitaux complémentaires mentionnés dans le rapport Levasseur sont inférieurs à ceux de l'hôpital auxiliaire n°102, ce qui s'explique en partie par des approvisionnements plus avantageux[2].

La périodisation des dépenses choisie par le comité de l'U.F.F. d'Angers ne permet pas de suivre une évolution des dépenses de l'hôpital auxiliaire n°102 à l'année et de pouvoir comparer celle-ci avec les formations sanitaires précédemment citées. Le tableau suivant permet cependant de rendre compte de cette évolution.

[1] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers.
[2] À ce sujet, voir le C) de ce chapitre, p. 524. Il faut aussi signaler que les méthodes de calcul ne sont pas les mêmes entre ces formations.

Tableau 19. Évolution des dépenses concernant l'hôpital auxiliaire n°102 du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919[1].

Postes de dépense	01/05/1914-01/05/1915		01/05/1915-01/05/1916		01/05/1916-01/05/1917		01/05/1917-01/05/1918		01/05/1918-15/11/1919		Total	Pourc.
Installation radiologique	7838,8	10,7 %	7592,35	6,0 %	211,25	0,2 %					15642,4	2,8 %
Lits nouveaux			8534,65	6,7 %							8535,65	1,5 %
Nourriture	40260,25	55,1 %	66352	52,4 %	68570,3	65,6 %	69039,1	69,7 %	105977,35	64,4 %	350199	61,7 %
Chauffage et éclairage	4910	6,7 %	8553,45	6,8 %	11681,95	11,2 %	4875,8	4,9 %	6837,45	4,2 %	36858,65	6,5 %
Blanchissage	4060,85	5,6 %	7435,7	5,9 %	6328,3	6,1 %	6997,35	7,1 %	8275,95	5,0 %	33098,15	5,8 %
Rétribution du personnel	2731,9	3,7 %	4679,5	3,7 %	5017,2	4,8 %	7766,35	7,8 %	10015,45	6,1 %	30210,4	5,3 %
Pharmacie, pansement, chirurgie	5519,55	7,6 %	13179,85	10,4 %	4986,1	4,8 %	2389,35	2,4 %	6993,85	4,3 %	33068,7	5,8 %
Lingerie, vêtements	1524,9	2,1 %	120,6	0,1 %	1296,4	1,2 %	745,75	0,8 %	921	0,6 %	4608,65	0,8 %
Frais généraux	326,5	0,4 %	432,45	0,3 %	1385,25	1,3 %			5407,55	3,3 %	7551,75	1,3 %
Dépenses diverses	5885,6	8,1 %	9736,85	7,7 %	3309,15	3,2 %	3484,15	3,5 %	3632,35	2,2 %	26048,1	4,6 %
Avances de prêts aux mobilisés			5	0,0 %	760,95	0,7 %	2815,75	2,8 %	2436,15	1,5 %	6017,85	1,1 %
Entretien mobilier et immobilier					993,1	0,9 %	1005,25	1,0 %	10995,3	6,7 %	12993,65	2,3 %
Remboursement d'avances									3000	1,8 %	3000	0,5 %
Totaux	73058,35	100,0 %	126622,4	100,0 %	104539,95	100,0 %	99118,85	100,0 %	164492,4	100,0 %	567832,95	100,0 %

Outre l'augmentation des dépenses du 1er mai 1914 au 1er mai 1916 suivie d'une diminution jusqu'à la dernière période de dépenses, ce tableau montre ici aussi la part prépondérante des dépenses en nourriture. Au final, ce poste de dépense représente plus de 60 % des dépenses totales et jusqu'à plus de 69 % pour la période du 1er mai 1917 au 1er mai 1918. Une proportion imputable à l'inflation comme le fait remarquer la présidente du comité, madame Cointreau, lors de l'assemblée générale du comité le 23 février 1917. Elle critique aussi l'attitude du Service de Santé qui a poussé à l'augmentation des capacités hospitalières et donc à l'accroissement des dépenses, ce qui n'était pas toujours justifié :

> « Nous avions en juin 1915, 180 lits, soit 100 lits de plus qu'au début, dont il fallait assurer, avec l'entretien, tout le service médical, alimentaire, etc [*sic*] etc. Vous voyez, Mesdames, l'importance que prenait dès lors notre formation.
>
> Je me demande si cette dépense était bien nécessaire, car nous n'avons jamais eu plus de 160 malades à la fois, et ce nombre fut abaissé souvent à 35. Cependant nos frais généraux de personnel, de chauffage et d'éclairage étaient les mêmes, et avec le prix des vivres qui augmentaient toujours, nous constations avec tristesse que nos moyennes de frais se faisaient plus fortes. »[2]

[1] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers. Les recettes et les dépenses du comité de l'U.F.F. d'Angers sont établies du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919. Ces dates ne sont pas celles de l'hôpital auxiliaire n°102, c'est pourquoi il n'a été pris que les dépenses liées à celui-ci. Ainsi, les dépenses dues au dispensaire antituberculeux n'apparaissent pas dans ce tableau. En outre, le pourcentage des avances de prêts aux mobilisés de la période du 1er mai 1915 au 1er mai 1916 ne représente pas 0 % des dépenses mais 0,0039 %, ce qui est insignifiant au regard des autres postes de dépense.

[2] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.

Ces augmentations ont aussi un coût direct, certes minime, dans le total des dépenses avec l'achat de la literie (lits, draps, etc.). Il en est de même avec la modernisation de l'hôpital et l'achat et le fonctionnement de l'installation radiologique.

b) La crainte de se retrouver sans le sou.

Les comités des sociétés de la Croix-Rouge, mais aussi les organismes ne disposant pas de fonds importants ou de l'accès aux budgets de l'État et des collectivités territoriales, suivent avec attention et inquiétude l'évolution de leurs ressources financières. En effet, si celles-ci viennent à se tarir, le comité devrait fermer les formations sanitaires dont il a la charge, et dans le pire des cas il pourrait disparaître. Ainsi, à la réunion d'administration du comité de l'U.F.F. d'Angers, le 30 janvier 1917, les femmes présentes sont soulagées de constater que les finances du comité sont moins obérées qu'elles ne le pensaient[1]. Une évolution financière qui donne lieu à de bonnes surprises pour les comités, comme celui de l'U.F.F. de Saumur qui au 30 octobre 1916 est plus riche qu'au début de la guerre[2]. Un enrichissement momentané et qui ne cache pas des difficultés financières récurrentes[3]. Les situations financières varient selon les comités ou les structures gérant les hôpitaux bénévoles et les établissements de l'O.A.C.M. et évoluent dans le temps.

Le bilan financier de la guerre sur ces structures fait là aussi apparaître des situations très variables. Le comité de l'U.F.F. d'Angers termine le conflit en déficit, ce qui cependant ne menace pas sa survie, ni la poursuite de ses activités.

Tableau 20. Bilan des recettes et des dépenses du comité de l'U.F.F. d'Angers du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919[4].

	Somme
Recettes	635857,62
Dépenses	650019,1
Bilan	-14161,48
Perte supplémentaire	1163,72
Avoirs du comité au 1ermai 1914	56491,97
Avoirs du comité au 17 novembre 1919	41165,5

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du 30 janvier 1917.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu de la réunion générale du 14 novembre 1916.
[3] *Ibidem.* Lors de cette réunion, il est ainsi dit que le comité se trouve chaque mois en déficit, l'équilibre étant obtenu grâce aux dons et aux fêtes données au profit des blessés. Le financement est traité dans le B) de ce chapitre, p. 502.
[4] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers. Si l'on reprend les calculs pour déterminer les avoirs du comité au 15 novembre 1919, ils sont légèrement supérieurs et s'élèvent à 41 166,77 francs. Nous ne savons pas d'où provient cette différence. La perte supplémentaire provient d'une perte liée à la conversion de bons de la Défense nationale de 3 % à 5 % en 1915.

Les fonds que le comité a constitués avant la guerre ont donc amorti le déficit qui en réalité n'existe pas encore puisqu'une somme de 30 945,85 francs destinée au dispensaire antituberculeux n'a pas encore été dépensée. Les activités développées durant la guerre et qui accompagnent l'évolution des soins des soldats ou des anciens soldats peuvent s'avérer parfois dangereuses pour les finances du comité si ces dépenses ne sont pas pourvues. Lors de l'assemblée générale du 17 novembre 1919, le compte-rendu financier est même applaudi :

> « Le compte-rendu financier est accueilli par des murmures de satisfaction qui se changent en applaudissements, car aucune des dames présentes n'avait osé espérer qu'après avoir assuré le fonctionnement pendant 4 ans 1/2 d'un hôpital de 180 lits, avoir donné sans compter aux réfugiés, aux soldats au front, aux blessés, aux réformés, notre Comité pouvait se trouver à la tête d'un avoir de 41 000^{F} passés. »[1]

Certains comités parviennent tout de même à s'enrichir durant le conflit, tel le comité de la S.S.B.M. de Saumur qui connaît un excédent de 21 147,80 francs[2]. En l'absence d'archives sur l'après-guerre pour ce comité, nous ne pouvons dire ce qu'il advient de cet excédent dans ce cas. Il est cependant très probable qu'il soit utilisé pour développer le comité et ses activités comme la construction d'un dispensaire-école, des dons pour les populations les plus démunies ou la lutte contre la tuberculose.

Si certains comités s'enrichissent ou traversent la Première Guerre mondiale en accomplissant leur mission jusqu'au bout ou même plus, d'autres sont cependant rattrapés par les réalités financières. Évoquant en décembre 1916 la possibilité de récupérer l'école normale de Loches, alors utilisée par le comité de la S.S.B.M. de la ville pour y installer l'hôpital auxiliaire n°16, le sous-préfet fait savoir au préfet d'Indre-et-Loire, que celle-ci lui semble possible. En effet, les finances du comité ne permettraient pas à l'hôpital de fonctionner encore longtemps :

> « D'autre part, je sais, à titre officieux, que cette mesure ne pourra que répondre aux désirs de l'administration de l'hôpital. En effet ses ressources et son crédit sont, à l'heure actuelle, bien limités. D'ici peu, elle devra se résoudre à demander la fermeture de cette formation sanitaire, mais par un sentiment très compréhensible d'amour-propre, elle considère comme un devoir de retarder, le plus possible, le moment de prendre une pareille détermination. »[3]

Cette situation est provoquée par le coût de l'hospitalisation des soldats mais aussi par la baisse du nombre de journées d'hospitalisation, l'hôpital étant resté « […] à peu près vide de blessés pendant plusieurs mois [...] »[4] diminuant les recettes liées aux indemnités journalières. L'hôpital auxiliaire n°16 ferme ses portes en août 1917 mais nous ne savons pas si cela est lié à sa situation financière ou à une sous-utilisation entrainant sa récupération par l'Instruction Publique[5].

---

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 17 novembre 1919.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Compte-rendu de la séance de l'assemblée générale du 16 décembre 1919.
[3] A.D.I&L. 8 R 36. Lettre datée du 12 décembre 1916 du sous-préfet de Loches au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] *Ibidem.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 513. Hôpital auxiliaire n°16, état des archives versées.

La variété de ces situations dévoile l'importance du travail d'avant-guerre effectué par les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge pour constituer des réserves financières et rendre le comité suffisamment solide pour affronter le choc de la Première Guerre mondiale. De même, au vu de l'importance des sommes dépensées, la situation connue par le comité de la S.S.B.M. de Loches a probablement été le destin d'autres formations sanitaires créées durant le conflit par des comités ou d'autres structures nées durant cette guerre et donc potentiellement plus fragiles financièrement. Toutes ne peuvent bénéficier de largesses de riches propriétaires comme le sénateur Gaston Menier qui finance durant tout le conflit l'hôpital complémentaire n°36[1]. Cependant, les sources sont trop peu nombreuses pour faire un relevé exact de ces cas, de même la fermeture de ces formations a pu être couverte par une restitution des locaux à l'enseignement. Enfin, la diversité des situations traduit aussi la recherche permanente de ressources financières et d'économies pour diminuer le coût de l'hospitalisation des soldats.

B) Financer le système hospitalier.

Le financement des soins des soldats est donc une question vitale pour la survie d'une grande partie du système hospitalier. Cette problématique se pose dès avant la guerre pour les comités des sociétés de la Croix-Rouge qui doivent constituer des réserves suffisantes pour supporter les coûts des soins des soldats en cas de conflit. Elle devient un souci majeur pour les comités dès lors que la guerre se prolonge entraînant ainsi l'accroissement des dépenses qui engloutit les réserves financières des comités. Ces derniers doivent alors mettre en pratique tout leur savoir-faire dans la recherche de financements pour subvenir à leurs besoins et ce, jusqu'à la fin de la guerre. Cette problématique concerne aussi les hôpitaux bénévoles ou les formations de l'O.A.C.M. qui doivent financer leurs actions. Le financement des hôpitaux mixtes se pose dans des termes différents car le remboursement des soins des soldats est encadré juridiquement et parce qu'il concerne aussi, mais de manière indirecte, les soins des civils. Ce financement est par ailleurs sources de tensions dès avant la guerre. Les hôpitaux complémentaires ne sont, *a priori*, pas concernés par cette quête de financements mais l'aide de la population et de généreux donateurs, quand ce ne sont pas les médecins en poste eux-mêmes, est toujours la bienvenue. La question du financement est primordiale et la multiplicité des acteurs accédant souvent aux mêmes sources de financement risque de faire naître ou d'accroître les tensions.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport daté du 18 avril 1917 de l'officier d'administration de 2e classe Palliez sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°36.

1) La concurrence sur la levée de fonds.

La recherche de fonds est donc indispensable pour financer les soins des soldats d'une guerre qui n'en finit pas. Les comités locaux, les administrateurs à la tête des formations bénévoles ou de l'O.A.C.M. en prennent conscience dès l'entrée en guerre car les aides reçues par l'État, bien qu'augmentées au début de la guerre, ne peuvent suffire. Ces acteurs doivent donc développer leurs méthodes de collecte de fonds pour accroître leurs ressources[1] et dans ce domaine, les comités des sociétés de la Croix-Rouge mettent à profit leur expérience. S'adressant aux mêmes cibles, la population, les autorités civiles locales et l'État, ils risquent de se concurrencer. Ce financement comprend aussi des cas particuliers, mais pouvant parfois être appliqués à l'ensemble des formations, montrant une diversité des sources de financement.

a) Les moyens habituels de financement.

Les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge poursuivent leurs efforts dans la levée de fonds en utilisant des méthodes employées avant la guerre comme l'augmentation du nombre d'adhérents et donc des cotisations. Au comité de la S.S.B.M. d'Angers, c'est la commission de la propagande qui est chargée de recruter de nouveaux membres et de récolter les cotisations dans les arrondissements d'Angers, de Baugé et de Cholet qui dépendent du comité[2]. À Angers, la ville a été découpée en zones, sur la base des paroisses, durant l'année 1914 pour accroître l'efficacité du recrutement. Cette méthode utilisée par tous les comités des différentes sociétés donne des résultats assez variables selon les villes, les comités et les années. En 1917, la propagande dans la ville d'Angers permet de recueillir 414 petites cotisations, dont 207 nouvelles, pour un montant de 778,60 francs. Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'année 1916 mais inférieurs à ceux des années précédentes, d'autant qu'il manque des femmes pour parcourir l'ensemble de la ville[3]. Ces résultats s'expliquent aussi par la concurrence des autres comités et des autres hôpitaux qui captent aussi une partie des ressources de la population comme le fait remarquer l'une des membres à la réunion du 8 juillet 1916 :

> « M^e^ la Duchesse de Plaisance [chargée de la propagande dans les environs de Cholet] est heureuse de constater que, dans cet arrondissement, malgré les neuf hôpitaux qui y sont ouverts, les sommes recueillies pour le Comité d'Angers ont augmenté ainsi que la reconnaissance de [illisible] pour la Croix-Rouge [la S.S.B.M.] que l'on y voit à l'œuvre depuis deux ans. »[4]

---

[1] Dans cette partie, il ne sera pas traité des dons qui sont traités dans le B) 3) de ce chapitre, p. 518.
[2] Les autres arrondissements du département semblent être réservés au comité de Saumur de la société.
[3] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917.
[4] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 8 juillet 1916.

Quant au comité de l'U.F.F. d'Angers, il augmente les cotisations de ses membres avec la création d'une cotisation mensuelle d'un franc le 23 février 1917 avec effet rétroactif au 1er janvier de cette année[1]. En outre, les comités utilisent aussi la souscription faite auprès de la population et des autorités civiles pour récolter des fonds, ainsi celle lancée par le comité d'Angers de l'U.F.F. en 1918 et qui réunit au 13 août 1918 environ 20 000 francs permettant de renflouer les caisses du comité[2]. Ce dernier moyen de financement est aussi utilisé par l'O.A.C.M. de la 9e région qui obtient des souscriptions de différentes villes de la région[3].

D'autres moyens, parfois déjà utilisés avant la guerre, viennent apporter des ressources ponctuelles et aléatoires. Des quêtes sont réalisées lors des messes organisées en l'honneur des soldats morts comme lors de la messe annuelle de « […] Requiem [...] »[4] du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Le comité de l'U.F.F. réalise une quête à l'entrée des cimetières lors de la Toussaint depuis l'année 1914[5]. Le comité de l'U.F.F. de Saumur est à l'initiative d'une tombola le 24 septembre 1916 au profit des soldats hospitalisés, une quête est réalisée durant le tirage de la tombola[6]. Parmi les ventes d'objets au profit des malades et des blessés, certaines se font grâce aux combattants des tranchées. En décembre 1916, une exposition d'objets fabriqués par ces derniers a lieu à Angers grâce à une membre du comité de la S.S.B.M. de la ville. Cette collection est destinée à être vendue en Amérique au profit du comité[7]. Afin d'éviter une trop forte concurrence entre les comités, qui aurait pu être nuisible en termes d'image, ces derniers se partagent parfois les ressources à l'exemple du « tronc des blessés » mis en place par la mairie d'Angers au début de la guerre. Cette collaboration se poursuit ensuite sous différentes formes. Le 10 décembre 1915, une kermesse a lieu à la salle des fêtes de la mairie d'Angers à laquelle participent les comités locaux de la S.S.B.M. et de l'U.F.F., les gains sont alors partagés entre les différentes œuvres participantes, le comité de l'U.F.F. reçoit ainsi 7 479 francs. Enfin, lors de la « messe Requiem » du 15 décembre 1918, le comité de la S.S.B.M. d'Angers invite son

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.
[2] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du comité du 13 août 1918.
[3] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES, (1916), *Centre de Rééducation…, op. cit.* p. 16-19.
[4] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917.
[5] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.
[6] A.M. Saumur. 15 Z 2/2. Registre des comptes rendus des réunions du comité de l'U.F.F. de Saumur. Compte-rendu du tirage de la tombola du 24 septembre 1916.
[7] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1917.

homologue de l'U.F.F., les deux comités procédant à la quête. Une coopération facilitée par la fin de la guerre[1].

Parmi ces moyens, il convient de signaler les fêtes et concerts réalisés au profit des soldats hospitalisés par les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge et organisés parfois avec les hospitalisés. Le comité de Niort de l'U.F.F. organise une matinée artistique comprenant de la musique et des comédies le 19 août 1917 au profit des blessés de l'hôpital auxiliaire n°104, dont certains font le chœur lors des chansons[2]. Les évènements faits pour divertir les soldats hospitalisés sont donc aussi destinés à récolter des fonds pour le fonctionnement des formations sanitaires. Ces évènements connaissent un grand succès comme la « Fête d'été » les 6 et 9 juillet 1916, considérée, lors de l'assemblée générale du 23 février 1917 du comité de l'U.F.F. d'Angers comme « […] le couronnement et le triomphe [...] »[3] des fêtes du comité. Lors de celle-ci s'est déroulée une loterie de poupées, le comité ayant fait appel à tous les comités de la société, « [...] aux grands journaux de Paris et de Province, aux couturiers renommés, aux Reines d'Italie, de Belgique et à M^{me} Poincaré [...] »[4] pour constituer une collection d'environ 500 poupées. Les comités font donc preuve d'imagination pour organiser ces évènements. De même, ils collaborent avec leurs homologues de toute la France. Quant à cette fête, sa recette est de 10 926 francs. Les hospitalisés rapportent donc de l'argent à l'hôpital autrement que par l'indemnité journalière, comme ces évènements, la fabrication d'objets vendus à la population et aussi par les journaux comme *La Gazette de Marmoutier* créée à l'hôpital auxiliaire n°1.

Indispensables pour financer l'hospitalisation des soldats, ces moyens ne suffisent pas comme le montre le tableau suivant :

Tableau 21. Recettes annuelles du comité de l'U.F.F. d'Angers dues aux quêtes, fêtes, messes et souscriptions durant la guerre[5].

Année	**1914**	**1915**	**1916**	**1917**	**1918**	**Totaux**
Quêtes à domiciles	5468,3	4390,15		1907,1		11765,55
Quêtes dans les cimetières	430,5	943,6	516,25	223,4	445,7	2559,45
Messes		1228	1713,65	1728,9	3753	8423,55
Concerts et Fêtes		9435,3	10926,65	1386,95	2481,9	24230,8
Souscriptions journaux					20199	20199
Totaux	5898,8	15997,05	13156,55	5246,35	26879,6	67178,35

[1] A.D.M&L. 101 J 360. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Procès-verbal de la réunion du 21 décembre 1918. Une invitation souhaitée pour donner une « […] plus grande solennité [...] ».

[2] A.D.D-S. 3 X 75. Programme de la matinée du dimanche 19 août 1917 qui a lieu à l'hôpital auxiliaire n°104 à Niort. Parmi les musiques, certaines sont patriotiques comme le « Chant du Départ ».

[3] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.

[4] *Ibidem.*

[5] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers.

Un autre état portant sur la période du 1er août 1914 au 17 novembre 1919 incluant les dons en espèces évalue ces recettes à 169 801,60 francs auxquelles s'ajoutent 25 722 francs de cotisations soit un total de 195 523,6 francs[1]. Les dépenses du comité s'élevant à 635 857,62 francs sur cette période, ces recettes ne couvrent que 30,75 % des dépenses. Ces types de financement ne sont pas nouveaux et sont parfois un moyen de faire de la propagande. Ainsi, le montant provenant des quêtes réalisées dans les cimetières et celui des nouvelles cotisations relèvent de la symbolique. Cependant, ces quêtes et ces campagnes de recrutement permettent au comité de se montrer afin d'espérer plus de dons par la suite. Les comités doivent donc compter sur une autre ressource : l'État et les collectivités.

b) L'indemnité journalière au cœur du financement des formations auxiliaires et bénévoles.

Le financement des hôpitaux auxiliaires, mais aussi bénévoles et des établissements de l'O.A.C.M., se fait principalement par l'indemnité journalière versée par l'État pour chaque hospitalisé. Son augmentation au début de la guerre rassure les comités et certains se montrent optimistes quant à leur capacité de soigner les soldats jusqu'à la fin du conflit :

> « La décision prise par l'Etat [*sic*] sauvegarde une bonne partie de nos finances. Son concours, ~~et l'avance que~~, joint à l'avance que nous possédons assure l'avenir et quelle que soit la durée de la guerre nous entrevoyons dès aujourd'hui l'espérance de pouvoir continuer jusqu'au bout l'hospitalisation des vaillants blessés. »[2]

Les sommes retirées de cette indemnité sont insuffisantes, obligeant les comités à lever des fonds de diverses manières. Mais contrairement à ces rentrées d'argent, l'indemnité journalière est régulière car versée trimestriellement sur la base du nombre de journées d'hospitalisation, expliquant les demandes d'augmentation des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. L'indemnité journalière fixée à deux francs le 19 décembre 1914 n'est augmentée de nouveau que le 4 mai 1918. Le S.S.E.S.S.M. décide alors de l'augmenter progressivement à trois francs :

> « Il est accordé aux Sociétés d'Assistances [*sic*], pour chaque journée de malade ou de blessé traité dans leurs établissements, une allocation extraordinaire de 0,25 pour la période du 1er Janvier [*sic*] au 1er Avril [*sic*] 1918, de 0,50 du 1er Avril [*sic*] au 30 Septembre [*sic*] et de 1 franc à partir du 1er Octobre [*sic*] 1918. »[3]

Ces augmentations tardives améliorent quelque peu la situation financière des comités dans un contexte d'augmentation des évacuations sur l'intérieur conjuguée à une inflation, mais semblent insuffisantes pour financer entièrement le coût journalier d'un hospitalisé.

[1] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.
[2] A.M. Saumur. 15 Z 1. Comité de la S.S.B.M. de Saumur. Compte-rendu de l'assemblée général du 23 avril 1915.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°718 Ci/7 du 11 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Tableau 22. Hôpital auxiliaire n°102. Comparaison entre les recettes obtenues par la présence des soldats et les dépenses totales de l'hôpital[1].

Période	01/05/1914-01/05/1915	01/05/1915-01/05/1916	01/05/1916-01/05/1917	01/05/1917-01/05/1918	01/05/1918-15/11/1919	Totaux
Montant des dépenses	73058,35	126622,4	104539,95	99118,85	164492,4	567832,95
Recettes des journées d'hospitalisation	20480	84238	57996	53138	90625,5	306477,5
Recettes des avances de prêts aux hospitalisés		436,8	1163	1818,35	3044	6462,15
Total des recettes	20480	84674,8	59159	54956,35	93669,5	312939,65
Pourcentage	28,03%	66,87%	56,59%	55,44%	56,94%	55,11%

Dans le cas de cet hôpital, dirigé par un comité solidement implanté à Angers et dans sa région, les ressources versées par l'État pour l'hospitalisation des soldats représentent jusqu'aux deux tiers des dépenses ; cette proportion diminue et se stabilise ensuite tant sous le coup de l'inflation que de la baisse du nombre d'hospitalisations. La première période correspond à l'installation de l'hôpital et à son fonctionnement alors que l'hôpital disposait de moins de lits et d'une indemnité moindre pendant une partie de cette période. Si ces recettes ne couvrent pas les dépenses, il est à la fois indispensable de les augmenter et de diminuer les coûts. On peut alors se demander comment des formations sanitaires nées dans l'enthousiasme du début du conflit, parviennent à survivre. Si celles-ci ne mettent pas en place rapidement des moyens de collecter les fonds, maîtrisés depuis des années par les comités les plus anciens, ou si elles ne sont pas soutenues par de riches fortunes, elles risquent de fermer leurs portes, diminuant ainsi le système hospitalier. L'absence d'archives sur ces formations ne permet pas d'évaluer leurs recettes et leurs dépenses et donc de vérifier cette hypothèse.

Les structures gérant les hôpitaux bénévoles et l'O.A.C.M. bénéficient aussi de l'augmentation de l'allocation versée par l'État dans le but de soutenir leur fonctionnement, montrant par ailleurs que le Service de Santé loue des lits pour compléter son système de santé. Au début du mois de mars 1915, l'indemnité journalière versée aux établissements de l'O.A.C.M. est augmentée de 0,5 francs, s'élevant désormais à 1,5 francs avec effet rétroactif au 4 février 1915[2]. Les hôpitaux bénévoles sont mieux traités que les formations de l'O.A.C.M. sur ce point, ce qui s'explique par le fait que les soldats pris en charge nécessitent plus de soins que les convalescents. Le 19 octobre 1915, le S.S.E.S.S.M. autorise les directeurs régionaux à réévaluer les allocations journalières versées aux hôpitaux

[1] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers. Entre autres recettes « réglementaires » de cet hôpital, il faudrait ajouter les remboursements des repas des infirmiers mis à la disposition de l'hôpital.
[2] A.N. C 7689. Dépêche du 6 mars 1915 du ministre de la Guerre.

bénévoles afin de prendre en compte l'inflation[1]. Cependant cette réévaluation est fortement encadrée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, pour ne pas grever le budget de l'État, l'allocation est plafonnée à 2,50 francs et est versée pour l'ensemble des dépenses liées à l'hospitalisation des soldats. Ce maximum n'est pas automatiquement celui des nouveaux prix. Les demandes d'augmentation doivent être justifiées et prendre en compte les recettes provenant de la « […] générosité publique [...] »[2]. Ce montant peut cependant être dépassé, sur justification, mais dans ce cas c'est le S.S.E.S.S.M. qui statue. Enfin, le S.S.E.S.S.M. ordonne d'accorder ces augmentations au cas par cas. En effet, il craint qu'elles ne provoquent les plaintes des commissions administratives des hôpitaux mixtes qui bénéficient d'allocations inférieures, et ne provoquent des demandes de réévaluation. L'allocation journalière est un sujet sensible pour certains acteurs de l'hospitalisation des soldats qui peuvent se sentir à juste titre défavorisés par rapport à d'autres. Ainsi, on observe que le montant maximum versé aux hôpitaux bénévoles est supérieur à l'allocation journalière versée aux hôpitaux auxiliaires. Ce plafond est de nouveau augmenté le 1er mai 1918 pour s'élever à 3,5 francs afin de prendre en compte l'augmentation des prix[3]. Cependant, le S.S.E.S.S.M. prescrit aux directeurs régionaux de bien contrôler les demandes des hôpitaux bénévoles qui surestiment les prix entrant dans la composition du coût journalier. En effet, ils se basent pour certains produits sur des prix commerciaux alors qu'ils s'approvisionnent auprès des magasins d'approvisionnement du Service de Santé « […] dans des conditions beaucoup plus avantageuses. »[4]

c) Des soutiens ponctuels indispensables au financement.

Outre ces allocations journalières, les hôpitaux auxiliaires ou bénévoles et les formations de l'O.A.C.M. peuvent aussi bénéficier de soutiens ponctuels de l'État et des collectivités. Les hôpitaux auxiliaires peuvent aussi bénéficier du soutien de leur comité central. En août 1915, le ministère de la Guerre décide d'accorder aux sociétés d'assistance de la Croix-Rouge « […] des allocations extraordinaires en vue de tenir compte soit de l'augmentation générale des prix, soit de l'accroissement du nombre de lits mis par ces Sociétés [*sic*] à la disposition de l'autorité militaire. »[5] Cette aide semble s'ajouter à une allocation d'un franc versée pour chaque journée d'hospitalisation aux comités centraux de chaque société afin d'aider les formations auxiliaires dans le besoin[6]. Enfin, le 11 mai 1915 le Service de Santé met en place une nouvelle mesure de soutien financier pour les hôpitaux auxiliaires,

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°22 095 2/7 du 19 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] *Ibidem.*
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°709 Ci/7 du 1er mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] *Ibidem.*
[5] A.N. C 7690. Arrêté du 4 août 1915 du ministre de la Guerre. Nous ne connaissons pas le montant de ces allocations ni les conditions de leur attribution qui doivent être fixées ultérieurement.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°718 Ci/7 du 11 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette allocation semble avoir été mise en place le 5 juin 1915 et a été modifiée le 24 mai 1917.

en versant une allocation de 250 francs pour chaque nouveau lit créé après le 25 mars 1915[1]. Cette mesure a principalement pour objectif d'augmenter le nombre de lits dans les hôpitaux auxiliaires qui ne pouvaient l'assumer financièrement. C'est un soutien financier ponctuel et réglementé. Ainsi les lits supplémentaires doivent être rendus au Service de Santé à la fin de la guerre. Cette mesure est rapidement modifiée car son application est parfois incomprise. Le 24 mai, on précise que si les comités ne peuvent s'engager à restituer le matériel de literie, l'indemnité doit être de 125 francs[2]. Enfin le 20 juin, il est précisé que cette allocation est donnée pour tous les lits, même s'ils ne sont pas du type réglementaire. Par ailleurs, on ordonne de vérifier que l'augmentation du nombre de lits respecte les règles d'hygiène et que les lits soient effectivement créés avant de verser l'allocation[3]. Cette aide temporaire peut très vite devenir un danger pour les finances d'un hôpital auxiliaire car en augmentant le nombre de lits, ce dernier accroît ses dépenses et les 250 francs versés risquent de ne pas suffire pour couvrir ces frais, sauf si la guerre se termine rapidement. Elle est suspendue le 15 août 1916[4] par le Service de Santé qui estime les capacités hospitalières du territoire suffisantes. Une subvention demeure mais elle n'est pas au même tarif et n'est accordée que par le sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire.

Ces aides ponctuelles qui parfois sont peu intéressantes voire dangereuses sur le long terme, s'avèrent cependant indispensables pour financer les soins.

Tableau 23. Hôpital auxiliaire n°102. Comparatif des recettes ponctuelles provenant de l'État, des collectivités et du comité central par rapport aux dépenses[5].

Origine	Montant
Subventions reçues du Conseil central	51000
Subventions reçues du département	3840
Subventions reçues des communes	9194,35
Subventions reçues du ministre de la Guerre	3900
Allocations de l'État pour lits nouveaux	9000
Total des recettes	76934,35
Montant des dépenses de l'hôpital	567832,95
Pourcentage	13,55 %

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°7 835 2/7 du 11 mai 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°8 803 2/7 du 24 mai 1915 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°10 886 2/7 du 20 juin 1915 du directeur de la 7e Direction.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°190 Ci/7 du 15 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Ce tableau est en partie issu de ces récapitulatifs financiers.

Ces aides ponctuelles complètent les autres méthodes de financement des structures de soins. Elles montrent également que les hôpitaux auxiliaires ne sont pas délaissés par l'État et bénéficient de nombreuses aides.

d) Les remboursements des cas particuliers.

L'indemnité journalière payée par le Service de Santé aux hôpitaux auxiliaires, bénévoles ou mixtes, s'applique à la grande majorité des soldats et officiers hospitalisés dans la 9e région mais certains hospitalisés relèvent de situations particulières avec une prise en charge financière spécifique. Ces situations existent dès avant la guerre, le règlement du Service de Santé en temps de paix définissant les personnes pouvant être hospitalisées dans les hôpitaux militaires en temps de paix[1]. De même, la notice n°14 dudit règlement établit le montant du remboursement des frais de traitement pour ces personnes dans les hôpitaux militaires[2]. L'entrée en guerre modifie quelques peu ces deux aspects : tout d'abord en étendant les personnes bénéficiaires du remboursement puis en augmentant leurs montants. Ainsi, le 3 décembre 1915, le S.S.E.S.S.M., saisi par des plaintes d'officiers qui ont indument remboursé leurs soins, rappelle les règles. L'hospitalisation gratuite ou à charge de remboursement par le Service de Santé est accordée aux officiers dont la maladie ou la blessure résulte du service commandé, en cas d'hospitalisations répétées pour la même maladie ou blessure et pour tous ceux évacués du front sur un hôpital de l'intérieur[3]. À ces hommes s'ajoutent ceux issus de la guerre que sont les réformés, les pensionnés, les retraités ou ceux dont l'infirmité ou la maladie a été aggravée par la guerre[4]. Leurs soins sont gratuits lorsqu'ils sont nécessités par des blessures dues à la guerre[5]. Quant aux montants des remboursements, ceux-ci évoluent quelque peu au bénéfice des hôpitaux auxiliaires et bénévoles hospitalisant ces personnes. Le 10 juin 1917, le taux de remboursement pour les journées de traitement des malades admis à charge de remboursement dans les hôpitaux auxiliaires est porté à 3 francs[6]. Le 11 mai 1918, suite au relèvement du prix de journée dans les hôpitaux auxiliaires, ce taux est progressivement porté à 4 francs et est effectif au 1er octobre 1918[7]. Cependant, il convient de signaler que ces cas sont marginaux, la plupart des hospitalisations sont dues à des soldats et officiers provenant du front ou des troupes stationnant dans la région.

---

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 73-76 (Articles 196 à 199).
[2] *Ibidem, op. cit.* p. 376 (Notice n°14). Les montants des remboursements sont de 2,15 francs pour les soldats, 2,35 francs pour les sous-officiers, 3,5 francs pour les sous-lieutenants et les lieutenants, 4,3 francs pour les capitaines, 5,5 francs pour les officiers supérieurs et 7 francs pour les officiers généraux. Cependant, pour certains officiers, d'autres éléments sont pris en compte et diminuent ces montants. Les hôpitaux mixtes ne sont pas concernés par ces indemnités, celles-ci étant fixées par la convention passée entre la commission administrative et le Service de Santé.
[3] A.N. C 7690. Dépêche n°25 275 2/7 du 3 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire du 20 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°694 Ci/7 du 20 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette disposition semble avoir été prise avant, par la circulaire n°19 510 2/7 du 16 juin 1917.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°530 Ci/7 du 10 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] A.N. C 7690. Circulaire n°718 Ci/7 du 11 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Les soldats hospitalisés au centre de psychiatrie, plus particulièrement à l'asile de Tours, et les aliénés qui sont d'anciens militaires sont aussi des cas particuliers. En effet, dans le premier cas, leur hospitalisation est soumise à un taux de remboursement différent de celui des soldats soignés dans les salles militaires. Dans le second, le Service de Santé cherche à ne pas payer leur internement. En juin 1918, des plaintes visent le traitement des militaires au service central de psychiatrie et plus particulièrement la quantité de nourriture. Le Service de Santé mène alors une enquête concluant à une insuffisance des rations données aux hospitalisés, ce que confirme la commission administrative de l'hôpital mixte de Tours le 9 juillet[1]. Elle renvoie la faute au Service de Santé qui n'offre qu'une indemnité journalière d'1,5 francs pour couvrir tous les frais, ce qui explique entre autres choses, l'absence de desserts aux déjeuners et diners, et de viande pour ce dernier. En outre, elle explique avoir proposé d'ajouter de la viande au diner en 1912, réclamant ainsi une augmentation de l'indemnité de 0,26 francs qui a été refusée pour diverses raisons[2]. La commission administrative accepte d'augmenter les rations à condition que l'indemnité journalière soit augmentée en conséquence. C'est aussi ce que prescrit le préfet d'Indre-et-Loire au directeur régional du Service de Santé le 26 juillet 1918[3]. Nous ne savons pas si un tel accord a été passé mais l'attitude du Service de Santé envers les aliénés militaires n'incite pas à le penser.

Se basant sur le principe que la guerre ne rend pas « fou », rares sont ceux à être réformés avec une gratification ou une pension. En outre, le Service de Santé considère qu'une fois réformés, il n'a plus à payer pour les soins de ces hommes. Son refus de payer l'internement de ces aliénés le conduit à se décharger sur les civils, et ce le plus tôt possible comme l'ordonne le S.S.E.S.S.M. le 15 mai 1916[4]. Il explique qu'une fois réformé, les frais de traitement de l'aliéné doivent incomber soit à la famille, si elle possède les ressources nécessaires, soit à la commune ou au département de résidence ou bien au ministère de l'Intérieur s'il n'en a pas. En attendant l'internement après la prononciation de la réforme, le Service de Santé prend en charge le coût de l'hospitalisation, ce qui conduit selon le S.S.E.S.S.M. à une « […] situation particulièrement onéreuse pour le Budget de la Guerre dans les circonstances actuelles, en raison du nombre assez important des militaires internés pour aliénation mentale depuis le début des hostilités [...] »[5]. Si en réalité le coût journalier de l'hospitalisation des internés est moindre que pour les blessés, la durée de celle-ci laisse prévoir d'importantes dépenses. C'est pourquoi le S.S.E.S.S.M. ordonne d'anticiper les démarches pour savoir

[1] A.D.I&L. X Tours 56. Lettre datée du 9 juillet 1918 de la commission administrative de l'hospice général de Tours au maire de la ville.
[2] Le préfet avait notamment expliqué que le calcul du prix de revient portant sur une période quinquennale écoulée, il ne pouvait être modifié par une modification ultérieure.
[3] A.D.I&L. X Tours 56. Brouillon d'une lettre datée du 26 juillet 1918 du préfet d'Indre-et-Loire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°90 Ci/7 du 15 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] *Ibidem.*

qui doit payer l'internement et de ne pas attendre la réforme. Si un mois après les premières démarches aucune solution n'a été trouvée concernant la prise en charge de l'internement, c'est au ministère de l'Intérieur qu'elle revient, temporairement, et c'est à ce dernier de trouver une solution définitive. Le but du Service de Santé est clair : une fois réformé, l'aliéné ne doit plus être pris en charge par lui.

Les prisonniers de guerre et les militaires étrangers des pays alliés sont aussi soumis à un régime de remboursement spécifique. Pour les premiers, le règlement du Service de Santé du temps de paix et sa notice n°14 prévoient leurs hospitalisations, le remboursement se fait selon les taux fixés par la notice et suivant les conventions passées avec le ministère des Affaires étrangères. Concernant les seconds, ces mêmes règlements prévoient des taux identiques et un remboursement au Trésor mais ces dispositions concernent les militaires étrangers. Pour les soldats américains, une indemnité journalière a été fixée à 4 francs pour les sous-officiers et 5 francs pour les officiers, augmentées de 0,5 francs le 1er avril 1918[1]. Mais on ne sait si ce taux est le même pour tous les alliés. Ces deux catégories répondent à des règles d'hospitalisation qui ont déjà été évoquées et qui diffèrent des soldats français. Au point de vue comptable, le décompte des journées d'hospitalisation doit être fait à part et les taux fixés avant la guerre évoluent au cours du conflit. Ainsi le 17 décembre 1914, l'indemnité journalière pour un non-officier ou assimilé comme tel est de 3,65 francs et de 4,85 francs pour un officier ou assimilé comme tel[2]. Puis le 30 septembre 1917, ces indemnités sont augmentées et s'établissent à 4 francs et 5 francs[3]. Une nouvelle augmentation semble avoir eu lieu en mars 1918 mais nous ne savons pas quel en fut le montant, probablement 0,5 francs si l'on se réfère à celle concernant les Américains[4]. Les officiers allemands sont par ailleurs soumis à des règles spécifiques À partir du mois de mars 1916, le remboursement doit être imputé d'une partie de leur solde mensuelle[5], une situation qui correspond à celle de certains officiers avant la guerre et mentionnée auparavant.

2) Les hôpitaux mixtes en guerre contre le Service de Santé.

Entrés en guerre pour la plupart avec des conventions en cours de renégociation et donc des indemnités journalières ne correspondant pas aux prix de revient d'avant-guerre, les hôpitaux mixtes rouvrent le front des négociations avec le Service de Santé. En effet, les coûts s'envolant, il leur est désormais impossible d'accomplir leurs missions sans creuser les déficits qui ne peuvent pas tous être

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 330. Lettre datée du 5 mai 1918 du médecin major de 1ère classe Raynaud de la Mission Militaire Française de Liaison près le Q.G. Américain des *S.O.S.* au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire (section franco-américaine).
[2] A.N. C 7689. Circulaire n°11 994 du 17 décembre 1914 du directeur de la 7e Direction.
[3] A.N. C 7690. Circulaire du 30 septembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°718 Ci/7 du 11 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La circulaire évoque des prix fixés par la circulaire n°7 056 2/7 du 24 mars 1918 que nous n'avons pas retrouvé.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°311 Ci/7 du 10 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette décision fait suite à la dépêche n°4 344 2/7 du 11 mars 1916.

comblés par les collectivités. En partie responsable de la situation, le Service de Santé doit accepter une augmentation des indemnités tout en ménageant les finances de l'État. Les négociations s'annoncent difficiles, chacun étant prêt à faire valoir ses arguments qu'il estime légitimes. De leur côté, les hôpitaux mixtes commencent à mieux appréhender leurs relations avec le Service de Santé et s'organisent, ce qui peut compliquer la position de celui-ci.

a) Des négociations fastidieuses.

Les négociations entre les hôpitaux mixtes et le Service de Santé sont spécifiques à chaque situation. Mais certains éléments communs ressortent comme l'augmentation des prix, les déficits qui se creusent, l'obligation pour le Service de Santé de payer le juste prix et l'impact de l'hospitalisation des soldats sur les services. Quant aux délais des négociations, ils varient selon les situations et la « patience » de l'une ou l'autre partie. L'hôpital hospice de Cholet semble être le premier des hôpitaux mixtes « historiques » à réclamer la renégociation de l'indemnité journalière. La convention s'étant achevée le 20 septembre 1914, il réclame le 2 décembre 1914, une augmentation de 0,4 francs du prix de base[1]. Malgré les relances et les justifications envoyées pour obtenir cette augmentation, le Service de Santé ne répond pas aux réclamations. La commission, poussée dans ses derniers retranchements décide unilatéralement le 14 octobre 1915, d'augmenter le prix journalier de 0,2 francs, l'indemnité s'élevant alors à 2,2 francs à partir du 1er octobre 1915[2]. Après d'autres relances, une nouvelle convention est établie au début du mois de décembre 1915 confirmant cette hausse de 0,2 francs sur tous les prix[3].

Cependant, ce nouveau prix ne permet pas de couvrir les frais et la situation financière de l'hôpital se dégrade. Il engage alors une série de négociations avec le Service de Santé pour obtenir des augmentations insuffisantes pour suivre l'augmentation des coûts. Le 15 avril 1916, l'hôpital mixte de Cholet réclame un prix de base de 2,5 francs à compter du 1er avril 1916[4]. Le 28 août 1916, il relance le Service de Santé à ce sujet, en arguant de la hausse des prix, avec une comparaison de ceux-ci entre 1914 et 1916, mais aussi de la situation critique de l'hôpital suite à l'emprise du Service de Santé sur les services, une emprise vue comme une « réquisition » obligeant ce dernier à payer le juste prix[5]. L'indemnité de 2,5 francs est obtenue en décembre 1916 mais est dénoncée le 10 août

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 2 décembre 1914 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 14 octobre 1915 de l'administrateur de service de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 8 décembre 1915 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 8 avril 1916 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 28 août 1916 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

1917 où l'hôpital réclame une augmentation de 0,5 francs[1]. L'hôpital, malgré une menace de démission collective des membres de sa commission administrative et la production de justificatifs montrant l'augmentation des coûts impliquant celle du déficit, n'obtient qu'une indemnité de 2,89 francs en décembre 1917[2]. Cette indemnité est de nouveau dénoncée le 4 avril 1918 ; l'hôpital réclame 3,5 francs applicables au 1er janvier 1918. Une négociation aboutit en juin mais l'hôpital n'obtient que 3,30 francs[3]. Lorsque l'armistice est signé, la situation financière de l'hôpital est critique puisqu'elle accuse un déficit de 93 000 francs en 1918, poussant l'hôpital à réclamer une nouvelle augmentation de 0,80 francs en avril 1919[4]. La recherche de l'équilibre des budgets mène les hôpitaux mixtes à négocier en permanence des augmentations sans pour autant parvenir à obtenir une indemnité équivalente au prix de revient.

L'hospice général de Tours mène lui aussi des négociations pour une augmentation de l'indemnité journalière avec les mêmes arguments que l'hôpital mixte de Cholet, à partir du 18 février 1915[5]. Elles n'aboutissent que le 11 octobre 1916[6]. Durant cette longue négociation, les discussions sont âpres sur l'élaboration des nouvelles indemnités journalières pour la période de 1913 à 1917 inclus, et sont « parasitées » par d'autres tensions entre le Service de Santé et la commission. D'autre part, outre ces deux acteurs, d'autres négociateurs participent aux discussions avec une influence moindre. Ainsi, le préfet doit rappeler à ces deux protagonistes que les discussions doivent passer par lui, l'hospice général étant sous son autorité[7], tandis que le sénateur Pic-Paris, toujours prompt à aider la commission qu'il a présidée, offre sa médiation auprès du ministère de la Guerre pour obtenir un prix avantageux. En février 1915, la commission administrative réclame une indemnité de base de 2,73 francs, contre 2,05 francs précédemment, en fournissant les justificatifs à cette demande. Le Service de Santé rejette ce prix et propose 2,5 francs en juin, montant refusé par la commission le jugeant inférieur au prix de revient d'avant-guerre alors que depuis les coûts ont augmenté[8]. En août, le Service de Santé maintient son offre mais propose une indemnité supplémentaire pour les lits mis à sa disposition en supplément de ceux prévus. La commission refuse toujours le prix de base et le 27

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 10 août 1917 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 24 décembre 1917 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 14 mai 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 9 avril 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[5] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 18 février 1915.
[6] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 11 octobre 1916.
[7] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Lettre datée du 17 août 1915 du préfet d'Indre-et-Loire au vice-président de la commission administrative de l'hospice général de Tours.
[8] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 juin 1915.

septembre 1915, elle réclame une majoration de 0,65 francs pour toute la durée de la guerre, en plus de l'indemnité, pour tous les militaires et non ceux en plus du nombre de lits initialement prévu[1]. La négociation se poursuit alors sur deux fronts. Pendant ce temps, le sénateur Pic-Paris pense avoir obtenu une indemnité de 2,6 francs et une majoration de 0,2 francs pour la durée de la guerre, mais la commission persiste dans ses prix[2]. En 1916, le Service de Santé, après avoir proposé 2,7 francs par la voix du directeur régional, fait une offre à 2,5 francs, les prix étant négociés par la direction centrale[3]. Après une contre-offre à 2,57 francs, la commission administrative, poussée dans ses derniers retranchements, accepte 2,5 francs en juillet tout en maintenant sa demande des 0,65 francs supplémentaires[4]. Le Service de Santé accepte alors et le 11 octobre 1916, la nouvelle convention est signée. Elle s'applique du 1er janvier 1913 au 31 décembre 1917 avec effet rétroactif. L'indemnité journalière de base est de 2,5 francs, élevée à 3,07 francs durant la guerre[5]. Ayant besoin d'argent pour payer les fournisseurs et combler les déficits, la commission doit accepter un prix qu'elle estime inférieur aux coûts de revient de l'hospitalisation des militaires, mais émet tout de même des réserves. Cette convention arrivant à terme le 31 décembre 1917 est dénoncée en juin 1917, ouvrant une nouvelle phase de négociations qui ne s'achève qu'après la guerre.

Durant cette négociation, la commission administrative et le Service de Santé usent de tous les moyens pour obtenir ce qu'ils souhaitent. Ainsi, la commission administrative utilise les demandes du Service de Santé d'obtenir plus de lits pour hospitaliser les militaires afin de faire avancer les négociations en sa faveur. Le 27 septembre 1915, elle entend donner suite à la demande du Service de Santé d'obtenir des lits supplémentaires à condition d'obtenir satisfaction, sans succès[6]. En février 1916, elle profite d'une nouvelle demande de lits pour relancer les négociations mais sans succès[7]. Devant le peu d'empressement du Service de Santé dans les négociations, la commission administrative décide le 4 juillet 1916 de ne plus donner de dessert et d'aliments supplémentaires aux

[1] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 27 septembre 1915.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 18 octobre 1915.
[3] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 1er mars 1916.
[4] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 26 juillet 1916.
[5] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 11 octobre 1916. Le supplément est bien de 0,65 francs mais il prend pour base de calcul 2,42 francs et non 2,5 francs suite aux calculs du Service de Santé.
[6] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 27 septembre 1915.
[7] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 16 février 1916.

infirmiers et aux malades militaires[1]. Cependant cela semble n'avoir pas d'effet, la commission cédant peu de temps après. D'autres points de frictions viennent s'ajouter à ces négociations comme le surnombre d'infirmiers militaires par rapport au nombre prévu par la convention et qui sont pris en charge par l'hospice général entraînant une augmentation des dépenses[2]. De son côté, le Service de Santé entend payer uniquement ce qu'il doit et vérifie avec minutie les justifications fournies par la commission administrative, pointant les erreurs de calcul ou la prise en compte de dépenses qui n'incombent pas au Service de Santé, ce qui exaspère la commission administrative[3]. Le 25 février 1916, le Service de Santé fait connaître ses observations aux calculs de la commission administrative concernant les différents éléments entrant dans la composition de l'indemnité journalière[4]. Si le Service de Santé accepte certains calculs comme le coût de la nourriture et le matériel, il juge certaines dépenses surévaluées comme l'indemnité locative, les frais divers ou les servants militaires et argue de mauvais calculs ou d'une prise en compte de dépenses qui ne lui incombent pas. Ainsi, le Service de Santé refuse de payer pour les taxes et assurances de l'hospice général, ainsi que pour des employés dont il n'a pas exclusivement le bénéfice. Selon ses calculs, le coût de revient est de 2,46 francs qu'il propose d'augmenter à 2,5 francs. Reprenant ces calculs, la commission propose ensuite 2,57 francs, ce qui est refusé par le Service de Santé qui s'appuie sur des textes règlementaires et des décisions du Conseil d'État[5]. Quant au prix de 3,07 francs, il prend pour base le coût réel calculé par le Service de Santé, soit 2,42 francs plus l'augmentation de 0,65 francs. Les négociations se jouent sur des centimes qui ont leur importance avec le nombre de journées d'hospitalisations.

Les commissions administratives ne renégocient pas uniquement l'indemnité journalière de l'hospitalisation des militaires, elles réclament aussi des augmentations sur les indemnités journalières versées par les civils, tant pour l'assistance médicale gratuite que pour les civils non indigents. L'hôpital d'Angers réclame en septembre 1916 le relèvement du prix de journée au titre de l'assistance médicale gratuite, de 2,25 francs à 3,17 francs en raison de l'augmentation des coûts, ce que refuse le conseil général estimant le nouveau prix trop élevé[6]. De son côté, l'hôpital de Cholet demande aussi

[1] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 4 juillet 1916. Ces aliments semblent être des suppléments aux rations prévues par les règlements. Le but est de faire comprendre au Service de Santé le coût que représente l'alimentation des infirmiers et des hospitalisés.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 21 juin 1916. La commission fait appel au préfet pour obtenir le remboursement des frais dus au personnel infirmier utilisé pour les militaires et qu'elle estime trop nombreux par rapport aux besoins. Le taux d'encadrement étant parfois d'un infirmier pour deux malades.
[3] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Copie d'une lettre datée du 5 janvier 1916 du maire de Tours au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Lettre datée du 25 février 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au président de la commission administrative de l'hospice général de Tours.
[5] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Lettre datée du 27 juillet 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au président de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Il transmet une lettre du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.D.M&L. 1 Hs M 605. Lettre datée du 8 septembre 1916 du préfet de Maine-et-Loire au maire d'Angers.

une augmentation de cette indemnité pour les mêmes motifs le 25 août 1916, souhaitant obtenir 2,5 francs au lieu des 1,75 francs actuels[1], une demande renouvelée en janvier 1917, la commission fournissant les justificatifs à celle-ci. Le 9 janvier 1918, de nouveaux prix pour les soins des civils sont demandés[2]. Des hausses sont réclamées de nouveau en 1919. Ainsi le 16 avril, l'hôpital réclame une hausse d'1,75 francs de l'indemnité journalière liée à l'hospitalisation au titre de l'assistance médicale gratuite, portant celle-ci à 4 francs[3]. Enfin le 27 décembre, la commission de l'hôpital fait savoir aux médecins et chirurgiens que le prix de journée des malades et blessés est augmenté à partir du 1er janvier 1920 afin de faire face aux dépenses[4].

b) Un front national contre le Service de Santé ?

Dans leurs négociations avec le Service de Santé les commissions administratives mettent en avant les indemnités obtenues par les autres hôpitaux mixtes afin d'obtenir des prix identiques ou légèrement inférieurs à ces hôpitaux. Le 4 novembre 1915, l'hôpital de Cholet réclame une augmentation de 0,45 francs sur tous les prix de journées arguant que cette augmentation a été accordée à des hôpitaux de la région[5]. Le 15 avril 1916, l'hôpital, alors qu'il demande une indemnité de 2,5 francs, s'estime lésé par rapport à d'autres hôpitaux de la région :

> « D'autre part nous croyons savoir que divers hôpitaux mixtes de la région, les formations sanitaires et les hôpitaux auxiliaires de la Place ont obtenu une augmentation du prix de journée beaucoup plus considérable que la nôtre bien que leurs charges soient moins lourdes. »[6]

Le 30 août 1915, la commission administrative de l'hospice général de Tours procède de même en comparant sa situation à celle de l'hôpital mixte du Mans alors qu'il demande une indemnité de 2,70 francs :

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 25 août 1916 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au préfet de Maine-et-Loire.
[2] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 9 janvier 1918 de l'économe-secrétaire de l'hôpital hospice de Cholet au sous-préfet de Cholet.
[3] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 16 avril 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au préfet de Maine-et-Loire.
[4] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 27 décembre 1919 de l'économe-secrétaire de l'hôpital hospice de Cholet aux docteurs Picot, Rousseau, Maillard et Cailletou. Le prix en cabinet privé est alors de 15 francs et celui de la salle commune de 5 francs.
[5] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 4 novembre 1915 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[6] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 15 avril 1916 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

« Elle est convaincue que M. le Ministre voudra bien reconnaître que sa demande est une question d'équité, de justice même puisqu'il a alloué, il y a deux ans déjà, ce même prix de 2,f70 à l'hospice mixte du Mans, chef lieu de la région militaire la plus proche de Tours et où le prix de la viande et des denrées est notoirement moins élevé qu'à Tours.

M. le Ministre vient même d'élever ce prix de remboursement à 2f,90, à l'occasion de la guerre à ce même hospice mixte du Mans, pour tous les militaires en traitement depuis le 1er janvier dernier. »[1]

Cette stratégie de comparaison tendant à imposer un principe d'égalité de traitement entre les hôpitaux mixtes est cependant inutile face au Service de Santé qui peut facilement arguer des règles de calcul de cette indemnité qui doit être égale aux coûts. Ceux-ci différant selon les villes, les indemnités journalières ne peuvent être identiques, de même les calculs n'incorporent pas les mêmes coûts comme l'explique le directeur régional du Service de Santé dans sa lettre au président de la commission administrative du 25 février 1915 :

« La commission administrative a fait valoir que des hospices voisins avaient obtenu des prix de journée de 2frs,70 à 2frs,90. Il y a lieu d'observer que ces prix comportent notamment pour les servants civils une indemnité variant de 0fr, 46 à 0fr,55 (compte tenu des gages de ce personnel à la charge de l'établissement). Or à l'hospice de Tours, le service des salles militaires est fait des [*sic*] infirmiers militaires pour lesquels l'hospice n'a aucun gage à payer.

La dépense des gages seuls, justifie pour les hospices dont il s'agit une majoration du prix de journée de 0,30 à 0,40 environ. S'il devait être tenu compte de dépenses de même nature àl'hospice [*sic*] de Tours, le prix de 2f,50 atteindrait ou dépasserait même les prix alloués à ces hospices. »[2]

Cet argument parfaitement valable permet au Service de Santé de diminuer les prétentions de la commission administrative mais celui-ci semble oublier les plaintes de cette dernière concernant le coût de l'alimentation du personnel infirmier en sus de celui prévu par la convention et qui n'est toujours pas remboursé[3].

Ces deux exemples montrent que les hôpitaux mixtes du pays communiquent entre eux sur leurs rapports avec le Service de Santé et sur leurs indemnités journalières dans le but de négocier avec celui-ci. C'est clairement la stratégie de l'hospice général de Tours. Le 10 août 1916, le directeur-économe envoie une lettre à certains de ses collègues afin de connaître l'indemnité journalière qui leur est versée par le Service de Santé et si celui-ci leur verse aussi un supplément durant la guerre et son montant[4]. Il résulte de son enquête[5] sur les trente hôpitaux mixtes consultés que seuls quatorze ont obtenu une majoration du prix de journée durant la guerre pour tous les militaires sans distinction

[1] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 30 août 1915.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Lettre datée du 25 février 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au président de la commission administrative de l'hospice général de Tours.
[3] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 19 janvier 1916. À ce jour, la commission administrative estime ce coût à 6 919,50 francs.
[4] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 10 août 1916 du directeur-économe de l'hospice général de Tours à l'économe des hospices du Mans. La lettre est un modèle-type sur laquelle l'économe des hospices du Mans a simplement écrit le montant de l'indemnité journalière, 2,70 francs, et le montant du supplément, 0,20 francs.
[5] Voir les résultats de cette enquête à la p. 873.

tandis que l'hôpital mixte de Saint-Brieuc ne l'a obtenu que pour les lits en supplément de ceux prévus par la convention[1]. En outre, huit hôpitaux sont en passe d'obtenir une augmentation, dont celui de Poitiers, quatre ont obtenu une nouvelle indemnité négociée depuis quelques temps dont Angers (2,70 francs) et Saumur (2,80 francs) et quatre n'ont pas encore obtenu satisfaction comme Niort qui demande 3,68 francs. Si chaque cas est particulier, certains hôpitaux se plaignent de l'attitude du Service de Santé. Ainsi, l'économe de l'hôpital de Rambouillet évoque des difficultés qui l'ont conduit à rompre ses relations avec le Service de Santé, en outre, la commission administrative semble être prête à donner sa démission[2]. D'autres sont en passe de réclamer de nouvelles augmentations comme à Narbonne[3] tandis qu'à Quimper, l'économe-gestionnaire se plaint de l'attitude du Service de Santé dont la mauvaise volonté à négocier menace les finances de l'hôpital-hospice[4]. Enfin à Dijon, les hospices réclament 3,01 francs depuis le 1er janvier 1910 et ont porté l'affaire devant le Conseil d'État pour obtenir gain de cause face au refus du Service de Santé[5]. La situation semble être meilleure dans certains cas mais les économes des différents hôpitaux mixtes font globalement état de difficultés à obtenir des indemnités correspondant aux coûts de l'hospitalisation des militaires.

L'attitude du Service de Santé dans les négociations avec les hôpitaux mixtes, bien qu'elle soit motivée par l'obligation de ne pas grever le budget de l'État et de ne payer que ce qu'il doit, risque de conduire les hôpitaux mixtes à s'unir contre lui. D'autant qu'une union des économes des hôpitaux civils semble exister avant la guerre, dont le président est le directeur-économe de l'hospice général de Tours. Dans sa lettre, l'économe de l'hospice général de Saint-Brieuc demande au directeur-économe de l'hospice général de Tours ce qu'il est advenu de « […] [leur] association [...] »[6] du fait de la guerre. Cette association a organisé des congrès à Saint-Etienne et à Montpellier avant la guerre et disposait d'un bulletin, outil qui aurait permis aux hôpitaux mixtes de lutter plus efficacement contre le Service de Santé selon le correspondant du directeur-économe au nom de l'hôpital-hospice de Cahors :

[1] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Document d'auteur et de date inconnus, l'auteur étant très probablement le directeur-économe de l'hospice général de Tours.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 13 août 1916 de l'économe de l'hôpital-hospice de Rambouillet au directeur-économe de l'hospice général de Tours.
[3] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 21 août 1916 de l'économe des hospices civils et militaires de Narbonne au directeur-économe de l'hospice général de Tours.
[4] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 12 août 1916 de l'économe-gestionnaire de l'hôpital-hospice de Quimper au directeur-économe de l'hospice général de Tours.
[5] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 13 août 1916 du secrétaire général des hospices de Dijon au directeur-économe de l'hospice général de Tours. Les hospices de Dijon se trouvent dans une situation similaire à Tours, ils renégocient la convention pour la période 1915-1919 et vont réclamer une majoration pour la période de la guerre.
[6] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 16 août 1916 de l'économe de l'hospice général de Saint-Brieuc au directeur-économe de l'hospice général de Tours.

> « Il est bien regrettable que nos multiples occupations ne nous aient pas permis de maintenir notre bulletin afin d'unifier la ligne de conduite de tous les Hôpitaux [*sic*] qui sont journellement aux prises avec le Service de Santé qui, durant cette malheureuse guerre, a donné une preuve indiscutable de son incompétence. »[1]

Les actions concertées durant la guerre sont rares mais il convient de signaler celle dont la commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne est à l'origine. Le 25 juin 1917, elle adresse une lettre aux présidents des commissions administratives des différents hôpitaux mixtes du pays pour qu'ils soutiennent sa demande d'assimiler les hôpitaux mixtes à des établissements militaires[2]. En obtenant ce statut, du fait du traitement des militaires, la commission administrative souhaite « […] garantir les approvisionnements de toute nature nécessaires à leur fonctionnement [des hôpitaux mixtes] [...] et la fixité du personnel spécial indispensable à ce fonctionnement. »[3] La commission administrative de l'hospice général de Tours s'associe à ce vœu le 2 juillet 1917[4] mais sans résultat.

c) Des relations modifiées par la guerre.

L'armistice du 11 novembre 1918 marque la fin des hostilités mais pas celle des négociations entre hôpitaux mixtes et Service de Santé sur la question de l'indemnité journalière car l'inflation se poursuit et certaines conventions arrivent à terme ouvrant de nouvelles négociations. Les commissions administratives, marquées par les négociations difficiles durant le conflit changent leur attitude envers le Service de Santé. Un changement de ton perceptible à l'hôpital mixte de Cholet qui, étant confronté à un déficit important en 1918, réclame une augmentation de 0,80 francs en avril 1919. Le 14 mai 1919, la commission administrative renouvelle sa demande en fournissant les justificatifs nécessaires[5]. Devant l'absence de réponses, elle hausse le ton le 2 septembre 1919, ne veut plus entendre de promesses mais souhaite l'augmentation demandée menaçant de démissionner ce qui paralyserait le fonctionnement de l'hôpital[6]. Cette situation n'est pas exceptionnelle en France, d'autres commissions ont fait de même durant la guerre, mais c'est la première fois pour cet hôpital que cette menace est employée. Cependant il lui faut attendre mai 1920 pour obtenir de nouveaux prix[7]. De son côté, la commission administrative de Tours se montre offensive lorsqu'elle dénonce la convention le 11 juin 1917, annonçant qu'elle souhaite désormais obtenir une indemnité égale au prix

---

[1] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 12 août 1916 et d'auteur inconnu, probablement l'économe de l'hôpital-hospice de Cahors, au directeur-économe de l'hospice général de Tours.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/M85. Lettre datée du 25 juin 1917 du vice-président de la commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne au vice-président de la commission administrative des hospices de Tours, soit l'hospice général.
[3] *Ibidem.*
[4] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 2 juillet 1917.
[5] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 14 mai 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[6] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 2 septembre 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[7] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 21 mai 1920 de l'administrateur délégué de la commission administrative de l'hôpital hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.

de revient[1]. Le 17 décembre 1917, elle fait ainsi savoir au médecin-chef des salles militaires que le nouveau prix sera basé sur les consommations réelles de nourriture justifiées par les relevés des prescriptions médicales[2]. En effet, les rations données aux militaires hospitalisés dépassent celles des règlements. Ainsi, la ration journalière moyenne de pain devrait être de 414 grammes selon ces derniers, elle dépasse généralement les 600 grammes selon la commission administrative, il en est de même pour le vin.

Les commissions administratives changent aussi leur manière de négocier les conventions en s'appuyant sur de nouveaux droits. Le 7 avril 1919, la commission administrative de l'hospice général de Tours fait ses propositions pour l'année 1918, demandant une indemnité journalière de base de 3,69 francs avec effet rétroactif, le Service de Santé devant rembourser la différence[3]. Il s'agit d'une régularisation de la situation basée sur les coûts réels. Le 29 décembre 1919, le Service de Santé accepte les prix proposés. Cependant dans sa réponse la commission administrative précise que ces prix ne concernent que l'année 1918. À la clôture de l'exercice 1919, elle fixera les prix de revient pour se faire rembourser les coûts exacts[4]. La commission base sa décision sur le décret du 13 novembre 1918 du ministère de l'Intérieur « […] spécifiant que les prix de journée des malades hospitalisés seront révisés annuellement. »[5] Cependant, ce décret ne doit s'appliquer qu'aux civils et jusqu'à un délai de deux ans après le décret fixant la fin des hostilités, le but étant probablement d'attendre une stabilisation des prix afin de mettre en place des conventions d'une durée plus longue. Mais pour justifier sa position, la commission invoque une autre circulaire ministérielle datée du 7 décembre 1918[6] ainsi qu'un rapport d'un Conseiller d'État allant en ce sens auquel s'ajoute le principe de base qui est d'être remboursé au juste prix. Ainsi, dans la convention établie le 23 février 1920 et couvrant la période du 1er janvier 1918 au 1er janvier 1923, elle inclut cette règle, les prix de base étant ceux négociés pour l'année 1918[7]. Ce point de vue est accepté par le Service de Santé le 30 octobre 1920[8]. L'appendice à la convention du 11 octobre 1916 fixant les nouvelles indemnités journalières pour l'année 1918 est signé le 8 novembre 1920. Il est remplacé par un appendice signé

[1] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 11 juin 1917.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/M86. Copie d'une lettre datée du 17 décembre 1917 d'auteur inconnu et adressée au médecin-chef des salles militaires de l'hospice général de Tours.
[3] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 7 avril 1919.
[4] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 12 janvier 1920.
[5] *Ibidem.*
[6] Nous n'avons pas pu la retrouver.
[7] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 23 février 1920.
[8] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 8 novembre 1920.

le 2 mai 1921 pour l'année 1919, l'indemnité de base s'élevant à 4,53 francs[1]. Nous ne savons pas quand prend fin cette méthode de remboursement et quand a été établie une nouvelle convention, mais il est clair que les relations entre les commissions administratives et le Service de Santé ont été modifiées par la guerre.

3) Les dons au secours des hôpitaux et de leurs finances.

L'installation du système hospitalier au début de la guerre s'est faite dans un contexte où les dons ont fortement afflué dans les formations sanitaires, certaines d'entre elles, comme l'hôpital complémentaire n°36 pouvant même être qualifié de don fait au Service de Santé. L'afflux de dons se poursuivant durant le conflit, il convient de comprendre comment ils sont intégrés au fonctionnement des formations sanitaires. En effet, on peut se demander comment les autorités les gèrent sur le long terme et quelle importance ils revêtent pour les hôpitaux.

a) Des dons contrôlés.

Les dons reçus par les formations sanitaires depuis le début de la guerre continuent d'affluer durant le reste du conflit. Dès la fin de l'année 1914, le Service de Santé est intervenu pour contrôler les dons en nature perçus par les hôpitaux complémentaires à l'exemple des denrées, du matériel ou d'appareils médicaux[2]. Le 21 juillet 1915, le Service de Santé intervient dans le domaine des dons en espèces faits à ses hôpitaux en rappelant l'interdiction de cette pratique incompatible avec les règles de comptabilité[3]. Ordre est alors donné de rappeler aux médecins-chefs des hôpitaux complémentaires et permanents, ainsi qu'à leurs officiers d'administration, de ne plus accepter ces dons. Cependant cette interdiction n'est pas totale : le S.S.E.S.S.M. explique que les hôpitaux peuvent demander aux donateurs d'utiliser ces sommes pour acheter du matériel ou des denrées et ainsi faire un don en nature. Agissant ainsi, le S.S.E.S.S.M. pénalise les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge qui, normalement, sont les seules à pouvoir recevoir des dons en espèces, et le 13 août il rappelle cette exclusivité et ordonne de verser ces dons au Trésor[4]. Cette procédure est rappelée à la fin du mois de septembre 1915[5]. Il permet tout de même aux formations de conserver ces dons dans le cas où ils auraient été faits pour procéder à diverses améliorations de l'hôpital qu'il convient de réaliser rapidement. Cependant cette disposition est rapidement modifiée puisque le 17 novembre 1915, le S.S.E.S.S.M. autorise l'acceptation des dons en espèces et pratiquement, leur libre utilisation[6]. Il justifie ce

[1] A.D.I&L. X Tours 313. Appendice à la convention du 11 octobre 1916 daté du 2 mai 1921.
[2] A.N. C 7689. Dépêche n°13 581 2/7 du 21 juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il s'agit des dépêches ministérielles n°10 750 2/5 et n°11 632 2/5 des 11 et 29 décembre 1914.
[3] *Ibidem.*
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. Dépêche n°15 743 2/7 du 13 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7689. Dépêche n°20 310 2/7 du 29 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7689. Dépêche du 17 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

revirement par le respect des volontés des donateurs et par le fait de ne pas priver les hospitalisés d'améliorations de leurs conditions d'hospitalisation et de leurs soins. Les dons sont alors contrôlés, les officiers d'administration doivent en tenir une comptabilité et justifier les dépenses, ces éléments devant être envoyés trimestriellement à la direction centrale[1].

La position du Service de Santé sur les dons en espèces perçus par les hôpitaux complémentaires conduit à la création au niveau de la région militaire d'organismes de centralisation et de répartition des dons à l'exemple de celui de Tours. Cette création est facilitée par le fait que la population adresse depuis le début de la guerre des dons aux autorités civiles qui ont alors la charge de les transmettre aux formations sanitaires ou organismes désignés par le donateur ou de les affecter selon leurs choix. Le 8 octobre 1915 est créé un comité de répartition des dons aux hôpitaux militaires à l'initiative du préfet d'Indre-et-Loire dans le but de recevoir les dons en espèces destinés à ces hôpitaux pour les transformer en dons en nature[2]. Le maire de Tours devient le président du comité auquel participe les délégués régionaux de la S.S.B.M., de l'U.F.F. et de l'O.A.C.M., des représentants de la préfecture, du Service de Santé et de la société civile. Les bénéficiaires de ces dons sont les hôpitaux militaires de Tours et des communes suburbaines mais aussi les hôpitaux bénévoles à condition de justifier leurs demandes en présentant leurs situations financières[3]. D'autre part, le comité doit provoquer les dons de la population notamment par la propagande dans la presse. L'action du comité se traduit par la fourniture de denrées alimentaires aux hôpitaux mais aussi de subventions soit basées sur le nombre total d'hospitalisés dans les hôpitaux concernés, soit d'un montant déterminé par le comité pour aider les formations sanitaires[4]. La décision du 17 novembre du Service de Santé ne provoque pas la suppression du comité qui entend poursuivre son action, ce qu'il fait jusqu'à la fin de la guerre[5]. D'autres comités destinés aux blessés ou plus généralement aux victimes de la guerre, civiles ou militaires, se créent dans la 9e région durant la guerre, certains existant depuis le début du conflit. À Châteauroux, il existe un Comité départemental de Secours aux blessés militaires et aux victimes de la guerre, un comité similaire existe à Angers pour le Maine-et-Loire qui côtoie l'Œuvre

[1] Ceci permet de prendre les décrets nécessaires à l'ouverture de crédits pour comptabiliser ces dons dans les budgets et de répondre aux questions des députés sur leur utilisation. A.N. C 7521. Circulaire n°357 Ci/7 du 10 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le S.S.E.S.S.M. demande un état des dons et des dépenses faites avec les dons pour répondre à une question du député Raoul Peret (1870 – 1942), rapporteur général de la Commission du Budget de la Chambre des Députés.

[2] A.M. Tours. 1 D 258. Procès-verbal de la réunion du Comité de répartition des dons aux hôpitaux militaires du 8 octobre 1915.

[3] A.M. Tours. 4H2 boîte 88. Statuts du Comité de répartition des dons faits aux hôpitaux militaires. L'U.F.F., la S.S.B.M. et l'O.A.C.M. peuvent recevoir des dons en espèces et par conséquent, elles sont exclues du champ d'action du comité.

[4] A.M. Tours. 1 D 258. Procès-verbal de la réunion du Comité de répartition des dons aux hôpitaux militaires du 10 décembre 1915. Pour le repas de Noël, il est ainsi distribué 1 franc par malade et le comité fournira une somme de 500 francs pour l'achat de dindes. Pour le 1er janvier, le comité distribue 1,25 francs par malade et 300 boîtes de biscuits à 0,75 francs pièce.

[5] A.M. Tours. 1 D 258. Procès-verbal de la réunion du Comité de répartition des dons aux hôpitaux militaires du 29 juin 1918. Cette réunion est la dernière dont nous avons la trace.

du Dessert aux blessés et le Comité de Secours aux victimes de la guerre de l'arrondissement de Cholet[1]. Enfin à Châtellerault, il existe deux œuvres de ce type, le Comité châtelleraudais d'Assistance aux hôpitaux militaires et l'œuvre d'assistance à l'hôpital militaire n°12, annexe E, créés par les ouvriers de la Manufacture d'Armes de la ville très impliqués dans les soins des soldats.

Ces comités sont d'ailleurs de nouveau contrôlés par l'État, et plus particulièrement par le ministère de l'Intérieur, dans le cadre de la loi du 30 mai 1916 sur le contrôle des œuvres de guerre. Le but de cette loi n'est pas d'interdire ces comités mais de mettre fin aux abus[2] et de les faire entrer dans la légalité en les autorisant à faire appel à la générosité publique, ce que nombre d'entre eux faisaient sans avoir été reconnus d'utilité publique[3]. Dans le cadre de l'application de cette loi, une commission est constituée dans chaque département afin de contrôler les œuvres de guerre. Elle est composée d'un délégué du ministre de l'Intérieur qui la préside, de représentants des ministres de la Justice et des Finance, d'un inspecteur départemental de l'assistance publique et de deux représentants d'œuvres de charité ayant leur siège dans le département[4]. Ces commissions instruisent les dossiers présentés par les œuvres et les transmettent au ministre de l'Intérieur qui statue sur l'autorisation d'appel à la générosité publique ; les œuvres déjà existantes doivent obtenir cette autorisation pour poursuivre leurs actions. Ces œuvres peuvent être contrôlées à tout moment par la commission ou bien par l'État afin de vérifier qu'elles respectent bien les règles, notamment l'obligation de dépenser les dons pour les missions déclarées dans ses statuts, dont les buts doivent être « […] de soulager les souffrances occasionnées par la guerre [...] »[5]. Des sanctions sont prévues en cas d'infraction.

Le Service de Santé contrôle aussi certaines œuvres dont les œuvres étrangères qui ne dépendent pas de la Croix-Rouge et ne proviennent pas, encore, de pays alliés, souhaitant améliorer les conditions d'hospitalisation des soldats. Parmi ces œuvres se trouvent des œuvres américaines à qui, lorsque les États-Unis sont neutres, on ordonne de faire le meilleur accueil. Le 11 juillet 1918, le directeur du Service de Santé fait savoir que l'œuvre « […] Le Service de Distribution Américaine [...] »[6] fondée par madame Bliss de l'ambassade américaine de Paris, est autorisée à faire des dons aux formations sanitaires. Les représentants de cette œuvre sont autorisés à se rendre dans les formations sanitaires du pays pour voir où leur aide serait la plus utile. Si le directeur du Service de

---

[1] A.D.V. 7 R 83. Ministère de l'Intérieur, Direction du Contrôle et de la Comptabilité, *Liste des œuvres de guerre ayant leur siège dans les départements, autorisées par arrêté du Ministre de l'Intérieur à faire appel à la générosité publique (arrêtée au 1er juillet 1918)*, Melun, Imprimerie administrative, 1918.

[2] A.D.V. 7 R 57. Circulaire n°56 relative à l'application de la loi du 30 mai 1916 sur le contrôle des œuvres de guerre datée du 25 septembre 1916 du ministère de l'Intérieur (Direction du Contrôle et de la Comptabilité). La circulaire évoque « […] une véritable exploitation de la charité publique. » Celle-ci est d'autant plus dommageable qu'elle amène à la suspicion de la population envers les œuvres de guerre conduisant à réduire les dons.

[3] *Ibidem.*

[4] A.D.V. 7 R 57. Copie de la loi du 30 mai 1916 relative aux œuvres faisant appel à la générosité publique.

[5] *Ibidem.*

[6] A.N. C 7689. Circulaire n°24 513 C/7 du 11 juillet 1915 du directeur de la 7e Direction.

Santé autorise les hôpitaux auxiliaires et bénévoles à obtenir tous les dons, il n'autorise les hôpitaux complémentaires et permanents du Service de Santé à accepter que le superflu. Le 31 juillet, le S.S.E.S.S.M. donne à l'*American Relief Clearing House* la même autorisation dans des conditions identiques[1], puis le 24 octobre, c'est le *French Wounded Emergency Fund* qui est autorisé mais sans restriction cette fois[2]. Des œuvres françaises sont aussi autorisées selon les règles de la circulaire du 11 juillet 1915, c'est le cas de l'œuvre Pour les Hôpitaux Militaires autorisée à donner son aide le 7 décembre 1915[3]. Le nombre d'œuvres autorisées augmentant, le S.S.E.S.S.M. instaure le 4 mars 1916 une nouvelle procédure pour les hôpitaux faisant appel à leur générosité[4]. Pour éviter les abus et utiliser au mieux les ressources, toutes les demandes doivent être centralisées par le directeur régional, qui donne son avis sur la « […] réalité des besoins signalés et l'opportunité d'y donner satisfaction [...] »[5], avant de transmettre la demande à l'œuvre, même si celle-ci est défavorable. D'autre part, le S.S.E.S.S.M. précise dans cette circulaire que les hôpitaux militaires ne doivent demander que des denrées superflues pour ne pas dispenser le ministère de la Guerre de fournir le matériel prévu par les règlements, mais ce n'est pas une interdiction absolue. Par la suite, le Service de Santé met en place un Entrepôt des Dons du Service de Santé[6] charger de surveiller et de coordonner la répartition des dons des œuvres.

b) Des dons indispensables aux soins des soldats et aux finances.

Les dons permettent à la population, mais aussi à des œuvres étrangères, de participer aux soins des soldats en améliorant leurs conditions de vie dans les hôpitaux ou le matériel médical de ces derniers. Ces dons revêtent différentes formes, en nature (nourriture, linge, médicaments, etc.) ou en espèces et proviennent de toute la population. Ces dons sont indispensables pour les formations sanitaires de la région, quel que soit l'organisme qui les gère, en permettant ainsi de préserver les finances et de réapprovisionner les hôpitaux. Ceci concerne aussi les hôpitaux du Service de Santé, dont les gestionnaires sont heureux de pouvoir préserver quelque peu les finances de l'État grâce aux dons qu'ils reçoivent. Dans son rapport du 22 avril 1917, le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°3 évoque l'influence des dons sur le prix de journée qui cependant se limite au début du conflit :

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°27 196 C/7 du 31 juillet 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°496 3/7 du 24 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette fois, il s'agit d'une œuvre anglo-américaine.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°2 547 3/7 du 7 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°54 Ci/7 du 4 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] *Ibidem.*
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°679 Ci/7 du 1er avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Nous ne savons pas quand cet organisme a été créé. Par ailleurs, cette circulaire supprime l'avis du directeur régional.

> « Il convient de remarquer également que la différence très admissible qui existe entre les prix de journée des 3e et 4e trimestres 1914, provient des nombreux dons de denrées de toute sorte, faits à l'hôpital pendant les deux premiers mois de la guerre. »[1]

L'absence d'archives sur les dons perçus ne permettent pas de corroborer les dires de ce gestionnaire concernant les hôpitaux complémentaires, mais ceci est attesté pour d'autres hôpitaux comme l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers. Si les dons diminuent, ils n'en sont pas moins recherchés par les hôpitaux complémentaires, par exemple pour se réapprovisionner en matériel. À l'hôpital complémentaire n°2, la sœur Saint-Paul de l'ordre des Dames Blanches, par ailleurs à la tête du personnel infirmier religieux, se montre particulièrement active dans la recherche de dons pour l'hôpital. Elle prend ainsi contact avec le Comité de Londres de la Croix-Rouge française[2] pour obtenir de la lingerie, de la literie, de la vaisselle et du matériel médical. En mai 1916, elle reçoit de ce comité cinquante paires de draps[3]. Par ailleurs, ce comité envoie des délégués auprès de l'hôpital pour connaître ses besoins[4], ce qui est permis par le Service de Santé à condition que l'œuvre soit autorisée.

Le Service de Santé n'interdit pas les dons pour ses hôpitaux bien que ceux-ci se fassent en dehors du cadre réglementaire. Il ne peut d'ailleurs pas interdire à la population de faire ces dons et préfère les contrôler. Mais en les permettant, le Service de Santé prend le risque d'acquérir l'image d'un service désœuvré, ce qu'il refuse même si son entrée en guerre a été catastrophique, surtout après la stabilisation du front. Le médecin inspecteur Troussaint alors à la tête du Service de Santé doit intervenir en mars 1915 pour rappeler à l'ordre les médecins ayant fait appel aux dons pour du matériel au prétexte que celui-ci leur était livré de manière incomplète et en retard[5]. Une manière de faire inacceptable d'autant que les réserves de matériel sont pleines ce qu'il ordonne aux directeurs régionaux de faire savoir aux médecins :

> « Si l'Etat [*sic*] peut accepter de la bienfaisance privée, si généreuse dans les circonstances actuelles, le superflu pour les malades et les blessés, il ne saurait ne pas assurer à ceux-ci tout le nécessaire sans manquer à ses devoirs les plus élémentaires.
>
> Or, dans l'espèce, les magasins d'approvisionnements sont abondamment pourvus de tous les médicaments, de tous les objets de pansement, et de tout le matériel nécessaire. Vous pouvez en donner l'assurance la plus formelle aux Médecins chefs [*sic*] des établissements hospitaliers. »[6]

D'autre part, il explique que les griefs signalés par les médecins ont pour cause des erreurs faites par ces derniers dans leurs demandes, soit dans la forme soit dans les quantités demandées. Elles

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°3 de Tours du 8 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 1ère classe Jarles et daté du 22 avril 1917.
[2] Le comité est placé sous la présidence honorifique de Paul Cambon (1843 – 1924), ambassadeur de France à Londres, et sa présidente est la vicomtesse de La Panouse.
[3] A.C.G.B. 4F 2/1 Guerre 1914-1918. Dossier B Tours. Lycée Descartes. Lettre datée du 5 mai 1916 de la vicomtesse de La Panouse à sœur Saint-Paul.
[4] A.C.G.B. 4F 2/1 Guerre 1914-1918. Dossier B Tours. Lycée Descartes. Lettre datée du 8 août 1917 de la vicomtesse de La Panouse à sœur Saint-Paul. Le comité envoie le docteur St Clair Thomson dans ce but, ce dernier semble visiter plusieurs formations.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°11 303bis C/7 du 31 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.
[6] *Ibidem.*

s'ajoutent à une incompétence d'une partie du personnel des directions régionales, à une insuffisance de locaux et de personnel dans les magasins d'approvisionnement, qui ralentit les expéditions des commandes. Il ordonne par ailleurs de rappeler les règles d'approvisionnement au personnel des hôpitaux. La volonté de ne pas paraître nécessiteux existe cependant au sein du Service de Santé. Lors de la réunion du comité de répartition des dons de Tours du 27 octobre 1915, le directeur régional du Service de Santé qui y assiste, demande « […] que la dénomination « hôpitaux nécessiteux » ne soit plus employée, tout au moins officiellement ; il n'y a plus d'hôpitaux militaires nécessiteux. »[1] Ce terme est employé par certains donateurs qui souhaitent que leurs dons aillent à ces hôpitaux. Le comité semble alors utiliser ce terme pour désigner les hôpitaux les moins favorisés en matériel. Il dérange le directeur car il rappelle la situation dramatique du début de la guerre qui n'existe plus en octobre 1915.

Dans le cas des hôpitaux auxiliaires, les dons sont d'autant plus vitaux qu'ils sont intrinsèques au fonctionnement des comités locaux. Leur fonctionnement d'avant-guerre est basé sur ces derniers, surtout ceux en espèces, et ils ont bénéficié de nombreux dons pour organiser leurs formations sanitaires au début du conflit. Ceux-ci ont alors permis aux comités d'épargner leurs finances pour une durée plus ou moins longue selon les comités, mais après l'abondance du début du conflit, les dons se raréfient comme le fait remarquer la présidente du comité de l'U.F.F. d'Angers, le 23 février 1917 :

> « Au début, nous avons reçu en abondance, de tous les coins du département, des dons en espèce et en nature, linge, charpie, literie, légumes, fruits, volailles et même du vin. Chacun voulait apporter son concours pour soulager les misères de nos chers blessés.
>
> Malheureusement, depuis, la générosité publique, sollicitée de tous les cotés [*sic*], s'est un peu ralentie, mais nous recevons cependant encore des dons en nature et quelques sommes d'argent, de particuliers, de communes même et de sociétés diverses. Ces dons nous ont permis de faire vivre notre Hopital [*sic*] pendant 18 mois, sans toucher à notre trésor de guerre. Nous avons dû, depuis, l'entamer [...] »[2]

Ces dons sont difficiles à quantifier, surtout à chiffrer, mais lors de cette assemblée générale, la trésorière évoque la somme de 102 035,75 francs de dons reçus sans préciser s'il s'agit uniquement de dons ou si ce chiffre comprend aussi les cotisations des membres. Cette somme est assez élevée car dans le même temps, le montant de l'indemnité journalière s'élève à 132 599,95 francs. Un autre document abordant les dépenses du 1er mai 1914 au 1er mai 1918 estime les dons en nature à une valeur de 36 000 francs[3]. Ces dons sont indispensables pour les hôpitaux auxiliaires, mais aussi pour

[1] A.M. Tours. 1 D 258. Procès-verbal de la réunion du Comité de répartition des dons aux hôpitaux militaires du 27 octobre 1915.
[2] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 23 février 1917.
[3] A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918. Dépenses du 1er mai 1914 au 1er mai 1918. Les dons sont décomposés de la manière suivante : alimentation 4 500 francs ; lingerie, vêtement 20 000 francs ; pharmacie, pansements 2 000 francs ; chirurgie, instruments 1 000 francs ; essence 8 500 francs.

les hôpitaux bénévoles et les formations sanitaires de l'O.A.C.M. d'autant qu'ils permettent aussi de financer des améliorations ou des installations médicales coûteuses. Ce fut le cas au début de la guerre et cela se poursuit ensuite, ainsi l'installation radiologique de l'hôpital auxiliaire n°2 est financée par le Comité de Londres de la Croix-Rouge française et le ministère des Colonies.

Figure 38. Installation radiologique de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours.

Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

C) Un système hospitalier soumis à un régime d'économies.

Face à l'augmentation des dépenses et aux difficultés d'obtenir les fonds nécessaires aux soins des soldats, le Service de Santé et les organismes gérant les formations bénévoles et auxiliaires doivent prendre et imposer des mesures d'économies. Ces mesures, qui sont aussi prises au niveau des formations sanitaires sans que l'ordre leur en ait été donné, concernent tous les domaines de fonctionnement de l'hôpital, des services généraux aux soins, de l'alimentation aux pansements. Des organisations plus ou moins centralisées, parfois préexistantes à la guerre, servent à ce but. On peut alors se demander comment les acteurs des soins des soldats de la 9e région concilient ces économies avec l'obligation de donner tous les soins nécessaires aux soldats et ce à quoi ils ont droit. Tandis que l'industrie de l'armement absorbe d'importantes ressources, suscitant parfois des scandales, le Service de Santé et ses alliés tentent de réparer le « matériel humain » le plus économiquement possible.

1) Le Service de Santé prescrit des mesures d'économie.

Si le Service de Santé veut assurer sa mission jusqu'à la fin de la guerre tout en préservant autant que possible les deniers de l'État, il doit imposer des mesures d'économie aux formations sanitaires. Celles-ci, existant dès avant la guerre, prennent différentes formes comme l'entretien du matériel, la lutte contre le gaspillage, le recyclage ou l'utilisation de toutes les compétences. Ces mesures sont parfois initiées au niveau local. Cependant, elles ne visent pas seulement à diminuer la charge financière de l'État et ont aussi pour but d'assurer le fonctionnement des formations sanitaires qui peuvent rencontrer des difficultés d'approvisionnement pour certaines marchandises.

a) Une hospitalisation voulue économe.

La notion d'économie dans l'hospitalisation des militaires existe déjà avant la guerre. L'allongement d'un conflit de plus en plus vorace en ressources matérielles et financières pousse le Service de Santé à reprendre le discours patriotique concernant les mesures d'économie que la population doit prendre pour soutenir l'effort de guerre :

> « Il y a un intérêt supérieur, à l'heure actuelle, à ménager les finances de l'Etat. Chacun est donc tenu, dans les fonctions qu'il occupe, de s'inspirer des principes d'ordre et d'économie qui s'imposent, dans les circonstances présentes, au Service de Santé comme aux autres Services. »[1]

Ainsi en octobre 1915, le S.S.E.S.S.M. demande de veiller « […] à la conservation du matériel, des instruments, des médicaments et objets de pansement. »[2] Il rappelle au personnel les mesures prescrites par la notice n°34 du règlement du Service de Santé[3] et ordonne d'entretenir et de faire réparer le matériel afin d'éviter des dépenses inutiles. En outre, il souhaite limiter le gaspillage de matériel, instruments de chirurgie et objets de pansement, en contrôlant mieux les commandes, sans nuire cependant aux soins des soldats.

Au début de l'année 1917, le discours est plus offensif sur les économies à réaliser, le gaspillage étant vu comme menaçant la victoire :

> « L'économie la plus stricte est, dans les circonstances actuelles, un impérieux devoir patriotique.
>
> Toute perte de temps, toute dépense inutile, tout usage abusif de matériel ou de denrées, diminuent la force de résistance du pays et risquent de compromettre l'avenir. »[4]

Le S.S.E.S.S.M. réclame l'application de différentes mesures d'économie concernant le personnel, le matériel, denrées et objets de consommation, pansements et médicaments. Il ordonne ainsi la réduction du nombre d'hôpitaux et la concentration des hospitalisés et préconise de nouveau

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 31 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] *Ibidem.*
[3] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 525 (Notice n°34).
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°401 Ci/7 du 15 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

d'entretenir le matériel afin d'éviter le gaspillage[1]. Si l'on peut admettre que la surconsommation de compresses ne soit pas un danger pour la poursuite de la guerre, ces menaces visent principalement à ne pas choquer une population soumise aux restrictions, d'autant que l'année 1917 est celle où l'on hospitalise le moins de militaires à l'intérieur du territoire. C'est ce que rappelle le S.S.E.S.S.M. le 20 septembre 1917 :

> « Le Service de Santé, qui est fondé à exiger, pour les blessés de la guerre, une priorité dans le ravitaillement collectif mesurerait de la situation qui lui est faite si ceux qui ont qualité pour distribuer les quantités mises à sa disposition ne les employaient pas avec la modération que comportent les restrictions imposées à l'ensemble de la population. »[2]

Bien sûr, l'intérêt des malades et des blessés est prioritaire sur les questions d'économie mais l'on doit composer avec ces dernières, et le S.S.E.S.S.M. prescrit de nouvelles mesures pour l'alimentation, le chauffage et la comptabilité. Ces mesures sont de nouveau rappelées en juin 1918, le S.S.E.S.S.M. mettant encore l'accent sur l'entretien et la réparation du matériel afin d'éviter les achats coûteux[3].

b) Faire face aux pénuries de charbon.

La pénurie de charbon est un risque qui inquiète fortement le Service de Santé ainsi que les gestionnaires de tous les hôpitaux de la région, civils, militaires ou mixtes. Dans ce cas, le Service de Santé ne peut agir sur le long terme étant tributaire des décisions du gouvernement français qui privilégie l'industrie pour produire l'armement nécessaire à la poursuite du conflit. Au mois de juillet 1915, la 7e Direction s'inquiète des stocks de charbon des hôpitaux du pays et mène une enquête pour connaître la consommation de ces derniers et leurs besoins. Ainsi, on leur demande leur consommation mensuelle de charbon, la quantité consommée durant l'hiver de 1914-1915 et le type de charbon utilisé ainsi que les quantités[4]. L'arrivée de l'hiver 1915-1916 inquiète la direction du Service de Santé et ordre est donné aux directeurs régionaux de « […] prendre d'urgence, les mesures utiles pour assurer la constitution des approvisionnements de combustible nécessaires aux formations sanitaires jusqu'au 31 Mars [*sic*] 1916. »[5] En cas de difficulté pour passer des marchés, le S.S.E.S.S.M. ordonne d'obtenir le charbon nécessaire via les services de l'Intendance et du Ravitaillement. Le 18 octobre 1915, il doit renouveler ses ordres car certains hôpitaux n'ont pas constitué les stocks nécessaires alors que l'hiver arrive, un stock qui doit correspondre au minimum à un mois de consommation en hiver[6].

---

[1] Les mesures concernant la réduction du nombre de formations sanitaires sont évoquées dans le chapitre 10. Les mesures d'économie concernant l'alimentation sont évoquées dans le C) 2) de ce chapitre, p. 533.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°583 Ci/7 du 20 septembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°739 Ci/7 du 9 juin 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7689. Dépêche n°25 227 C/7 du 16 juillet 1915 du directeur de la 7e Direction.
[5] A.N. C 7690. Dépêche n°28 179 C/7 du 6 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°86 5/7 du 18 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Pour s'approvisionner en charbon, les hôpitaux complémentaires, auxiliaires et bénévoles doivent employer les moyens usuels, soit les marchés passés avec des fournisseurs. En septembre 1915, alors que le S.S.E.S.S.M. réclame la constitution des stocks pour l'hiver, il permet à ces hôpitaux de se fournir auprès d'autres fournisseurs que sont les services de l'Intendance, du Ravitaillement et le Chemins de fer de l'État, en fonction du type de charbon demandé[1]. Les demandes doivent être regroupées par le directeur régional qui transmet ensuite les commandes. Cette procédure est modifiée le 18 décembre 1915, le Chemins de fer de l'État concentrant une part importante des demandes de houille[2]. Cependant, le S.S.E.S.S.M. rappelle aux hôpitaux qu'ils ne doivent faire appel au Chemins de fer de l'État que s'ils ne peuvent plus obtenir de charbon par leurs fournisseurs habituels ou si leurs prix sont supérieurs à ceux de la compagnie, transport compris. De même pour le coke, on ordonne de s'adresser aux usines les plus proches puis en cas d'échec, de se tourner vers l'Inspection Générale du Ravitaillement. La circulaire rappelle que les commandes doivent être groupées pour les hôpitaux complémentaires d'une même ville dont l'un est désigné pour répartir les commandes, rien n'est précisé pour les hôpitaux bénévoles et auxiliaires si ce n'est qu'ils doivent payer leurs achats directement à la compagnie. Ces procédures visant à permettre aux hôpitaux de s'approvisionner en charbon ont été modifiées par la suite. Le 12 juillet 1917, le S.S.E.S.S.M. fait connaître la nouvelle organisation pour l'approvisionnement en charbon des formations sanitaires au directeur régional qui transmet ensuite aux délégués régionaux et aux médecins-chefs des places et hôpitaux ainsi qu'à leurs gestionnaires[3]. Les formations sanitaires, hormis les hôpitaux civils qui s'approvisionnent auprès des préfectures, et toutes les structures dépendantes du Service de Santé, sauf la blanchisserie de la place de Tours, doivent s'adresser à l'Inspection Générale du Ravitaillement, les marchés passés avec des fournisseurs doivent être rompus. Chaque hôpital doit indiquer la quantité de charbon qu'il possède et ses consommations maximales en été et en hiver à des hôpitaux répartiteurs désignés dans chaque place qui font suivre ces renseignements à l'Inspection Générale du Ravitaillement ; ils sont ensuite chargés de répartir les livraisons ce qui était déjà le cas[4]. Les hôpitaux auxiliaires sont aussi soumis à cette procédure, du moins pour ceux du secteur de Tours mais on peut admettre que les autres places soient concernées, les demandes devant alors être centralisées par les délégués régionaux. Concernant les renseignements fournis, le directeur prescrit d'arrondir à la tonne et de supposer que les hôpitaux fonctionnent à plein, permettant d'obtenir les quantités nécessaires avec une marge. Avec ces renseignements, l'Inspection Générale du

[1] A.N. C 7690. Dépêche n°35 947 C/7 du 27 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°4 954 4/7 du 18 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Dépêche n°18 282 4/7 du 12 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire transmise le 18 juillet 1917 par le directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Dépêche n°4 469 M du 6 juillet 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Une procédure similaire est employée mais il semble que l'approvisionnement soit mensuel.

Ravitaillement tente de répondre au mieux aux demandes et désigne des fournisseurs aux hôpitaux répartiteurs.

Malgré ces précautions, les pénuries et les difficultés à s'approvisionner de manière satisfaisante sont récurrentes pour les formations sanitaires, d'autant qu'elles sont en concurrence avec l'industrie qui est privilégiée dans la fourniture de charbon[1]. Les pénuries de gaz provoquant l'arrêt des appareils de stérilisation et menaçant ainsi les services chirurgicaux sont régulièrement dénoncées par les chirurgiens-chefs de secteur dans leurs rapports. Il en est de même des coupures d'électricité produite à base de charbon. En avril 1917, la commission administrative de l'hospice général de Tours dévoile sa situation critique au préfet d'Indre-et-Loire, lui demandant son soutien pour obtenir du charbon[2]. Les stocks de l'hospice général sont pratiquement épuisés, menaçant le fonctionnement des services généraux, les services d'hydrothérapie étant déjà suspendus par mesure d'économie. Une situation due à l'impossibilité de s'approvisionner auprès des négociants et à l'attitude de l'État qui ne tient pas ses engagements. Ainsi, l'hospice général lui a payé d'avance quatre-vingt-quatorze tonnes de charbon qui n'ont jamais été livrées, l'État a par ailleurs récemment rompu le contrat. En mars 1917, l'hôpital mixte de Cholet est dans une situation similaire : il lui est impossible de se fournir en charbon auprès de négociants qui soit refusent, soit rompent les contrats suite à une réquisition[3]. La situation est grave puisqu'il ne subsiste que dix jours de réserve et que l'hôpital, soignant civils et militaires, risque de fermer. Elle se renouvelle en mai et l'hôpital mixte se tourne alors vers le ministre du Ravitaillement pour obtenir du charbon après ses échecs auprès des fournisseurs, du Chemin de fer de l'État et des autorités civiles et militaires de la région[4]. Cette incertitude sur l'approvisionnement en charbon se maintient jusqu'à la fin de la guerre. L'arrivée de l'hiver 1918-1919 provoque l'inquiétude de la commission car les stocks sont insuffisants[5]. L'armistice et la signature de la paix ne provoquent pas le retour à la normale et la commission s'inquiète de nouveau pour l'hiver 1919-1920 notamment parce que le Service de Santé prévoit un approvisionnement en

[1] A.N. C 7690. Dépêche n°35 947 C/7 du 27 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il ordonne de remplacer les commandes de coke par de l'anthracite afin de préserver au maximum ces ressources pour l'industrie. A.N. C 7690. Circulaire n°428 Ci/7 du 15 février 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On interdit l'emploi de coke, sauf à titre exceptionnel et dûment justifié, dans les formations sanitaires. Le coke est réservé à l'industrie de l'armement.

[2] A.D.I&L. HDEP 4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 23 avril 1917.

[3] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 28 mars 1917 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au délégué du ministre pour l'action économique de la 9e région.

[4] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 1er mai 1917 du président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au ministre du Ravitaillement.

[5] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 12 octobre 1918 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au préfet de Maine-et-Loire.

bois de chauffage, combustible qui ne convient pas à l'installation de l'hospice général qui souhaite de l'anthracite ou du coke[1].

Le S.S.E.S.S.M. ordonne aux formations sanitaires de faire des économies de charbon rejoignant les préconisations déjà évoquées plus haut qui peuvent aller jusqu'à la fermeture de formations sanitaires sous-utilisées[2]. Dans sa circulaire du 20 septembre 1917, il ordonne « […] de limiter au strict minimum l'emploi de combustible. »[3] Il préconise alors de regrouper les malades et blessés dans un minimum de salles, à condition que des nécessités médicales ne s'y opposent pas, et de ne chauffer que celles-ci. Il ordonne de renforcer la lutte contre le gaspillage et les abus, comme le détournement de combustible pour chauffer des domiciles privés. Pour les cuisines, il fait la promotion de l'auto-cuiseur ou marmite norvégienne permettant d'économiser du combustible. Enfin, il ordonne d'utiliser la poussière de charbon pour en faire des boulets ou des briquettes afin de les employer pour le chauffage. Les gestionnaires des hôpitaux prennent alors des mesures en ce sens, si cela n'a pas déjà été fait. Le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°18 de Poitiers fait fabriquer « […] environ 4 000 briquettes de charbon de 2 Kilogs [*sic*] chacune en moyenne. »[4] Le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°12 à Châtellerault fait aussi fabriquer des briquettes de charbon se félicitant du résultat, Il contrôle aussi l'accès aux réserves et fait brûler dans les chambres un mélange économe en charbon[5]. Enfin, à l'hôpital complémentaire n°37, qui a rencontré de grandes difficultés d'approvisionnement à partir d'octobre 1916, des économies sont réalisées au début de l'année 1918 en réduisant le foyer du calorifère d'un tiers, sans nuire au chauffage[6].

c) Récupérer et recycler.

Les mesures d'économie prescrites dans le cadre du combustible le sont également pour les objets de consommation et les outils utilisés par les hôpitaux. Le 10 novembre 1915, le S.S.E.S.S.M., suite à des questions posées par le rapporteur du budget du Sénat, ordonne notamment d'utiliser les débris de métaux et de bois pour les réparations à effectuer à l'hôpital[7]. En janvier 1917, il ordonne de récupérer les déchets métalliques provenant du matériel sanitaire et de les envoyer, selon le métal, au parc d'Artillerie voisin, au Service de l'Intendance ou au Magasin Central du Service de Santé de

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 6 novembre 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[2] Ce point est traité dans le chapitre 10, p. 579.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°583 Ci/7 du 20 septembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Historique de l'hôpital complémentaire n°18 durant le troisième trimestre de l'année 1917 par l'officier d'administration de 2e classe Doueil et daté du 30 septembre 1917.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°12 au premier trimestre de l'année 1918 par l'officier d'administration gestionnaire et daté du 5 avril 1918.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°37 au premier trimestre de l'année 1918 par l'officier d'administration de 1ère classe Boureau et daté du 3 avril 1918.
[7] A.N. C 7690. Dépêche du 10 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Paris[1]. Cette mesure est appliquée par le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°21 à Poitiers qui recycle aussi certains objets :

> « Les déchets métalliques sont remis régulièrement tous les trimestres. J'ai cependant utilisé, en les faisant approprier à très peu de frais. 1° des boites de lait concentré comme gobelets
> 2° des caisses fer blanc, ayant contenu de la végétaline, comme seaux à charbon ou autres usages. »[2]

Tout est fait par les formations sanitaires pour diminuer les coûts, des mesures qui touchent aussi les autres services de l'armée ainsi que les corps de troupe.

Ces mesures de recyclage accompagnent celles du contrôle des stocks qui conduisent le Service de Santé à ordonner la réintégration dans les magasins du Service de Santé du matériel inutilisé par les hôpitaux. En avril 1915, il vise le matériel principalement utilisé en hiver comme les appareils de chauffage ou les couvertures supplémentaires[3]. Dans la dépêche de novembre 1915 précédemment citée, le S.S.E.S.S.M. ordonne de renvoyer aux magasins chargés du réapprovisionnement, les récipients vides alors difficiles à se procurer. En outre, ordre est donné d'ouvrir les caisses d'emballage avec précaution pour pouvoir ensuite les démonter et les renvoyer pour les réutiliser. Ces mesures permettent de mieux répartir le matériel et de l'employer là où le besoin se fait sentir. En mai 1917, le S.S.E.S.S.M. ordonne aux formations sanitaires de l'intérieur d'envoyer les appareils de fractures des blessés évacués du front au magasin régional afin d'être utilisés « […] dans les formations sanitaires des armées dont les besoins deviennent de plus en plus considérables. »[4] Cette mesure est déjà appliquée auparavant pour différents matériels et vise à réaliser des économies en évitant au Service de Santé de racheter ces appareils.

d) Les hospitalisés et le personnel infirmier, une main-d'œuvre économique.

La recherche d'économies ne s'arrête pas au matériel et concerne aussi la main-d'œuvre nécessaire aux travaux d'entretien ou d'aménagement des formations sanitaires. Dans ce domaine, les gestionnaires disposent de la main-d'œuvre qualifiée et peu coûteuse des hospitalisés employés à ces travaux à l'exemple de l'hôpital complémentaire n°37 :

> « Chaque fois que nous avons eu à faire effectuer des petits travaux d'entretien ou de réparation, nous avons fait appel au concours des convalescents de bonne volonté, particulièrement pour les travaux de peinture. »[5]

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°408 Ci/7 du 25 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°21 au quatrième trimestre de l'année 1917 par l'officier d'administration de 1ère classe Melle et daté du 1er janvier 1918.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°11 977 C/7 du 5 avril 1915 du directeur de la 7e Direction.
[4] A.N. C 7690. Circulaire du 10 mai 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique du fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde de décembre 1914 à la fin de l'année 1916 par l'officier d'administration de 2e classe Boureau et daté du 20 avril 1917.

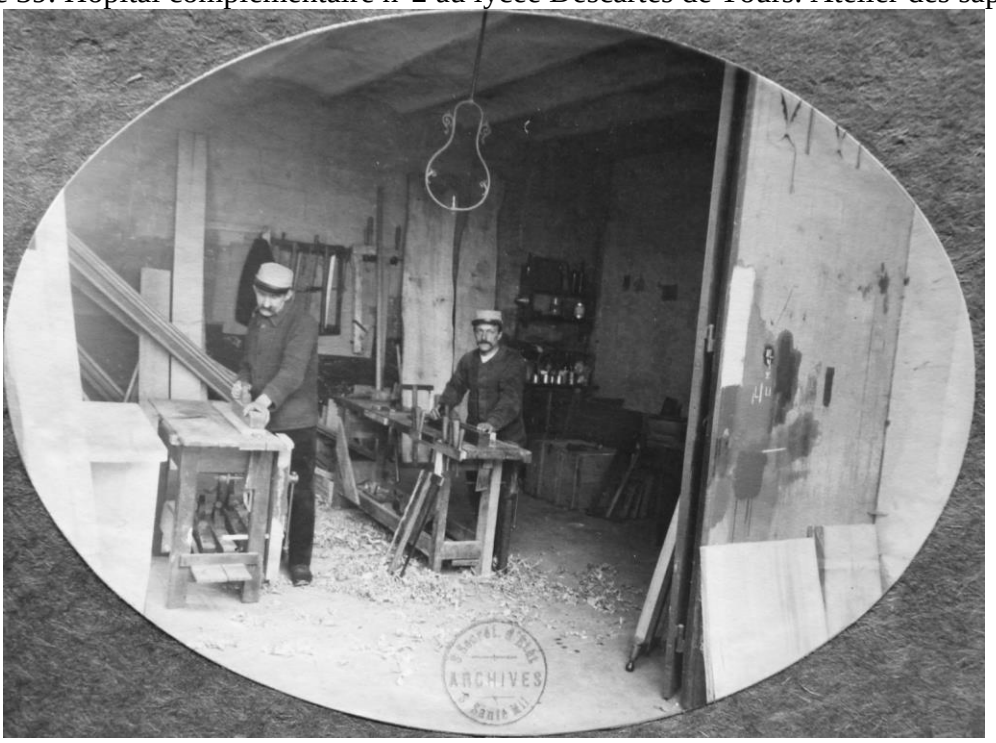
Les soldats hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°51 à Tours construisent une scène de théâtre dans un baraquement servant au réfectoire, une installation qui ne coûte rien au Service de Santé et qui ne diminue aucunement les capacités d'hospitalisation de l'hôpital[1]. Cet hôpital utilise par ailleurs les soldats pour le nettoyage des salles et les gradés hospitalisés pour le maintien de l'ordre ce qui permet une économie du personnel infirmier militaire[2]. Les hospitalisés sont aussi utilisés lors des restitutions de locaux pour procéder aux travaux de remise en état, parfois aidés par des infirmiers comme c'est le cas de cet hôpital où une restitution partielle des locaux est ordonnée durant le troisième trimestre de l'année 1917 :

> « Cette restitution a été effectuée dans les meilleures conditions d'économie et de rapidité qui ont permis la mise en service de l'Ecole des Filles du Groupe Scolaire Rabelais, à la date fixée : le 1er octobre 1917. C'est uniquement à l'aide de 4 infirmiers et de 2 malades, appartenant comme professions au corps de bâtiment, que tous les travaux de maçonnerie, de menuiserie et de peinture ont été exécutés par les moyens de l'hôpital. La dépense s'est élevée à une centaine de francs à peine, pour la réfection de locaux qui contenaient 171 lits. »[3]

Les infirmiers sont donc une autre source de main-d'œuvre économique pour l'entretien, les travaux et réparations, à condition que ces derniers disposent des compétences nécessaires. Ils permettent aux hôpitaux de mettre en place des ateliers destinés à ces tâches au sein même de l'établissement. C'est le cas à l'hôpital complémentaire n°2 qui possède un atelier des sapeurs.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°51 au quatrième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe Durand.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°51 de Tours au deuxième trimestre 1917 de l'officier d'administration gestionnaire Bianconi et daté du 9 juillet 1917.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°51 de Tours au troisième trimestre 1917 de l'officier d'administration gestionnaire Bianconi et daté du 10 octobre 1917.

Figure 39. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes de Tours. Atelier des sapeurs.



Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 « Lycée Descartes » de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 18 avril 1917. Date et auteur inconnus.

L'un des gestionnaires de cet hôpital souhaite voir se développer l'utilisation de la main-d'œuvre militaire pour ces travaux :

> « Une autre source d'économies très appréciables serait aussi de recourir à la main d'œuvre militaire. A [*sic*] ce sujet, il est à déplorer qu'il n'y ait pas au moins à la disposition de chaque Place, si on ne peut l'avoir à la disposition de chaque hôpital, un ouvrier menuisier, un serrurier et un peintre.
>
> Tout ce qui pourrait être fait à l'intérieur des établissements, par ses propres moyens, devrait être fait, sans avoir besoin de recourir à la main d'œuvre [*sic*] civile qui est devenue d'un prix très onéreux. »[1]

L'équipe d'ouvriers militaires souhaitée par l'officier d'administration Orillard est l'une des mesures d'économie prescrites par le S.S.E.S.S.M. dans sa circulaire du 15 janvier 1917. Il ordonne d'utiliser les infirmiers militaires inactifs aux travaux d'entretien du matériel et des locaux et de constituer « […] des équipes d'infirmiers de classes anciennes, hommes de métier, qui circuleront dans les Régions et entretiendront le matériel et les locaux pour le plus grand profit des finances publiques. »[2] Une équipe d'entretien et de réparation a été constituée par l'officier d'administration Bonnin en charge du service de contentieux à la direction régionale[3]. Composée de dix hommes ayant des compétences dans les métiers du bâtiment (serrurerie, menuiserie, plomberie, maçonnerie,

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°2 au premier trimestre de l'année 1918 par l'officier d'administration de 1ère classe Orillard et daté du 3 avril 1918.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°401 Ci/7 du 15 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Cependant, nous ne savons pas quand elle a été créée.

peinture, etc.), elle est utilisée pour les travaux d'entretien et de remise en état des locaux et du mobilier utilisé par les hôpitaux. Agissant dans la région, et surtout à Tours, elle a été utilisée pour la remise en état de certains locaux devant être restitués et appartenant aux hôpitaux complémentaires n°30, n°31 et n°52[1]. En outre, l'équipe a exécuté des travaux d'installation à l'annexe de l'hôpital complémentaire n°30 (bains, douches, toilettes et urinoirs), a remis en état deux pavillons de l'hôpital complémentaire n°59 et installe des douches et des appareils de chauffage dans les hôpitaux complémentaire n°51, n°52 et n°59. À ceci s'ajoute les travaux réalisés pour l'immeuble devant accueillir la direction régionale du Service de Santé. Le bilan économique de cette équipe est très favorable pour le budget de l'État selon le député Levasseur[2]. Reprenant une idée du directeur du service de contentieux, il souhaite voir plusieurs de ces équipes en action dans la région mais surtout, il souhaiterait la création d'une équipe de soixante à quatre-vingt ouvriers spécialisés dirigés par trois architectes. Cette équipe permettrait de réaliser, rapidement et de manière économique, les travaux de remise en état des locaux lors de la démobilisation, période où la main-d'œuvre qualifiée risque d'être rare et où une grande quantité de locaux doit être rendue le plus rapidement possible. Cependant, nous ne savons pas si cette idée a été appliquée.

2) Réduire le coût de l'alimentation par tous les moyens : une question délicate.

Principal poste de dépense pour les formations sanitaires, l'alimentation est la principale source d'économies, ce qui ne peut se faire sans risque. En effet, la diminution des dépenses alimentaires ne peut se faire qu'en conservant une alimentation de qualité et variée sous peine d'attirer les critiques des hospitalisés, de la population et du Service de Santé qui sanctionnerait les erreurs. Elle doit en outre respecter les valeurs nutritionnelles adéquates aux soins des soldats[3]. On peut alors se demander comment les gestionnaires font pour diminuer leurs dépenses alimentaires tout en garantissant aux hospitalisés les rations auxquelles ils ont droit et en conservant une bonne qualité et une diversité des repas. Les mesures prises laissent entrevoir la grande ingéniosité de certains gestionnaires et l'importance de cette question pour le Service de Santé qui intervient parfois un peu trop.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Elle aurait par ailleurs remis en état l'école de filles du groupe scolaire Rabelais. Nous ne savons pas qui de cette équipe ou des infirmiers et hospitalisés de l'hôpital complémentaire n°51 a réalisé l'ensemble des travaux. Il est probable qu'il y ait eu une collaboration.

[2] *Ibidem.*

[3] MARCHAND, Claire. *La médecine et l'alimentation. Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940).* Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jean-Pierre Williot, Université François Rabelais de Tours, 2014, 4 vol. 861 p.

a) Le développement des cultures et des élevages.

Face à l'augmentation des prix des aliments, les gestionnaires mettent en culture des terrains au sein de la formation sanitaire ou bien des terrains extérieurs loués ou concédés en partageant les récoltes. La culture de potagers ou de champs est l'une des principales mesures d'économie que les gestionnaires s'efforcent de mettre en place d'autant qu'ils disposent de la main-d'œuvre nécessaire que sont les hospitalisés. Beaucoup ont une expérience des cultures, et les infirmiers, personnel en théorie stable, ont aussi cette expérience ce qui permet un suivi des cultures. Ainsi dans leurs rapports, les officiers d'administration des hôpitaux complémentaires font état de ces cultures, de leurs rendements et des bénéfices qu'ils en tirent. Du 1er janvier au 30 juin 1917, l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur met en culture environ cinquante ares de terres (soit 5 000 m²)[1] ce qui permet de récolter du 1er juillet au 30 septembre 1917 des fruits, légumes et condiments pour une valeur de 809,15 francs[2]. Les formations sanitaires situées à la campagne sont favorisées par rapport à celles situées en ville, mais ces dernières font tout pour cultiver des terrains. Au début de l'année 1918, l'hôpital complémentaire n°2, situé au lycée Descartes de Tours, cultive 3,5 hectares de terres qui vont être portés prochainement à 4 hectares « […] en diverses parcelles, situées en plusieurs endroits. »[3] Ces terres fournissent notamment 17 000 kilos de pommes de terre et le bénéfice total des cultures est de 1 950 francs. L'hôpital complémentaire n°37 met en culture une partie des deux hectares de terrain dont il dispose dès l'année 1915. Cependant, la mise en culture est limitée par les craintes de contagion du voisinage et par la perte du personnel infirmier, mais l'hôpital entend accroître la taille de ses cultures[4]. La culture de fruits, légumes et condiments permet de diversifier les repas et de diminuer leurs coûts. En outre, les hôpitaux revendent les surplus ce qui permet de financer d'autres achats.

L'élevage constitue l'autre moyen pour les hôpitaux de diminuer les coûts de l'alimentation des hospitalisés et ainsi de contrer l'augmentation des prix de la viande, tout en variant les repas. Cependant il est plus compliqué à mettre en place au sein des hôpitaux comme l'explique le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°2 dans son rapport précédemment cité :

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Chateignier sur le fonctionnement des services administratifs de l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur du 1er janvier au 30 juin 1917 et daté du 2 juillet 1917.
[2]C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 3e classe Ardoin sur le fonctionnement du service administratif de l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur du 1er juillet au 30 septembre 1917 et daté du 1er octobre 1917. Le gestionnaire n'explique pas le choix du prix au kilo des différents éléments.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°2 au premier trimestre de l'année 1918 par l'officier d'administration de 1ère classe Orillard et daté du 3 avril 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique du fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde de décembre 1914 à la fin de l'année 1916 par l'officier d'administration de 2e classe Boureau et daté du 20 avril 1917.

> « L'installation de l'Hôpital [*sic*], dans le Lycée Descartes, situé en plein centre de la ville, sans aucun jardin, et sans servitudes, rend absolument impossible l'élevage des animaux domestiques. Il est fort regrettable qu'une porcherie générale pour toute la Place n'ait pu être organisée; [*sic*] il semble que c'est là que devrait se trouver la seule solution pratique et avantageuse du problème. »[1]

Une porcherie de ce type existe pour les hôpitaux de la place de Poitiers, située à Biard, à trois kilomètres de la ville, elle récupère les eaux grasses des hôpitaux afin d'alimenter l'élevage[2]. L'hôpital complémentaire n°50 crée une basse-cour où sont élevés poules, canards, lapins et porcs fournissant viande, œufs, pâté, saindoux et boudin pour les hospitalisés mais qui sont également vendus[3]. L'hôpital complémentaire n°9 fait de même à partir du premier trimestre de l'année 1917. Situé dans un groupe scolaire de Parthenay, il crée une porcherie et une basse-cour comme le montre la photo suivante :

Figure 40. Basse-cour de l'hôpital complémentaire n°9 de Parthenay contenant aussi les cages à lapin.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif du 2e trimestre 1917 de l'hôpital complémentaire n°9 de l'officier d'administration gestionnaire et daté du 4 juillet 1917. Date et auteur inconnus.

L'élevage permet le recyclage d'une partie des déchets des cuisines des hôpitaux comme à l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours où un système de recyclage est mis en place par le docteur Boureau[4]. Les épluchures sont alors données aux lapins et aux chevaux de labour, les croutes de pain et des os broyés aux poules et les eaux grasses complétées de déchets aux porcs. Quant aux gains

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°2 au premier trimestre de l'année 1918 par l'officier d'administration de 1ère classe Orillard et daté du 3 avril 1918.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital complémentaire n°15 de l'officier d'administration de 2e classe Chavigny, non datée.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Ardoin sur le fonctionnement du service administratif de l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur du 1er juillet au 30 octobre 1918 et daté du 5 octobre 1918 [*sic*].
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 88. Rapport du médecin major de 2e classe Boureau sur le fonctionnement du centre de rééducation professionnelle des mutilés de la 9e région militaire durant le mois de décembre 1917.

pour les hôpitaux, l'hôpital complémentaire n°9 réalise au quatrième trimestre 1917 un bénéfice de 1 421,64 francs[1].

Le Service de Santé et le ministère de la Guerre encouragent ces mesures, voire les initient, afin de réaliser les économies qu'ils réclament. C'est le but du S.S.E.S.S.M. lorsqu'il ordonne la création de jardins potagers par sa circulaire n°115 Ci/7 du 31 mai 1916 :

> « Dans les circonstances actuelles, les questions d'alimentation prennent une importance qui s'accroît chaque jour, du fait de la prolongation des hostilités.
>
> La défense nationale exige que l'on retire du sol de la Patrie toutes les ressources qu'il est susceptible de donner.
>
> A cet égard, il convient de ne négliger aucun effort, et de mettre en valeur tous les terrains qui peuvent êtres transformés en jardins. »[2]

Les autres buts visés par ces jardins potagers sont de lutter contre le désœuvrement des hospitalisés et leur procurer une rééducation physique similaire aux permissions agricoles. Cette circulaire est probablement à l'origine des nombreuses mises en culture et élevages mentionnés par les officiers d'administration dans leurs rapports même si certains n'ont pas attendu cet ordre pour le faire. Le 31 juillet 1917, le S.S.E.S.S.M. va encore plus loin dans la recherche d'économies par le développement des cultures et de l'élevage en ordonnant la création dans les places des régions, d'installations agricoles du Service de Santé[3]. Ces installations complètent les jardins potagers et doivent permettre par leur taille, elles doivent avoir une surface moyenne de 20 hectares, de fournir un grand nombre de formations sanitaires et ainsi de diminuer les coûts. En outre, la main-d'œuvre se compose de mutilés mais aussi de soldats hospitalisés dans les services de physiothérapie pour leur procurer une rééducation par le travail.

Afin de développer ces élevages et ces cultures, l'armée met en place des concours. Un concours des jardins potagers militaires est instauré le 26 avril 1917 par le ministère de la Guerre dont le général commandant la 9^{e} région donne les résultats le 7 août 1917, tout en se félicitant des 600 hectares de terres incultes mises en culture dans la région[4]. Les participants de ce concours sont les différents services et unités militaires de la région dont les hôpitaux complémentaires mais aussi les hôpitaux auxiliaires, mixtes et bénévoles. Le classement des lauréats se fait selon les départements mais nous ignorons les règles du concours et donc nous ne savons pas si celui-ci récompense la superficie de terres cultivées, le rendement de celles-ci ou les deux. Dans l'Indre, les vainqueurs

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°9 au quatrième trimestre 1917 par l'officier d'administration gestionnaire et daté du 4 janvier 1918.
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°115 Ci/7 du 31 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire du 31 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.D.I. HDEPOT 2/227. Ordre de la région n°8 daté du 7 août 1917 du général Poline commandant la 9^{e} région militaire.

reçoivent des diplômes offerts par la Ligue du Coin de Terre et du Foyer et les responsables des cultures primées remportent des articles de poche ou de fumeur[1].

Enfin, le personnel des formations sanitaires, surtout les officiers d'administration, et des personnes extérieures au système hospitalier mettent en place des astuces pour réaliser des économies qui sont parfois en contradiction avec les règlements militaires. Le service des jardins potagers civils et militaires du ministère de l'Agriculture adresse des conseils aux formations sanitaires pour leurs cultures, semble-t-il par des conférences. Le 27 septembre 1917, des conseils pour la récolte et la conservation sont ainsi transmis aux conférenciers[2]. Les officiers d'administration développent aussi des techniques pour économiser les aliments tel le recyclage d'aliments dont ces deux techniques évoquées par le député Levasseur et mises au point par l'officier d'administration de l'hôpital complémentaire n°37[3]. La première concerne la fabrication de graisse alimentaire avec la graisse des rôtis et les déchets de boucherie permettant d'obtenir de 40 à 50 kilos de graisse par mois, une technique assez diffusée. La seconde concerne un procédé de fabrication de beurre à partir de la crème du lait bouilli donné aux hospitalisés et qui permet d'obtenir environ 7 kilos de beurre par mois ; une méthode moins connue mais que le député souhaiterait voir diffusée. Il espère beaucoup de l'application à grande échelle de ces mesures d'économie. Si elles contribuent à conserver certains aliments, les officiers d'administration sont parfois contraints, pour des raisons de coût voire par l'impossibilité de trouver les denrées, de diminuer les rations ou de supprimer certains aliments des menus. Dans son rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°30 au premier trimestre 1918, le gestionnaire évoque la suppression des pâtes des menus mais il parvient à assurer une alimentation normale et « […] suffisamment variée pour éviter la~~s~~ lassitude et le dégoût. »[4] À l'hôpital complémentaire n°21, le pain est distribué avec parcimonie pour éviter les pertes inutiles tandis que les légumes restés dans les récipients à distribution sont transformés en potage[5]. Quant à l'officier d'administration de 3e classe Durand, gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°51, il explique être parvenu à limiter à 400 grammes, la ration journalière de pain[6]. Cette économie est une infraction au règlement car les soldats et officiers étant astreints au grand

[1] A.D.I. HDEPOT 2/227. Document daté du 25 septembre 1917, d'auteur inconnu, concernant l'attribution dans le département de l'Indre des récompenses aux lauréats du concours prévu par la circulaire ministérielle n°8 587 1/11 du 26 avril 1917.
[2] A.D.I. HDEPOT 2/227. « *Récolte et conservation des pommes de terre* », note datée du 27 septembre 1917 du ministère de l'Agriculture (service des jardins potagers civils et militaires) pour M.M. les conférenciers.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Bernier sur le fonctionnement des différents services de l'hôpital complémentaire n°30 daté du 5 mars 1918.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°21 du 22 août 1914 au 31 décembre 1916 par l'officier d'administration de 2e classe Melle et daté du 20 avril 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°51 au premier trimestre de l'année 1917 par l'officier d'administration de 3e classe Durand, non daté.

régime, soit le régime normal, ont droit à une ration journalière de pain de 600 grammes[1]. Cependant, le gestionnaire ne reçoit aucune plainte des hospitalisés concernant cette ration.

b) Vers une centralisation des approvisionnements pour diminuer les coûts.

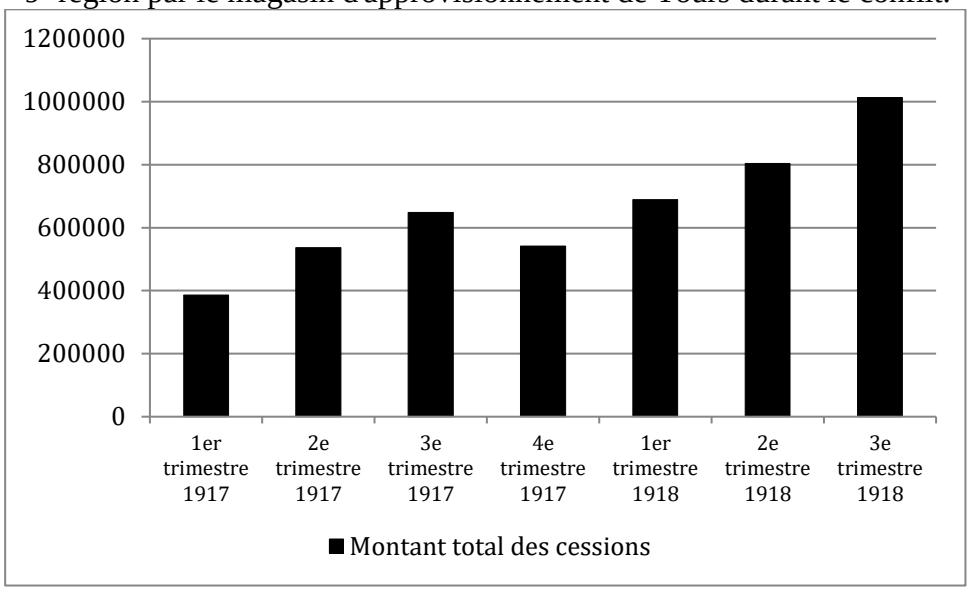
Dans le but de réaliser des économies dans l'approvisionnement des formations sanitaires qu'il gère, le Service de Santé ordonne la création des magasins d'approvisionnement, d'alimentation et d'objets de consommation le 28 octobre 1916[2]. Ce magasin doit approvisionner les hôpitaux militaires mais aussi les hôpitaux non gérés par le Service de Santé qui en feraient la demande, en leur proposant des produits à des coûts inférieurs à ceux du commerce. Pour ce faire, ils doivent se fournir en marchandises aux meilleurs prix, que ce soit au niveau local ou régional ou bien au niveau national auprès d'autres magasins qui, par les prix qu'ils obtiennent pour certains produits, fournissent l'ensemble du territoire. Pour coordonner les achats, un Office de Renseignements est mis en place chargé, entre autres choses, de centraliser les informations sur les prix des différentes marchandises dans les différentes villes et régions et ainsi créer la « […] Carte Economique et [un] schéma graphique des livraisons et expéditions pour l'ensemble des Régions [...] »[3]. Ainsi le Service de Santé peut surveiller et comparer les prix. L'organisation des magasins d'approvisionnement est quelque peu modifiée le 6 juillet 1918 mais son fonctionnement demeure dans les grandes lignes celui défini à la fin de l'année 1916 ; on ordonne de prévoir des stocks plus importants et on intègre la Direction des Marchés et Approvisionnement[4].

Dans la 9e région, le magasin d'approvisionnement prend place dans une ancienne épicerie de gros située place Plumereau à Tours, un lieu parfaitement équipé et agencé pour sa mission[5]. Il commence à fonctionner le 1er janvier 1917 et est dirigé par l'officier d'administration de 3e classe de Luze, un « […] gros commerçant dans le civil [...] »[6], soit une personne qualifiée pour ce poste[7], aidé de deux acheteurs spécialistes en différentes marchandises. Il contrôle l'entrepôt répartiteur de vins de Joué-lès-Tours, créé dans le même but[8]. Très rapidement, le magasin s'impose dans le système

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 404 (Notice n°17).
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°379 Ci/7 du 25 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. C'est la dépêche n°21 791 4/7 du 28 octobre 1916 qui instaure ces magasins, nous ne l'avons pas retrouvée, la circulaire du 25 décembre 1916 en fixe l'organisation et le fonctionnement.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°379 Ci/7 du 25 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°758 Ci/7 du 6 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les stocks doivent correspondre à deux mois d'approvisionnement en plus du mois en cours.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 21 avril 1917.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°379 Ci/7 du 25 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette circulaire prescrit notamment de placer ces structures sous la direction d'un personnel compétent.
[8] Nous ne savons pas quand cette structure a été créée mais il semble qu'elle soit antérieure au magasin d'approvisionnement.

d'approvisionnement des formations sanitaires de la région. Son gestionnaire le juge « […] indispensable [...] »[1] dans son deuxième rapport et le montant des cessions de marchandises s'accroît.

Figure 41. Évolution du montant total des cessions de marchandises aux formations sanitaires de la 9e région par le magasin d'approvisionnement de Tours durant le conflit.



Pour faire face à l'accroissement de l'activité, le personnel est augmenté dès le deuxième trimestre. La baisse constatée au quatrième trimestre est due à la cession d'importantes formations sanitaires au Service de Santé américain, diminuant ainsi le volume des commandes. Enfin, le montant des cessions au troisième trimestre de l'année 1918 aurait pu être plus important mais des pénuries de marchandises n'ont pas permis de livrer les quantités demandées[2]. Vendant de grandes quantités à des prix inférieurs au commerce, le magasin permet aux formations sanitaires de la région, de toute origine, de faire d'importantes économies comme l'affirme le député Levasseur. Il les estime à plus d'un million de francs par an pour le Service de Santé de la région, soulignant que la 9e région n'est pas une des régions les plus importantes en termes d'hôpitaux et de lits, laissant entrevoir des économies beaucoup plus importantes au niveau national[3].

Les officiers d'administration gestionnaires des hôpitaux complémentaires sont rapidement conquis par le magasin d'approvisionnement qui facilite leur travail et permet de fournir des denrées de qualité tout en ménageant les deniers de l'État menacés par l'attitude de certains commerçants :

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement et de la blanchisserie militaire du Service de Santé de la 9e région militaire au deuxième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 12 juillet 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement, de la blanchisserie militaire du Service de Santé et de l'entrepôt répartiteur de vins du Service de Santé de la 9e région militaire au troisième trimestre 1918 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 31 octobre 1918.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

« De grandes modifications ont été apportées en ce qui concerne la comptabilité consommation. La création de magasins régionaux d'approvisionnement en denrées de consommation doit être approuvée sans restriction.

Elle simplifie le service en ce sens que tous les mois on reçoit la plus grande partie des objets et denrées de consommation dont on a besoin.

Les courses chez les différents fournisseurs de la localité sont supprimées ; ceux-ci, pour des raisons diverses mais souvent intéressées, faisaient promesse de livraison qu'ils ne tenaient pas ensuite, prétextant n'avoir pas reçu leur commande, (très souvent ils vendaient à des prix plus avantageux). »[1]

Quant au gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°52, situé à Tours, il met en avant le travail du magasin qui lui permet de gérer au plus juste ses stocks de denrées en répondant rapidement aux demandes urgentes ou en reprenant le surplus périssable, une attitude probablement facilitée par la proximité du magasin[2]. Ces bénéfices ne sont pas exclusivement réservés aux hôpitaux militaires et les hôpitaux bénévoles, auxiliaires et mixtes n'hésitent pas à faire appel au magasin d'approvisionnement qui leur fournit des marchandises à des prix légèrement supérieurs à ceux pratiqués pour les formations militaires. Ces prix restent plus attractifs que ceux du commerce. Invité par le directeur régional du Service de Santé à se fournir auprès du magasin, l'hôpital mixte de Cholet prend contact avec celui-ci le 9 février 1917 pour connaître les modalités de fonctionnement[3]. Il fait ensuite régulièrement appel au magasin pour s'approvisionnement tant pour les prix que parce que ses fournisseurs habituels ne peuvent lui livrer les quantités nécessaires.

c) Une centralisation parfois excessive et nuisible.

Cette centralisation des achats dans la 9e région ne se fait pas sans critiques d'autant qu'elle est accrue par le renforcement de la centralisation des approvisionnements du Service de Santé au niveau national. Le 24 juin 1917 est créée la Direction des Marchés et de l'Approvisionnement du Service de Santé dont le but est d'assurer ces derniers par la passation de marchés, par des achats, des réquisitions, des cessions d'autres services ou par des fabrications[4]. Les directeurs régionaux ne sont pas évincés mais l'approvisionnement fait dans le cadre des magasins régionaux ou par les hôpitaux militaires est contrôlé. D'autre part, cette direction, dépendant du S.S.E.S.S.M., ne contrôle pas les établissements de fabrication du Service de Santé, comme celui de Châteauroux, mais s'informe de leurs fabrications. La circulaire n°563 Ci/7 datée du 25 juillet 1917 vient préciser le fonctionnement de cette direction et l'étendue de son contrôle. L'Office de Renseignements est maintenu mais ne

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport sur le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°41 par l'officier d'administration et daté du 15 avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°52 de Tours et les modifications qui y ont été apportées par l'adjudant d'administration Monmarché faisant fonction d'officier gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°52 daté du 31 mars 1918.
[3] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 9 février 1917 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au gestionnaire du magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire.
[4] A.N. C 7690. Circulaire 562 Ci/7 du 24 juin 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

renseigne plus que la direction. La création de cette direction permet de collaborer avec les autres services de l'armée pour obtenir des commandes groupées sur des fournitures communes qui peuvent être passées à l'étranger[1]. Les prérogatives de cette direction sont renforcées le 25 mai 1918 et elle devient la Direction des approvisionnements, des fabrications et des Etablissements Centraux du Service de Santé. Elle a désormais toute autorité sur ces derniers et sur la fabrication[2]. Cependant, les directeurs régionaux et les gestionnaires des hôpitaux militaires ou des magasins d'approvisionnement conservent, par délégation, quelques marges de manœuvre, notamment pour l'acquisition de marchandises au niveau local et à des prix intéressants, sous le contrôle de la direction. Quelques mois avant cette décision, le S.S.E.S.S.M. limitait cette marge de manœuvre pour les hôpitaux, plus particulièrement pour l'élaboration des menus. Pour lutter contre les difficultés de ravitaillement et l'augmentation des prix, il est ordonné de définir toutes les semaines un menu unique dans chaque place, mais les hôpitaux spécialisés peuvent conserver des menus particuliers et les médecins gardent leur liberté de prescrire des régimes spéciaux et des aliments supplémentaires[3]. Cette mesure uniformise les commandes de chaque hôpital et diminue les prix en commandant de plus grandes quantités, cependant l'uniformisation s'arrête aux commandes, les hôpitaux sont libres de cuisiner les aliments reçus comme ils le souhaitent.

Cette centralisation des achats au niveau régional et national, bien qu'elle permette d'abaisser les coûts, ne se fait pas sans quelques critiques des officiers d'administration que le député Levasseur résume ainsi :

> « Mais cette mesure, très profitable évidemment au Ravitaillement qu'elle dote d'une organisation qui lui faisait défaut, est-elle bien avantageuse pour le Service de Santé? [*sic*]
>
> Les intérêts de nos malades et blessés ont ils [*sic*] été ~~in~~suffisamment sauvegardés? [*sic*] »[4]

En effet, il ne faudrait pas que les mesures d'économie se fassent au détriment de la qualité des denrées et donc des repas pour les hospitalisés. C'est pourtant l'une des critiques portées contre le magasin d'approvisionnement et la centralisation des achats, comme le fait remarquer le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°26 qui est tout de même ravi de la création du magasin :

[1] A.N. C 7690. Circulaire 563 Ci/7 du 25 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Elle est en relation avec les commissions françaises d'achat basées à New York, Londres et Rome.
[2] A.N. C 7690. Circulaire du 25 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire du 5 janvier 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

> « Cependant, il ne faudrait pas que la recherche de denrées de prix inférieur, influat [*sic*], d'une façon sensible, sur la qualité de la marchandise.
>
> Les haricots, par exemple, qui ont été fournis par le Magasin d'Alimentation, ne ressemblent en rien aux haricots blancs livrés par les épiciers en gros de la ville ; ils sont petits, très vieux, pour les consommer on doit les mettre dans l'eau très longtemps puis les soumettre à une cuisson prolongée. La graisse alimentaire, ainsi que l'huile comestible, n'ont pas le goût et la saveur de celles des fournisseurs civils. »[1]

Le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°15 de Poitiers fait des critiques similaires concernant les denrées périssables, dont les légumes, qui arrivent en mauvais état à l'hôpital après quelques jours de voyage. Il critique aussi la centralisation parfois excessive de l'approvisionnement qui ne permet pas d'obtenir du matériel approprié, comme les fournitures de bureau, qu'il faut tout de même employer malgré les réclamations. Enfin, il réclame plus de souplesse dans l'application de la mesure des menus communs aux hôpitaux militaires d'une même place[2].

Dans son rapport, le député Levasseur reprend les critiques des officiers d'administration et dénonce des défauts du système, non du magasin de Tours en particulier. Il regrette que la centralisation des achats au niveau de la direction centrale ait fait des magasins régionaux de simples entrepôts souvent insuffisamment approvisionnés, parfois mal approvisionnés[3]. Ainsi, les achats faits à l'étranger offrant des prix au kilo inférieurs aux prix locaux ne sont pas sans réserver des surprises désagréables. Il évoque le cas d'haricots provenant du Brésil ou du Chili mais impropres à la consommation, des lentilles avariées données finalement aux porcs ou du riz de mauvaise qualité destiné aux prisonniers[4]. Ces faits sont d'autant plus regrettables que parfois les mêmes produits sont disponibles sur le marché local à des prix d'achat inférieurs, le coût du transport rendant souvent les produits locaux plus compétitifs. Enfin, il évoque aussi le gaspillage lié à l'uniformisation des achats qui ne permet pas forcément de répondre aux besoins des formations sanitaires et cite le cas de brosses à main destinées à lustrer les chaussures fournies au lieu de brosses à laver les mains pour les salles d'opérations ou de pansements[5]. Face à ces difficultés, le député Levasseur prescrit de renforcer le rôle des magasins d'approvisionnement, les plus aptes à connaître les besoins des hôpitaux de la région et à utiliser les ressources de celle-ci. Ces derniers agiraient sous le contrôle de la direction et grâce à l'Office de Renseignements qui retrouverait sa mission d'informer les magasins sur les prix et quantités des marchandises régionales. Ces mesures sont prescrites à la fin du conflit et on ne sait

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°26 de Tours sur le fonctionnement administratif de l'hôpital et daté du 24 avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital complémentaire n°15 de l'officier d'administration de 2e classe Chavigny, non datée.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[4] *Ibidem.*
[5] *Ibid.*

si elles ont connu une application juste après l'armistice alors que les difficultés d'approvisionnement des militaires et des civils se poursuivaient.

3) Une organisation parfois industrielle.

L'intervention du Service de Santé dans la réduction des dépenses liées à l'hospitalisation des soldats ne se limite pas à leur alimentation. C'est toute une organisation qui est mise en place par ce dernier et par certains gestionnaires, pour diminuer les coûts mais aussi pour pouvoir approvisionner l'ensemble des formations sanitaires d'une place, de la région voire du pays. Une organisation, par certains aspects, industrielle est mise en place, parfois à partir de structures existant avant le conflit. Les économies qui en résultent ne sont pas toujours sans conséquence à long terme.

a) Le magasin général d'approvisionnement du Service de Santé de Châteauroux, une usine de fabrication de matériel médical.

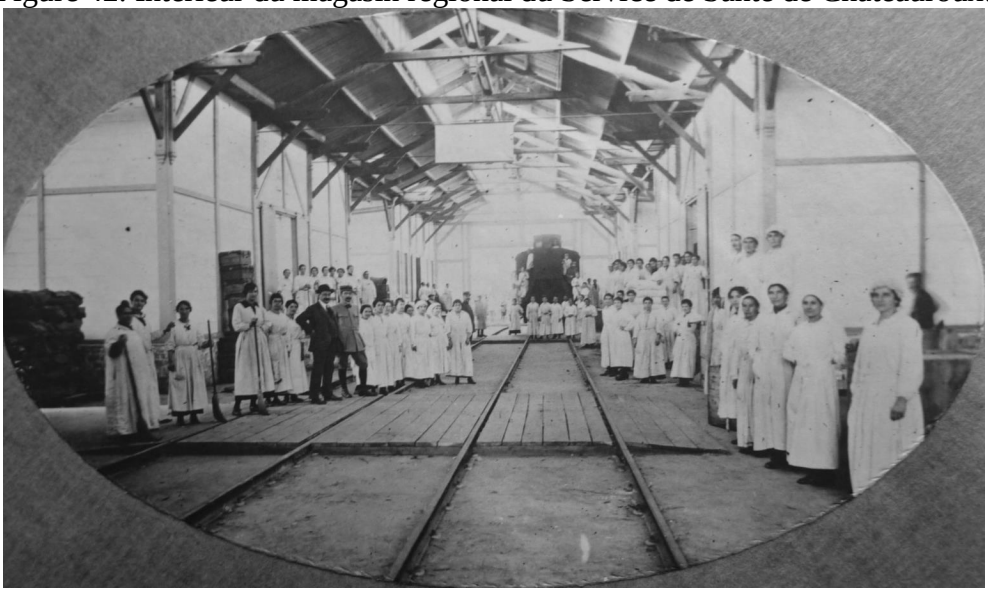
Dès avant la guerre, le Service de Santé dispose d'une organisation lui permettant de produire et de stocker du matériel destiné aux hôpitaux militaires, aux différents services de soins et aux futures unités et structures prévues en cas de guerre. Le magasin central de Paris et le magasin de réserve de Marseille servent à l'approvisionnement des unités et hôpitaux des différents corps d'armées. Les docks du Service de Santé de Vanves et les dépôts de matériels de chaque région, sont destinés à stocker le matériel prévu en cas de mobilisation et à redistribuer celui envoyé par les magasins pour les infirmeries régimentaires et les hôpitaux[1]. Pour la 9^{e} région, le dépôt se situe à Tours où est stocké le matériel nécessaire aux ambulances du 9^{e} corps d'armée. Cette organisation va connaître un accroissement important du fait de la guerre et de l'essor du système hospitalier du front et de l'intérieur nécessitant une organisation importante et efficace pour assurer l'approvisionnement de toutes les formations.

Dans ces conditions, le dépôt régional du Service de Santé de Châteauroux va être transformé en une usine de production de matériel, doublée d'un lieu de stockage, pour fournir l'ensemble des formations du Service de Santé. Le 14 décembre 1914, il est réorganisé et spécialisé dans les objets de couchage et la confection de vêtements d'hôpital et d'objets de pansements. Puis le 10 janvier 1915, il devient un magasin général d'approvisionnement du Service de Santé[2]. Dans le même temps, une annexe du dépôt régional de Châteauroux, située place Velpeau à Tours[3], devient autonome le 6

[1] TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 247.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650 Rapport historique et statistique sur le fonctionnement du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux depuis le début des hostilités jusqu'au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration principal Guignabert et daté du 20 avril 1917. TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur), (1919), *Une page…, op. cit.* p. 250. D'autres magasins sont créés en même temps à Limoges, Clermont-Ferrand et Bordeaux puis à Montauban, Lunel, Orange, Dijon, Fontainebleau et au Camps d'Avor en mai 1915. Ces magasins sont spécialisés.
[3] Nous ne savons pas s'il existait avant la guerre.

février 1915 et prend le titre de Dépôt de Matériel Régional du Service de Santé. Son rôle est d'approvisionner en matériel et pansements les formations sanitaires de la région[1]. Afin de répondre aux besoins, un baraquement est construit sur un terrain militaire à Tours offrant 1 200 m² pour stocker le matériel. De son côté, le futur magasin de Châteauroux augmente progressivement sa surface. Au début du mois de septembre 1914, le dépôt de Châteauroux reçoit le matériel évacué des docks de Vanves sous la menace des armées allemandes. Cela le conduit à réquisitionner plusieurs locaux, dont des cinémas, à Châteauroux. De même, un bâtiment situé au 63 rue de la Manufacture devient « […] le berceau du Magasin Général. »[2] Cet immeuble et les terrains attenants sont ensuite loués par l'État qui va ériger des baraquements pour rassembler les services et les marchandises en un même lieu. En juillet 1915, le site comprend six baraquements réunis sous un grand hall, sa superficie est de 4 000 m² disposant de plus de 22 000 m³ pour stocker le matériel et d'un éclairage électrique qui permet de travailler nuit et jour. En janvier 1916, de nouveaux baraquements sont en construction portant les capacités du magasin à plus de 36 000 m³, en outre des travaux permettent de le relier directement au réseau ferré. Enfin, pour réaliser des économies et pérenniser l'installation, les terrains ont été achetés par l'État.

Figure 42. Intérieur du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

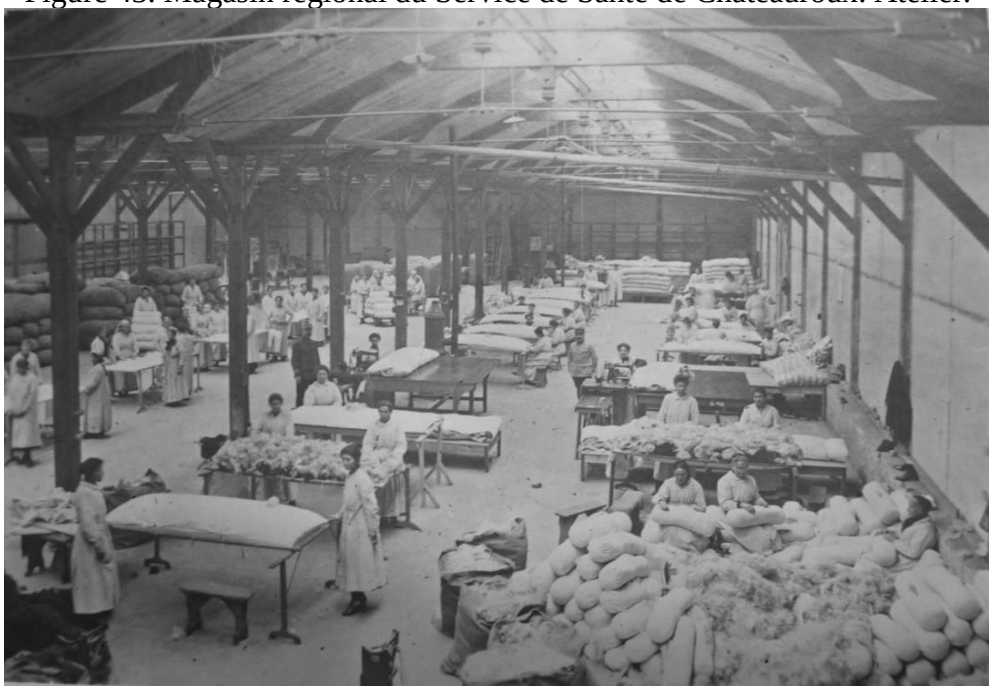
La production est réorganisée pour répondre aux besoins du Service de Santé et tout un écosystème économique se développe autour du magasin régional de Châteauroux. Afin de constituer ses stocks, il s'approvisionne en matériel de couchage (lits d'ambulance, draps, couvertures, etc.) et

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 1ère classe Giraud sur le fonctionnement du Dépôt de Matériel Régional de Tours daté du 21 avril 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur le fonctionnement du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux depuis le début des hostilités jusqu'au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration principal Guignabert et daté du 20 avril 1917.

en matières premières (laine, toile, gaze à pansement, etc.). Avec ces dernières, il confectionne ou fait confectionner des matelas, des traversins, des vêtements pour les malades et des objets de pansement. Ces approvisionnements proviennent soit de marchés passés avec des fournisseurs et expédiés par le magasin central de Paris, soit de cessions à titre onéreux faites par le Service de l'Intendance, soit d'envois d'autres magasins d'approvisionnement du Service de Santé[1]. Le magasin régional de Châteauroux ne produit donc pas tous les objets et ne dispose que de trois ateliers destinés à la préparation du linge à pansement, à la carderie et à la matelasserie.

Figure 43. Magasin régional du Service de Santé de Châteauroux. Atelier.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

Le personnel est majoritairement féminin d'autant que le personnel militaire masculin a été réduit suite à la récupération des hommes pour le front. Il comprenait jusqu'à 265 hommes en 1915. Au début de l'année 1917, ils ne sont plus que trente-six plus vingt Annamites et quatre civils tandis que 110 femmes travaillent dans les différents services. Afin de faire face aux commandes, du matériel moderne de cardage est installé en mars 1917, permettant de réduire la quantité de matière première utilisée et de diminuer les coûts de main-d'œuvre. Cependant, il ne suffit pas toujours pour fournir les 130 matelas journaliers, voire plus. La confection des vêtements d'hôpital, des effets de couchage et des objets de pansements est faite par des ateliers en dehors du magasin ou par des ouvrières à domicile. Dans son rapport du mois d'avril 1917, le gestionnaire estime à 1 200 le nombre d'ouvrières travaillant pour le magasin tandis que le député Levasseur en évoque 2 000[2].

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur le fonctionnement du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux depuis le début des hostilités jusqu'au 1er janvier 1917 par l'officier d'administration principal Guignabert et daté du 20 avril 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

L'organisation adoptée par le Service de Santé pour le magasin régional de Châteauroux permet de fournir de grandes quantités de matériel en réalisant d'importantes économies. Au 31 décembre 1917, le magasin avait reçu en approvisionnement, 1 325 tonnes de laine et 510 tonnes de crin animal permettant de fabriquer 130 000 matelas, 130 000 traversins en laine et crin et 30 000 oreillers en plume ou crin[1]. En outre, il a reçu soixante-neuf millions de mètres de gaze à pansement qui ont notamment permis de fabriquer 600 000 paquets de gaze, 1 300 000 paquets de bande roulée en toile ou en gaze et 2 258 000 paquets de cinquante compresses en gaze. À ceci s'ajoute les objets confectionnés avec du vieux linge comme les draps usagés dont il a été tiré, en autre chose, 60 000 draps pour pansements et 800 000 compresses en toile diverse. Pour le gestionnaire, l'économie réalisée par le magasin est indéniable :

> « […] il est démontré que le Service de Santé a réalisé près de Quatorze millions de francs d'économies par comparaison avec les prix de l'industrie civile [...] »[2].

Il demande alors à ce que le Service de Santé développe cette organisation industrielle en produisant d'autres objets, ce que soutient le député Levasseur qui souhaite que le magasin fournisse, pour l'après-guerre, les populations du nord du pays. Ceci permettrait de faire des économies, de ne pas pénaliser ces populations subissant l'occupation allemande en leur fournissant des objets à prix réduits ou gratuitement mais aussi cela permettrait de continuer à donner du travail aux ouvrières dépendantes du magasin[3].

b) La pharmacie régionale de la 9e région : un système d'approvisionnement coûteux pour l'État.

L'approvisionnement des formations sanitaires et des infirmeries régimentaires est aussi modifié dans le sens d'une plus grande centralisation avec la création d'une pharmacie régionale à Tours. Cette création s'inscrit dans un renforcement des contrôles des services pharmaceutiques dans les régions qui débute en septembre 1915 avec la création d'un poste de pharmacien militaire dans les directions régionales, adjoint technique du directeur[4]. Il doit contrôler le personnel, les locaux et le matériel des services pharmaceutiques et ainsi vérifier les demandes et achats de médicaments et de matériel médical. Il fait ces contrôles lors de ses inspections des services pharmaceutiques[5]. La pharmacie régionale de la 9e région a été créée au début de la guerre pour ne fonctionner que durant celle-ci[6]. Elle est située dans un local au 56 de la rue Marceau à Tours. Par la suite, une annexe est

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur le fonctionnement du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux par l'officier d'administration principal Guignabert et daté du 1er avril 1918.
[2] *Ibidem.*
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°33 048 C/7 du 9 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7690. Circulaire n°4 311 4/7 du 10 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le contrôle est étendu aux hôpitaux auxiliaires.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°254 Ci/7 du 25 septembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La pharmacie régionale de Tours a été créée « […] à titre provisoire [...] » avec d'autres pharmacies régionales.

créée à Tours au n°37 de la rue Léon Boyer mais nous ne savons pas quand elle fut ouverte. Le rôle de cette pharmacie est celui des pharmacies d'approvisionnement existant en temps de paix, soit de constituer des stocks « […] en médicaments, réactifs et accessoires et en matériel spécial de pharmacie. »[1] La pharmacie régionale peut réaliser des analyses pour le compte des hôpitaux ou de services militaires mais la présence de laboratoires de bactériologie dans la région laisse penser que ce ne fut pas le cas. Enfin, la pharmacie régionale constitue ses stocks par des achats auprès de fournisseurs, la réquisition est aussi employée et frappe les entreprises allemandes[2] mais aussi les entreprises locales comme l'entreprise tourangelle Ferrandoux qui fabrique des instruments médicaux[3]. Elle peut aussi fabriquer certains médicaments pour répondre à des besoins spécifiques ou par mesure d'économie comme c'est le cas pour certains médicaments employés par le centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région.

L'organisation adoptée concernant l'approvisionnement et la délivrance de médicaments aux hôpitaux et services médicaux de la région ne vise pas toujours à réaliser des économies pour l'État. Chaque trimestre, la pharmacie régionale fournit, à titre remboursable, 20 000 francs de médicaments aux hôpitaux mixtes, auxiliaires[4] et bénévoles. À ces cessions s'ajoutent celles pour le personnel civil des établissements de guerre, environ 250 francs par trimestre à Tours, et celles pour les officiers de la garnison et leur famille, pour un total d'environ 180 francs par trimestre pour Tours[5]. Le député Levasseur tente d'estimer le coût de cette mesure pour le budget de l'État et pour cela il compare le prix de cession des médicaments au prix d'achat dans un commerce de gros en septembre 1918 et obtient le tableau suivant :

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1911), *Règlement…, op. cit.* p. 187 (Article 568).
[2] A.N. C 7521. Circulaire n°133 Ci/7 du 10 juin 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. On saisit ainsi les instruments d'endoscopie urinaire des entreprises allemandes qui ont été mises sous séquestre.
[3] A.D.I&L. 2 P 1068. Contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerre. Dossier individuel concernant FERRANDOUX Paul. La réquisition semble n'avoir portée que sur les productions dont les prix sont imposés par le Service de Santé.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°23 331 2/7 du 4 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Les remboursements sont faits par les délégués régionaux à chaque trimestre. Cette mesure ne concerne pas les infirmeries de gare qui remboursent directement les cessions de médicaments.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Tableau 24. Comparaison des prix de cession et des prix d'achat dans le commerce de différents médicaments ou produits pharmaceutiques[1].

Désignation des médicaments	Prix de la nomenclature		Prix du commerce	Différence de prix (majoration)
	Avant la majoration	Majoré à 30%		
Acide borique	1,3	1,69	3,5	2,1
Alcool à 95	7,8	10,14	12	1,2
Amidon	0,72	0,94	5,25	5,6
Axonge	2,6	3,38	7	2,1
Caféine	130	169	250	1,5
Camphre	3,9	5,07	24	4,7
Crésyl	0,85	1,11	3	2,7
Eau oxygénée	0,91	1,18	2	1,7
Ether [*sic*] éthylique	3,25	4,23	11	2,6
Glycérine	5,2	6,76	15	2,2
Glyzine [*sic*]	20,8	27,04	120	4,4
Huile camphrée	2,6	3,38	9	2,7
Huile d'arachide	1,95	2,54	7,5	3,0
Huile de ricin	1,55	2,02	15	7,4
Lactose	1,95	2,54	16	6,3
Lin (semences)	0,75	0,98	4	4,1
Pommade antiseptique	2,6	3,38	10	3,0
Chlorhydrate de quinine	130	169	300	1,8
Benzoate de soude	39	50,7	100	2,0
Bicarbonate de soude	0,51	0,66	1,8	2,7
Sulfate de soude	0,26	0,34	1	2,9
Soufre en canon	0,32	0,42	1,3	3,1
Sulfate de spatéine [*sic*]	104	135,2	600	4,4
Talc	0,26	0,34	1,25	3,7
Vaseline	2,6	3,38	9	2,7
Vins généreux	1,3	1,69	6,5	3,8

Pour lui la conclusion est sans appel : l'État perd énormément d'argent en cédant des produits à un prix jusqu'à sept fois inférieur au prix d'achat. La nomenclature des produits pharmaceutiques et les montants des prix de cession ne correspondent pas à la réalité des achats et il réclame la modification de ces derniers. Cependant il estime que ces cessions, bien qu'à perte, ont pour unique but de venir en aide aux populations soignées et non de réaliser des profits[2]. Il estime par ailleurs qu'il s'agit d'un supplément à l'allocation journalière versée aux hôpitaux auxiliaires et bénévoles ce qui n'est pas le cas pour les premiers puisque le remboursement se fait en prélevant le montant des cessions sur remboursement des journées d'hospitalisation[3].

Le danger posé par ce système est pourtant tout autre puisqu'en délivrant des médicaments à une valeur inférieure à leur prix réel, le Service de Santé risque de faire naître la suspicion de la population envers les prix pratiqués par les pharmaciens. C'est ce qui inquiète le député Levasseur :

« C'est à cette légende qu'il faudrait couper court. »[4]

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] *Ibidem.*
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°23 331 2/7 du 4 novembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Il propose alors de supprimer le remboursement et de ne délivrer les médicaments que de façon gratuite ce qui empêcherait toute comparaison avec les prix pratiqués par les pharmaciens. Le coût de la dépense serait minime, notamment pour le personnel des établissements militaires et les officiers des garnisons ainsi que leurs familles. Quant aux hôpitaux mixtes, auxiliaires et bénévoles, il prescrit de renforcer les contrôles sur leurs services pharmaceutiques, par exemple en exigeant la justification de leur utilisation selon les règlements militaires[1]. Il prescrit aussi de s'assurer que ces produits pharmaceutiques ne sont donnés qu'à des militaires et assimilés, mesure qui ne passerait pas sans de violentes critiques dans les hôpitaux mixtes. À la fin de l'année 1915, l'hôpital mixte de Tours ne parvient pas à s'approvisionner en alcool pour ses médicaments, il fait alors appel au préfet d'Indre-et-Loire et au Service de Santé pour en obtenir[2]. Après une seconde demande, le médecin-chef des salles militaires fournit au pharmacien de l'hôpital mixte de l'alcool mais précise que celui-ci est uniquement destiné aux militaires. Le pharmacien conteste alors la décision du médecin-chef, les services étant communs, il lui est impossible de faire des préparations uniquement pour les militaires, il évoque aussi une décision « […] peu humaine [...] »[3]. Il se conforme à ces ordres qui ne sont en réalité qu'une mauvaise interprétation du médecin militaire, le directeur régional semblant quelque peu offusqué que la commission administrative ait pu penser qu'il refusait l'emploi de cet alcool pour les civils. Les hôpitaux mixtes, déjà pénalisés par la prise en charge d'un grand nombre de militaires, parfois au détriment du fonctionnement des services civils, refusent le type de mesure prescrite par le député Levasseur.

c) La blanchisserie de la place de Tours.

La quête d'économies dans les soins des soldats se poursuit dans tous les services hospitaliers. Les services généraux n'échappent pas à cette baisse des coûts qui ne s'arrête pas uniquement à la cuisine. La blanchisserie est aussi concernée mais la mutualisation des services semble n'avoir eu lieu qu'à Tours. En novembre 1916, des entreprises ayant passé des marchés avec les hôpitaux militaires demandent leurs résiliations, suite à la hausse des coûts des matières premières comme le charbon et le savon, au manque de personnel et à des difficultés de transport[4]. D'autres entreprises plus importantes refusent les marchés considérant leur durée, trois mois, insuffisante. Le S.S.E.S.S.M. autorise alors la passation de marchés de blanchissage jusqu'à trois mois après la signature de la paix. Cependant tous les hôpitaux ne passent pas de marchés de ce type et certains ont organisé des services

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] A.D.I&L. HDEP 4/L52. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 24 novembre 1915.
[3] *Ibidem.*
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°528 Ci/7 du 25 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

de blanchisserie en leur sein comme à l'hôpital auxiliaire n°2 qui dispose de l'installation du couvent de la Grande Bretèche.

Figure 44. Buanderie de l'hôpital auxiliaire n°2.

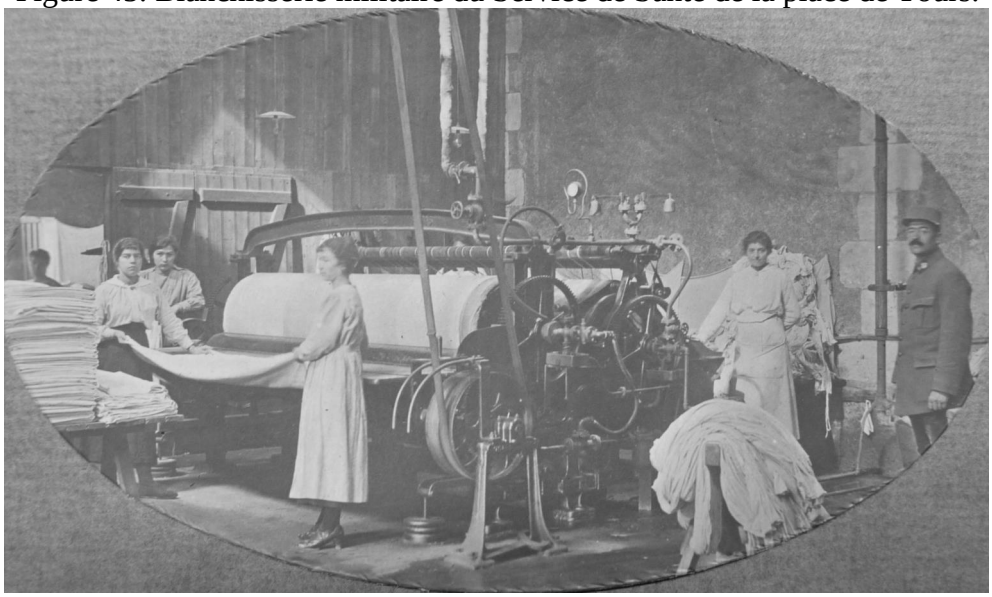
Source : C.D.M.S.S.A. M 2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

C'est dans ce contexte que l'officier d'administration gestionnaire du magasin d'approvisionnent a l'idée de créer une blanchisserie militaire du Service de Santé qui commence à fonctionner le 7 mai 1917. Le coût du blanchissage des hôpitaux de la place de Tours, sans préciser si ceux-ci ne comprennent que les formations militaires, est évalué à 9 600 francs par mois pour 30 000 kilos de linge et de vêtements, soit 0,32 francs le kilo[1]. D'après ses calculs, l'officier d'administration estime pouvoir faire baisser ce coût à 4 000 francs par mois, soit 0,16 francs le kilo. La blanchisserie militaire du Service de Santé de la place de Tours s'installe dans une blanchisserie fermée depuis dix-huit mois située avenue de Grammont à Tours. Le Service de Santé dispose alors d'une bonne installation complétée par l'emploi d'un bateau-lavoir situé sur le Cher. Le personnel employé est majoritairement civil et féminin, un personnel difficile à embaucher notamment pour éviter le vol de marchandises[2]. La voiture servant au transport du linge, son chauffeur et deux hommes sont des militaires provenant des garnisons de la place. Le magasin d'approvisionnement se charge de la comptabilité et un gradé y remplit les fonctions de surveillant général. Face à l'accroissement

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 21 avril 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement et de la blanchisserie militaire du Service de Santé de la 9e région militaire au deuxième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 12 juillet 1917.

de son activité, la blanchisserie déménage dans un local plus vaste et bien équipé situé boulevard Marchant-Duplessis à Tours à la fin de l'année 1917[1].

Figure 45. Blanchisserie militaire du Service de Santé de la place de Tours.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

La blanchisserie militaire du Service de Santé de la place de Tours ne rend pas immédiatement les résultats escomptés mais le gestionnaire du magasin d'approvisionnement considère qu'au deuxième trimestre de l'année 1917, elle a permis « […] de ramener le blanchissage à un taux normal. »[2] D'autre part, il fait la promotion de cette blanchisserie dans les différentes places de la région, initiant un projet similaire à Poitiers dont nous ne pouvons dire s'il a abouti. Les coûts de la main-d'œuvre et des matières premières sont les principales dépenses de la blanchisserie et celles-ci, surtout les secondes, augmentent régulièrement. Ainsi au troisième trimestre de l'année 1917, le coût de la main-d'œuvre augmente de 20 % suite à une augmentation générale des salaires. De même, le savon blanc utilisé par la blanchisserie passe de 150 à 280 francs les 100 kilos[3]. Cependant, la blanchisserie parvient à accroître son bénéfice à chaque trimestre.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement et de la blanchisserie militaire du Service de Santé de la 9e région militaire au troisième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 7 novembre 1917. On prévoit le changement de local, n'ayant pas retrouvé le rapport du quatrième trimestre de l'année 1917 et le rapport du premier trimestre de l'année 1918, nous supposons que le déménagement a eu lieu à la fin de l'année 1917.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement et de la blanchisserie militaire du Service de Santé de la 9e région militaire au deuxième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 12 juillet 1917.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport historique et statistique sur l'organisation du magasin d'approvisionnement et de la blanchisserie militaire du Service de Santé de la 9e région militaire au troisième trimestre 1917 par l'officier d'administration de 3e classe de Luze et daté du 7 novembre 1917.

Tableau 25. Évolution du bénéfice réalisé par la blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours[1].

Trimestre	2e Trimestre 1917	3e Trimestre 1917	4e Trimestre 1917	1er Trimestre 1918	2e Trimestre 1918	3e Trimestre 1918
Bénéfice	8253,55	13348,03		18002,72	26009,59	37364,48

Outre les hôpitaux complémentaires de la place de Tours et de ses environs, elle étend aussi sa « clientèle » aux hôpitaux auxiliaires et bénévoles ainsi qu'à l'hôpital américain qui s'installe en lieu et place de l'hôpital complémentaire n°3 au début de l'année 1918[2].

Le financement du système hospitalier est une question aussi importante que sa spécialisation car sans une maîtrise des coûts et une collecte constante de ressources financières, il ne peut fonctionner, du moins pas avec autant de formations sanitaires. Le défi que représente ce financement pour les formations sanitaires et surtout leurs gestionnaires, fait naître une multitude d'initiatives visant à diminuer les coûts de l'hospitalisation des soldats, faisant parfois participer ces derniers. Le savoir-faire d'avant-guerre est mis à profit et s'exprime pour les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge dans la collecte de dons. Le Service de Santé n'est pas indifférent à ces initiatives, qu'il encourage et parfois initie, même si certains attendent plus de lui et surtout un plus grand soutien financier. L'argent est le nerf de la guerre mais il peut paraître étonnant que le Service de Santé soit quelque peu « sacrifié » par rapport à l'industrie de l'armement alors que sa mission est des plus importantes pour l'armée et surtout pour la population qui continue d'apporter son aide aux soins des soldats. Tant bien que mal, les différents acteurs de l'hospitalisation des soldats dans la 9e région ont su gagner cette bataille financière en limitant les conséquences de l'inflation sur le coût de l'hospitalisation. Cependant, les répercussions financières de la guerre sur ces acteurs, notamment les comités des sociétés de la Croix-Rouge et les hôpitaux mixtes, ne manqueront pas d'influencer leur fonctionnement après le conflit.

[1] Ce bénéfice est réalisé en comparant les coûts de fonctionnement de la blanchisserie aux prix pratiqués dans le commerce. Cependant, la blanchisserie ne prend pas en compte la solde des militaires qui y sont affectés. Le tableau a été réalisé à partir des rapports de l'officier gestionnaire du magasin d'approvisionnement et du rapport de la mission Levasseur.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Chapitre 10 : Un système hospitalier modelé en fonction des besoins.

Le système hospitalier de la 9e région est le support de l'organisation médicale dont il se doit de répondre aux besoins tout en s'adaptant à la situation médicale générale. L'accroissement de ce système répond, au début de la guerre, à un besoin quantitatif : le Service de Santé doit faire face au nombre d'évacués du front. Le Service de Santé sort « traumatisé » du début de la guerre et alors que la spécialisation du système hospitalier se fait toujours plus grande, on peut se demander jusqu'à quand il doit posséder toujours plus de lits. D'autre part, le Service de Santé sait qu'il doit composer avec les besoins des autres acteurs de l'hospitalisation des soldats et plus généralement avec les acteurs de la vie politique, économique et sociale de la région. Leurs besoins ne s'accordent pas forcément avec ceux du Service de Santé à l'exemple des mairies et de l'Instruction Publique qui ont très rapidement montré leur mécontentement face à l'utilisation prolongée des locaux scolaires. D'autres contraintes s'ajoutent peu à peu. L'augmentation des coûts de l'hospitalisation des soldats ne manque pas d'influer sur la volonté des organismes les plus dévoués à soigner les soldats et ainsi de mener à la fermeture de formations sanitaires. De plus, certaines risquent de devenir inutiles avec la baisse des évacuations sur la région. Quant à l'arrivée du Service de Santé américain, son homologue français doit lui faire de la place. Ces contraintes se poursuivent et pour certaines s'amplifient lors de la démobilisation. Soumis à tous ces facteurs, le Service de Santé doit garder un cap, conserver une organisation de base suffisante pour répondre à tous ses besoins quitte à négocier à la marge et faire des concessions si la situation le permet en espérant ne pas revivre l'entrée en guerre. On peut se demander comment le Service de Santé parvient à concilier tous ces facteurs et s'il est réellement le maître du système hospitalier de la 9e région.

A) Les années 1915-1916 : un système en pleine mutation.

L'entrée en guerre du Service de Santé a dévoilé l'erreur des prévisions d'avant-guerre ainsi que les insuffisances qualitatives des soins et quantitatives du système hospitalier de la région. L'accroissement de ce dernier durant cette première période de la guerre s'est fait pour répondre aux besoins nés des évacuations massives sur l'intérieur. Durant la période de février 1915 à décembre 1916, le Service de Santé le poursuit par peur de manquer de lits et pour accompagner le développement des spécialités médicales. Le système hospitalier est donc en expansion et en mutation pour répondre à ses missions dont les caractéristiques tendent à changer avec la montée en puissance

du Service de Santé de l'avant. En outre, le système hospitalier de la région commence à s'ancrer dans le temps long, bien que Joffre pense pouvoir remporter la guerre en 1915, le Service de Santé doit arrêter le provisoire et mettre en place des solutions pérennes aux problèmes qui ont émergé au début du conflit. Quitte pour cela à faire quelques concessions et procéder à des restitutions.

1) Les dernières extensions du système hospitalier.

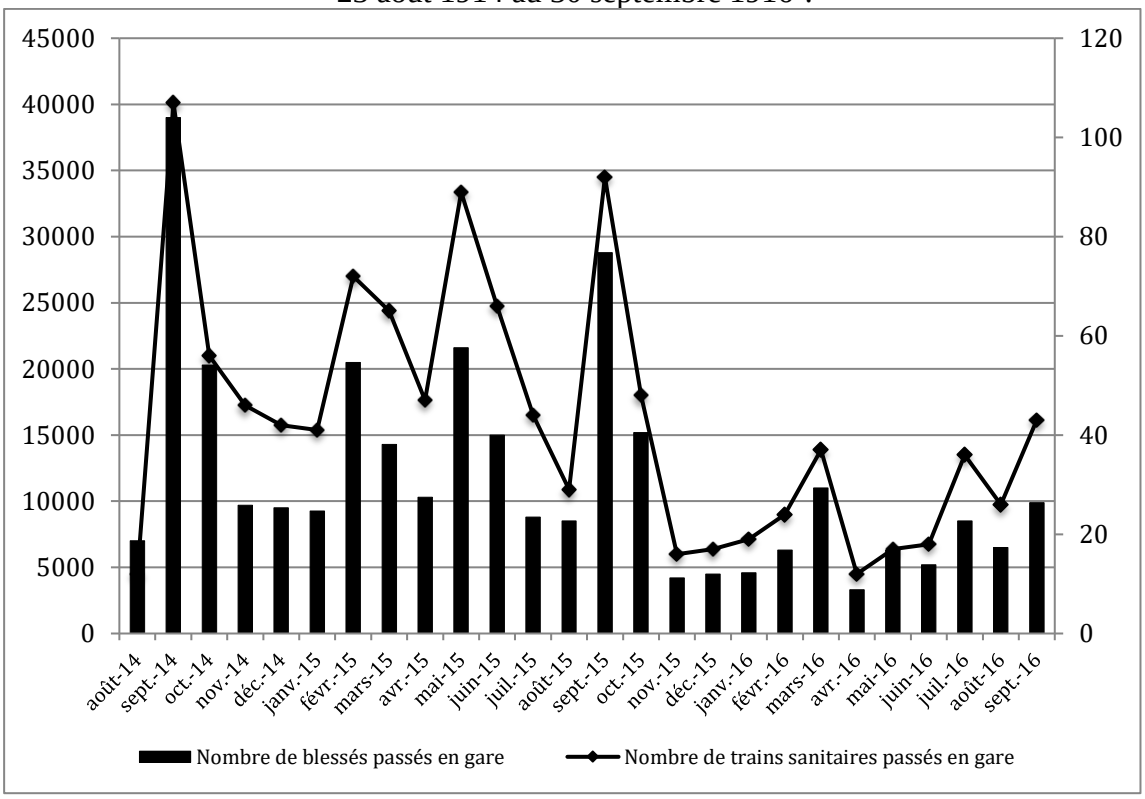
Tandis qu'il aborde le développement des spécialités médicales, le Service de Santé de la 9e région poursuit l'expansion du système hospitalier en faisant appel aux mêmes recettes qu'au début de la guerre. Craignant de manquer de lits, « traumatisé » par l'entrée en guerre, le Service de Santé de la région continue dans cette voie, mais cette stratégie touche à sa fin avec le changement de doctrine privilégiant le Service de Santé de l'avant couplé à la baisse du nombre de blessés et de malades.

a) La baisse des évacuations sur la 9e région.

L'extension du système hospitalier de la région durant cette période, malgré les fermetures de formations sanitaires, est faite en accompagnant le développement des spécialités médicales et alors que s'amorce une baisse des évacuations sur la région. Celle-ci fait suite à la diminution du nombre de blessés sur le front, malgré une année 1915 meurtrière, et surtout au renversement de la conception de la médecine de guerre qui fait du Service de Santé de l'avant le principal acteur des soins des soldats. Cette amélioration des soins à l'avant se traduit notamment par celle du triage des malades et des blessés, lui aussi beaucoup abordé par les sociétés scientifiques[1], complétée par celle des moyens d'évacuations[2]. À la gare de répartition de Saint-Pierre-des-Corps, l'activité diminue même si les batailles apportent, temporairement, un surcroît d'activité.

[1] HEITZ-BOYER, M. « De l'évacuation et de la répartition des blessés. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/3, p. 1671-1700.
[2] LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques, (2008), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 239.

Figure 46. Nombre de blessés et de trains sanitaires passés par la gare de Saint-Pierre-des-Corps du 23 août 1914 au 30 septembre 1916[1].



L'infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse, située sur la ligne Orléans-Châteauroux-Limoges, connaît elle aussi une hausse de son activité suite aux batailles comme la deuxième offensive de Champagne (25 septembre – 6 octobre 1915) où 14 130 blessés ont été ravitaillés en six jours[2]. Le précédent graphique s'achève en septembre 1916 mais on peut estimer que l'année 1917, malgré l'offensive du Chemin des Dames, connaît une activité inférieure. Concernant l'année 1918, il est très probable que le nombre de trains sanitaires et de blessés passés en gare de Saint-Pierre-des-Corps soit dans des proportions similaires voire supérieures à celles de 1916 du fait de la transformation de la 9e région en région d'évacuation.

Critiqué sur les évacuations sanitaires au début de la guerre, le Service de Santé met à profit la période de stabilisation du front, malgré une année 1915 particulièrement active pour lui, pour les améliorer. Ce mouvement concerne aussi les régions de l'intérieur. Dans un premier temps, la 7e Direction ordonne aux directions régionales de fournir un compte exact du nombre de lits disponibles pour les soldats évacués du front[3], indispensable au bon déroulement des évacuations. En outre, elle souhaite accélérer les rotations des trains sanitaires, ce qui se comprend dans un contexte où le nombre d'évacuations est important avec des moyens encore limités, et pour ce faire, ordonne d'accélérer les

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse d'auteur et de date inconnus.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°9 616 C/7 du 18 mars 1915 du directeur de la 7e Direction.

désinfections des trains sanitaires et la reconstitution de leur matériel[1]. Ces mesures sont rappelées durant tout le conflit. Quant à l'organisation des évacuations et de la répartition des soldats, la 7e Direction fait diffuser le 15 mai 1915 une instruction pour rappeler les règles visant à les assurer dans « […] les meilleures conditions possibles [...] »[2]. On ordonne par exemple d'évacuer les malades et les blessés sur les hôpitaux les plus aptes à les soigner, de diminuer au maximum la durée de l'évacuation et de prendre en compte les spécificités du réseau ferré en termes de voie et d'importance des gares pour ces opérations[3]. Au chargement du train, les soldats sont regroupés par type de maladie ou de blessure ainsi que par leur gravité. En outre, les blessés légers et les malades sont regroupés par nationalité[4]. Prévenu de la composition du train sanitaire, le médecin chef de la répartition l'organise en fonction des ressources de sa région, répartition qu'il fait connaître au médecin chef du train sanitaire à son arrivée. Cette instruction est remplacée le 15 décembre 1916 par l'*Instruction provisoire sur les Évacuations par voie ferrée des Malades et Blessés des Armées sur la Zone de l'Intérieur*[5]. Plus complète, elle précise les règles concernant l'alimentation durant l'évacuation, le nettoyage des trains sanitaires ou le rôle du personnel. Elle introduit également une nomenclature des spécialités médicales permettant de mieux classer les évacués. Le 20 décembre 1916, le S.S.E.S.S.M. se dote d'une section des évacuations afin de mieux les superviser[6]. En outre, on ordonne aux directeurs régionaux de fournir quotidiennement le nombre de lits réservés au fonctionnement régional et celui réservés aux évacuations des armées, selon les spécialités, afin d'améliorer les évacuations.

Les infirmeries de gare de la région connaissent quelques évolutions de leurs missions durant le conflit mais qui ne modifient guère leur fonctionnement. L'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps ne doit initialement distribuer que les repas légers. Elle est chargée du ravitaillement des trains sanitaires au début du mois de novembre 1914 et intègre alors une initiative privée créée en septembre

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°10 267 C/7 du 23 mars 1915 du directeur de la 7e Direction. Il s'agit d'une instruction sur le nettoyage et la désinfection des trains sanitaires. Ces procédures ont notamment été faites en gare de Tours. C 7689. Dépêche n°11 763 C/7 du 4 avril 1915 du directeur de la 7e Direction. La 7e Direction fait état de retards dans la restitution du matériel, principalement des brancards, aux trains sanitaires. Le manque de brancards provoque le transbordement de blessés de brancard à brancard, ce qui doit être d'évité.

[2] A.N. C 7689. « *Instruction sur le groupement des blessés dans les trains sanitaires et leur répartition dans les zones d'hospitalisation* » du 15 mai 1915 du directeur de la 7e Direction.

[3] *Ibidem.* Il est rappelé que certaines gares ne peuvent accueillir entièrement tout un train sanitaire et que parfois il n'y a pas de service de nuit, il faut alors avertir la gare à l'avance. On ordonne aussi de faire en sorte que le débarquement des soldats ne gêne pas la circulation.

[4] *Ibid.* Les blessés graves ayant besoin de soins chirurgicaux difficiles sont munis d'une fiche rouge, ceux ayant une blessure sérieuse mais sans nécessiter ce type de soin ont une fiche bleue, les blessés relevant d'une spécialité autre que la chirurgie ont une fiche jaune et les blessés légers ont une fiche blanche.

[5] A.N. C 7690. « *Instruction provisoire sur les Évacuations par voie ferrée des Malades et Blessés des Armées sur la Zone de l'Intérieur* » du 15 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[6] A.N. C 7690. Circulaire n°369 Ci/7 du 20 décembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

et qui fournissait des repas aux évacués[1]. Jusqu'au 30 septembre 1916, elle a fourni des repas à 191 446 évacués et en a hospitalisé 6 929. L'infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse ravitaille du 24 août 1914 au 1er octobre 1916, 564 trains sanitaires soit 103 046 évacués[2].

Figure 47. Infirmerie de gare de la S.S.B.M. de Saint-Pierre-des-Corps.

Source : C.D.M.S.S.A. M 1 9e RM 24 918 à 24 990 3 PH 107 n°3. Date et auteur inconnus.

À la demande des réseaux de chemins de fer, les locaux utilisés par les infirmeries de gare sont réduits à la fin du mois de mars 1916, la capacité hospitalière est alors abaissée de dix à cinq lits[3]. Enfin en août 1918, c'est la composition des repas, leurs distributions et leurs coûts qui sont modifiés[4]. Ces modifications ne mettent pas fin aux erreurs du début du conflit. Ainsi, des transbordements de blessés pourtant interdits sont signalés, comme à Saumur le 30 juillet 1915[5], des soldats sont évacués sur la 9e région sans leur fiche d'évacuation[6] et des trains sanitaires sont arrivés dans les gares de la région sans avoir été annoncés[7].

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse d'auteur et de date inconnus.

[3] A.N. C 7521. Circulaire n°52 Ci/7 du 27 mars 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] A.N. C 7521. Circulaire n°774 Ci/7 du 8 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 573. Note de service datée du 20 août 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région au général commandant la région. Le médecin-chef de la place de Saumur est accusé d'avoir fait transborder, malgré l'interdiction, vingt-deux blessés couchés pour conserver les brancards. Lettre du médecin major de 1ère classe Ledé, médecin-chef de la place de Saumur au directeur du Service de Santé de la 9e région. Le médecin-chef déclare ne jamais avoir eu connaissance de cette interdiction datée du 9 juillet 1915 et explique son action par la « pression » des formations de la place qui prêtent les brancards et exigent de les récupérer. Nous ignorons s'il a été sanctionné mais le directeur régional ne semble pas aller dans cette direction.

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 573. Dépêche n°29 151 C/7 du 8 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur régional du Service de Santé de la 9e région. Il ordonne une enquête sur des soldats qui ont été évacués sur Tours sans leur pochette-fiche réglementaire.

[7] C.D.M.S.S.A. Carton 573. Copie d'une dépêche du 12 juin 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au Général Commandant en Chef. Le directeur du Service de Santé de la 9e région s'est plaint de l'arrivée de deux trains sanitaires en gare de Saint-Pierre-des-Corps sans avoir été annoncés.

b) Les derniers accroissements du système.

Les importantes évacuations de malades et de blessés en 1915 poussent le Service de Santé à accroître ses capacités hospitalières à l'intérieur et la direction centrale veille régulièrement à connaître l'état des formations sanitaires de chaque région. La situation semble particulièrement critique à la fin du mois de mai 1915 :

> « En effet, les évènements de guerre imposent l'obligation de réaliser, dans le plus bref délai, un notable accroissement des ressources hospitalières constituées dans l'intérieur du territoire, à l'usage des malades et blessés provenant des armées.
>
> Certaines Régions ne disposent plus, depuis longtemps, que d'un nombre tout à fait insuffisant de lits vacants et, dans plusieurs autres, les évacuations du front effectuées récemment, ont suffi à combles la presque totalité des places disponibles. »[1]

Ces insuffisances ont provoqué plusieurs changements des zones d'hospitalisations affectées à chaque gare régulatrice des armées en très peu de temps, entrainant des « […] évacuations en tout sens [...] »[2]. Le Service de Santé préconise alors d'utiliser les hôtels mais surtout les locaux scolaires publics et privés pour créer de nouvelles formations, quitte à reprendre les locaux récemment restitués. Bien qu'il ordonne de sauvegarder autant que possible la scolarité des élèves et de ne pas favoriser l'enseignement privé, cette action ne fait qu'accroître les difficultés de l'enseignement. Le Service de Santé obtient la collaboration de l'Instruction Publique dont le ministre fait parvenir une circulaire à ce sujet aux recteurs qui leur enjoint de trouver des locaux tout en sauvegardant l'intérêt des élèves. Par ailleurs, le ministre prescrit d'utiliser en premier les locaux de l'enseignement privé qui ont jusqu'alors évité les réquisitions[3]. Cette situation se renouvelle en octobre, le Service de Santé craint alors une augmentation des évacuations liées aux opérations militaires et à l'arrivée de l'hiver et de son lot de maladies épidémiques[4]. Cette anticipation ne débouche pas sur d'importantes créations, le mois d'octobre 1915 semble être la dernière fois où le Service de Santé pousse à accroître son système hospitalier à l'intérieur.

Concernant la période de février 1915 à décembre 1916, soixante nouvelles structures, dont un laboratoire de bactériologie[5], apparaissent dans le système hospitalier de la 9e région, soit un peu plus de la moitié du nombre de celles ouvertes en septembre 1914. Et parmi ces structures, la moitié est ouverte de février à juillet 1915[6]. Cependant, il ne s'agit pas toujours de formations nouvelles et l'on peut parler de mutation pour une partie d'entre elles qui soit changent de nom, et donc de type,

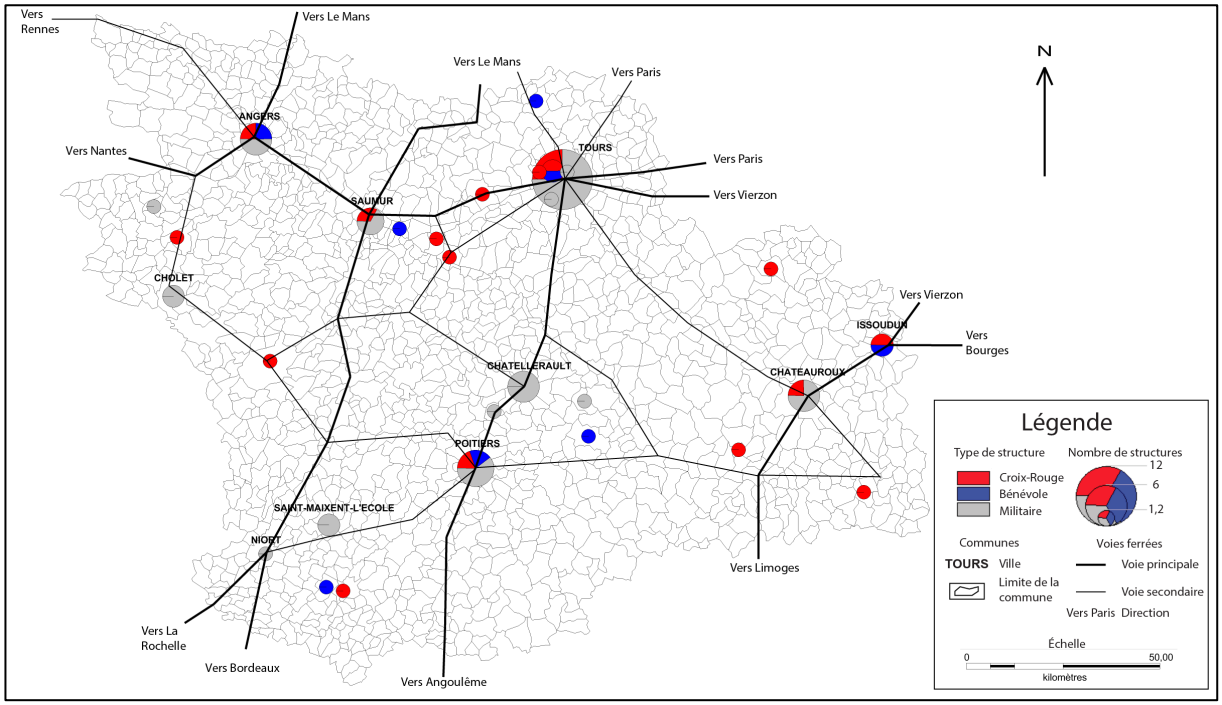
---

[1] A.N. C 7689. Circulaire n°18 422 C/7 du 25 mai 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] *Ibidem.*
[3] A.N. C 7689. Circulaire du 17 mai 1915 du ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts.
[4] A.N. C 7690. Circulaire du 19 octobre 1915 des ministres de l'Intérieur, de l'Instruction Publique et du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] Il s'agit de celui de Poitiers.
[6] Il convient de rappeler que l'étude ne porte que sur les structures dont nous connaissons avec certitude le mois d'ouverture. Sur 546 structures recensées, nous ne connaissons pas la date d'ouverture pour 163 d'entre elles. Ces chiffres peuvent modifier la distribution statistique et donc ne sont que des indications.

soit déménagent, impliquant une mutation d'une partie du système hospitalier. L'hôpital auxiliaire n°201 qui ouvre en juin 1915, et qui constitue la seule formation de l'A.D.F. dans la région, est une ancienne annexe de l'hôpital auxiliaire n°12, *idem* pour l'hôpital auxiliaire n°5 qui ouvre au mois de janvier 1916 et était une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2. D'autres formations déménagent, parfois pour libérer des locaux scolaires comme l'hôpital complémentaire n°5 qui quitte le lycée de filles de Niort pour s'installer à Joué-lès-Tours en août 1916. Certaines formations sont fusionnées comme les hôpitaux complémentaires n°1, n°25 et n°29 qui forment l'hôpital complémentaire n°25 en septembre 1916 à l'asile d'aliénés de Bitray près de Châteauroux. De nouvelles formations sont tout de même créées accompagnant le développement des spécialités médicales, comme le dépôt de physiothérapie de la caserne Baraguey d'Hilliers à Tours en août 1916, ou de structures spécialisées telles les hôpitaux dépôts de convalescents à l'exemple de celui de Tours. Cependant même dans ce cas, le Service de Santé reconvertit parfois d'anciennes formations.

Les créations et mutations de structures durant cette période conduisent à renforcer le système hospitalier initial de la 9e région en se basant sur les pôles qui le composent.

Figure 48. Emplacement des structures créées, selon l'organisme qui en est à l'origine, du mois de février 1915 au mois de décembre 1916.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Tours et sa région sont les principales zones concernées par ces mutations et créations, ce qui s'explique notamment par la création des centres et services spécialisés qui nécessitent parfois de nouveaux locaux pour leur fonctionnement.

Tableau 26. Type de bâtiment employé selon l'organisme à l'origine de la structure créée de février 1915 à décembre 1916.

	Type d'organisme			Total
Type de bâtiment	**Croix-Rouge**	**Œuvre bénévole**	**Service de Santé**	
École	6	2	11	19
Privé	2	3	7	12
Soin	6	1	3	10
Militaire			7	7
Indéterminé	4		2	6
Public	1		2	3
Religieux		2	1	3
Total	19	8	33	60

Pour réaliser cette mutation et accompagner l'installation des centres et services spécialisés, les locaux scolaires ont de nouveau été grandement mis à contribution[1], à l'exemple des hôpitaux complémentaires n°51, n°52 et n°53 qui ouvrent leurs portes en juin 1915 pour les deux premiers et en août 1915 pour le dernier. Ils sont installés respectivement dans les groupes scolaires des places Rabelais, Velpeau et de la Liberté à Tours. Cette utilisation ne se fait pas sans provoquer les critiques de la population, du corps enseignant et des autorités civiles[2]. Ces mutations et créations concernent principalement les structures militaires (Service de Santé et l'État) ce qui s'explique par la création et le développement des centres et services spécialisés situées principalement dans des formations militaires. Concernant les sociétés de la Croix-Rouge, les structures concernées sont essentiellement des annexes, seize sur les dix-neuf structures, montrant qu'elles ont atteint leurs limites dans la création de nouvelles structures. Enfin, les structures bénévoles sont quasiment absentes de ce mouvement. Il convient toutefois de signaler que l'O.A.C.M. ouvre la formation de la Villa Sainte-Marie (à Saint-Cyr-sur-Loire près de Tours) en mai 1915.

c) L'accroissement des capacités hospitalières des formations existantes.

L'accroissement des capacités hospitalières des formations déjà existantes est l'autre mesure permettant d'augmenter les capacités d'hospitalisation de la 9e région, déjà employée au début du conflit. Le Service de Santé ordonne de nouveau d'utiliser cette méthode au mois d'avril 1915. Les directeurs régionaux sont alors tenus d'employer tous les moyens prévus par l'instruction du 21 mai 1913 (achat, prêt, réquisition, location, etc.) et de rendre compte[3]. Cette recherche doit aussi permettre de restituer les lits prêtés par l'Intendance ou les corps de troupe ainsi que d'aider les régions qui ne

[1] Le nombre de structures dont nous ne connaissons pas l'origine peut modifier la répartition statistique surtout entre le nombre de bâtiments publics et privés mais cela ne modifie pas le rôle prépondérant des locaux scolaires.
[2] Ce point est traité dans de ce chapitre, p. 564.
[3] A.N. C 7689. Dépêche n°13 949 C/7 du 22 avril 1915 du directeur de la 7e Direction. Elle fait suite à la dépêche n°12 475 C/7 du 9 avril 1915 du directeur de la 7e Direction relative à l'augmentation du nombre de lits dans les hôpitaux que nous n'avons pas retrouvée.

trouveraient pas les ressources nécessaires. Cette mesure est de nouveau encouragée le 25 mai et le 19 octobre 1915. L'augmentation du nombre de lits dans les formations sanitaires couplée à la création de formations permet d'accroître les capacités du système hospitalier de la 9e région mais dans ce cas, comme dans celui du maillage hospitalier, le « gros » de l'effort a été fait en 1914.

Tableau 27. Évolution du nombre de lits hospitaliers dans la 9e région[1].

Date	20/08/1914	31/12/1914	31/12/1915	31/12/1916	31/12/1917	01/09/1918
Nombre de lits	9593	21393	22936	23845	17077	16827

Un gain de lits a été fait entre 1914 et 1915, puis entre 1915 et 1916, cependant nous ne pouvons clairement montrer la part de création de nouvelles formations et celle de l'augmentation du nombre de lits dans celui-ci par absence d'archives à ce sujet.

La rareté des archives abordant un décompte du nombre de lits des formations sanitaires à des dates précises ne permet pas de rendre compte globalement des augmentations successives, ou des suppressions de lits. Les hôpitaux complémentaires et leurs annexes, ainsi que les hôpitaux bénévoles se plient à ces ordres. L'hôpital complémentaire n°9 à Parthenay comprend 316 lits en 1915 et 1916 contre 193 à son ouverture[2]. L'hôpital complémentaire n°4 à Niort possède 280 lits à son ouverture ; au 15 février 1916, il en compte 362[3]. La notice de cet hôpital montre une augmentation plus impressionnante, puisque l'hôpital aurait ouvert ses portes avec 360 lits et en compterait en 1915, 536 répartis dans le lycée Fontanes où il a été installé[4]. Ces augmentations posent la question du respect des règles d'hygiène qui semblent avoir été assurées et du suivi et de la surveillance médicale d'un grand nombre d'hospitalisés qui laisse parfois à désirer. Ces augmentations semblent être destinées aux malades et blessés légers ne nécessitant que peu de soins, les hôpitaux devenant par certains aspects, des dortoirs.

Les hôpitaux des sociétés de la Croix-Rouge sont aussi mis à contribution en 1915, le Service de Santé soutenant la création de nouveaux lits par la mise en place de l'allocation de 250 francs pour tout nouveau lit créé après le 25 mars 1915[5]. Un soutien financier qui est suspendu le 15 août 1916 :

> « Les motifs qui avaient fait adopter ces mesures (nécessité de réaliser à bref délai un accroissement considérable des ressources hospitalières) n'existant plus à l'heure actuelle, du moins avec le même caractère d'urgence, il m'a paru qu'il y avait lieu de suspendre l'application des dispositions dont il s'agit. »[6]

Les capacités hospitalières des régions sont alors jugées suffisantes au regard des besoins, mais la subvention ne disparaît pas totalement car des demandes peuvent être adressées directement au

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 513. État sommaire des archives versées par l'hôpital complémentaire n°9 par le directeur du Service de Santé de la 9e région militaire daté du 12 novembre 1921.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 513. État sommaire des archives versées par l'hôpital complémentaire n°4 par le directeur du Service de Santé de la 9e région militaire, non daté.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital complémentaire n°4 d'auteur et de date inconnus.
[5] A.N. C 7689. Circulaire n°7 835 2/7 du 11 mai 1915 du directeur de la 7e Direction.
[6] A.N. C 7521. Circulaire n°190 Ci/7 du 15 aout 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

S.S.E.S.S.M. Cependant l'indemnité donnée est calculée au cas par cas. Ces incitations se traduisent aussi par des hausses, là aussi difficiles à dater, comme à l'hôpital auxiliaire n°16 de Loches qui compte trente lits à son ouverture et atteint ensuite un maximum de 150 lits au sein de l'école normale d'institutrices[1]. Ces hausses sont parfois critiquées par les comités en charge des hôpitaux comme pour celui de l'U.F.F. d'Angers qui dénonce le surcoût engendré par l'augmentation du nombre de lits de l'hôpital auxiliaire n°102, par ailleurs jamais totalement occupés, menaçant les finances du comité.

Les hôpitaux mixtes sont aussi concernés par cette augmentation du nombre de lits mis à la disposition du Service de Santé. Ces demandes du Service de Santé ne sont pas toujours bien accueillies par les commissions administratives d'autant qu'elles interviennent dans un contexte assez tendu suite aux réclamations de ces dernières pour une meilleure indemnité journalière. À l'hospice général de Tours, les demandes de lits supplémentaires servent de moyen de pression pour la commission administrative mais échouent car l'augmentation n'est obtenue que le 11 octobre 1916 alors que le Service de Santé dispose déjà de lits supplémentaires.

2) Une utilisation des locaux sous tensions.

L'occupation des locaux et l'installation des formations sanitaires s'étant parfois faites dans l'urgence pour accroître le système hospitalier, le Service de Santé profite de la stabilisation du front et du système hospitalier pour régler les difficultés concernant leur occupation. Celles-ci sont dues tant à l'urgence du début de la guerre qui conduit à l'accroissement effréné du système qu'à l'utilisation prolongée de locaux indispensables au fonctionnement d'autres services ou de la vie économique. L'hospitalisation des soldats doit concilier plusieurs intérêts. Le Service de Santé peut-il encore faire prévaloir les siens et pour combien de temps ?

a) Régulariser l'utilisation des locaux.

L'accroissement du système hospitalier au début de la guerre s'est fait dans la précipitation afin de parer l'urgence de la situation. La stabilisation du front permet alors au Service de Santé de régulariser l'utilisation des locaux employés pour la création des formations sanitaires durant cette période et de poser les bases de l'emploi des locaux par de futures formations. Cette régularisation est d'autant plus nécessaire qu'elle est réclamée par les propriétaires des locaux, comme les acteurs économiques que sont les hôteliers :

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 513. État des archives versées par l'hôpital auxiliaire n°16 d'auteur et de date inconnus.

> « Mon département se trouve saisi de demandes de plus en plus pressantes formulées par des hôteliers dont les établissements ont été réquisitionnés pour l'organisation d'hôpitaux complémentaires et tendant à obtenir le paiement d'acomptes sur les sommes qui leur seront allouées pour l'occupation de leurs établissements et l'usage de leur matériel.
>
> La prolongation des hostilités rend particulièrement difficile la situation de certains de ces prestataires qui ne peuvent faire face aux dépenses qui leur incombent. Il importe que l'autorité militaire leur en donne les moyens et qu'elle leur fournisse, tout au moins, la possibilité de vivre. »[1]

Le Service de Santé ordonne alors le paiement d'acomptes dont il définit le calcul par cette circulaire. Il ordonne ainsi de prendre comme base d'indemnité journalière celle versée aux hôpitaux mixtes de la région. C'est donc une solution temporaire qui est mise en place pour le moment mais indispensable pour ces hôteliers. Le Service de Santé veille alors à son application et pour des raisons budgétaires, à bien connaître les sommes dépensées[2].

Le Service de Santé cherche à mettre en place des solutions plus durables, et si possible moins onéreuses, concernant l'utilisation des locaux pour ses hôpitaux complémentaires. Les situations doivent être rapidement régularisées, soit en appliquant le régime de la réquisition soit, et c'est la solution privilégiée, par la signature d'une convention entre le Service de Santé et le propriétaire ou le locataire du local. Après un an de conflit, le S.S.E.S.S.M. adresse aux commandant des régions une circulaire faisant le point sur la situation hospitalière, alors satisfaisante, demandant l'arrêt des réquisitions et envisageant la restitution de locaux, dont des hôtels et des écoles[3]. Elle règle les futures réquisitions et pour celles en cours, elle encourage fortement la passation de conventions à l'amiable dont un modèle est joint. Là encore, le Service de Santé suit l'application de ces mesures pour des raisons budgétaires[4] et étend ses investigations aux hôpitaux auxiliaires. En effet, il cherche à savoir combien de locaux ont été réquisitionnés par le Service de Santé pour l'installation de ces formations et si ces dernières, de manière générale, ont passé des accords concernant le paiement d'une indemnité pour l'occupation du local[5]. Prenant acte de divergences concernant les indemnités versées mais surtout pour garantir les intérêts de l'État et des particuliers et faire que les conventions soient « […] autant que possible, inattaquables en droit [...] »[6], le Service de Santé fait diffuser de nouvelles conventions-types[7]. Ces modèles sont par la suite modifiés[8] et concernant les objets mobiliers, le

---

[1] A.N. C 7689. Dépêche n°11 172 2/7 du 23 juin 1915 du directeur de la 7e Direction.
[2] A.N. C 7690. Dépêche n°20 256 2/7 du 28 septembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°29 176 C/7 du 14 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Dépêche n°2 356 3/7 du 4 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Il réclame ainsi le montant des sommes acquittées jusqu'au 15 novembre 1915 dans le cadre du versement d'acomptes et le nombre de conventions amiables signées.
[5] A.N. C 7690. Dépêche n°2 458 3/7 du 6 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7690. Dépêche n°3 250 3/7 du 21 décembre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] Le premier cas concerne les conventions à passer à la fois avec le propriétaire et le locataire, le second avec le propriétaire d'un local non meublé et le troisième avec le locataire seul. Dans ce dernier cas, il faut préciser pourquoi il n'a pas été possible de signer une convention avec le propriétaire.
[8] A.N. C 7521. Circulaire n°186 Ci/7 du 10 août 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Service de Santé encourage là aussi le régime de convention à l'amiable. Entrant dans un conflit dont il ne peut estimer la fin, le Service de Santé régularise l'occupation des locaux et l'utilisation du matériel et quitte ainsi le provisoire.

b) Soigner les soldats ou éduquer les enfants, le problème de l'utilisation des locaux scolaires.

La mise en place du système hospitalier dans la 9e région et son développement se sont faits en utilisant largement les locaux scolaires de la région pénalisant ainsi l'éducation des enfants. Dans la circulaire du 14 août 1915 précédemment citée, le Service de Santé reconnaît « […] que la réquisition des Etablissement d'Instruction [*sic*] occasionnait aux familles les plus grandes difficultés pour faire élever leurs enfants [...] »[1]. Ce « sacrifice » demandé aux familles est accepté par elles et les autorités civiles tant qu'il reste temporaire. Cependant très rapidement des critiques sont apparues, pointant notamment l'enseignement privé qui souffrirait moins des réquisitions que l'enseignement public. La poursuite de la guerre et l'utilisation de locaux scolaires supplémentaires malgré quelques restitutions d'écoles, mettent à mal cet accord tacite.

La première inquiétude des autorités civiles est de reloger les classes et pour cela tous les moyens sont utilisés dont celui consistant à installer des classes supplémentaires dans les écoles qui ne sont pas utilisées par les services de l'armée ou dans des locaux publics. C'est une question vitale pour les écoles publiques qui craignent la concurrence de l'enseignement privé dont les locaux sont moins utilisés par le Service de Santé parce que ceux-ci ne permettraient pas la création de formations sanitaires importantes[2]. Ainsi, lors d'une réunion le 9 mai 1916, les professeurs du lycée de jeunes filles de Tours évoquent ces élèves qui quittent l'établissement pour des écoles privées car les nouveaux locaux remplaçant ceux utilisés par l'hôpital complémentaire n°26 sont trop éloignés du centre-ville[3]. Les enseignants et les directeurs des écoles font tout pour poursuivre leur mission en ces temps difficiles. À La Ménitré où l'une des salles de classe de l'école est utilisée par un hôpital au début de la guerre, la directrice accueille les élèves de cette classe dans sa salle à manger, la cantine commune aux écoles publiques de la ville dans sa cuisine et loge aussi une institutrice chez elle[4].

L'inquiétude des autorités civiles se focalise sur les internats dont l'utilisation par le Service de Santé pénalise les élèves, surtout ceux appartenant aux familles les moins favorisées qui risquent d'arrêter leurs études, leurs familles ne pouvant financièrement les mettre en pension chez des

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°29 176 C/7 du 14 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.D.I&L. 8 R 36. Procès-verbal de la réunion du 25 octobre 1915 de la Commission départementale instituée par la circulaire du 19 octobre 1915.
[3] A.D.I&L. T 1140. Procès-verbal de la réunion du 9 mai 1916 des professeurs du lycée de jeunes filles de Tours.
[4] A.D.M&L. 1 R 5/5. Lettre datée du 30 août 1915 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire au préfet de Maine-et-Loire. Ceci est probablement facilité par un nombre peu élevé d'élèves.

particuliers[1]. Dans toute la 9e région, le personnel des écoles publiques ayant des internats occupés par le Service de Santé et les autorités municipales font des projets d'internats provisoires pour pallier ce problème. L'économe du lycée de jeunes filles de Niort soumet le 17 juillet 1915 un projet et son budget au maire de la ville[2] qui entend faire payer le Service de Santé pour cette création car il est responsable de la situation, ce qu'approuvent le ministère de la Guerre et le directeur régional du Service de Santé[3]. De même, le Service de Santé doit rembourser les frais engagés par les mairies pour reloger les classes. Le 14 décembre 1916, le directeur régional du Service de Santé fait savoir au maire de Tours qu'il accepte de rembourser l'indemnité payée par la ville au propriétaire d'un local utilisé pour des classes de l'école Rabelais[4]. Enfin, l'armée fournit des baraquements aux autorités municipales afin qu'elles y logent des classes[5].

Ces locaux de substitution, s'ils permettent d'améliorer quelque peu la situation, ne sont pas toujours adaptés à l'enseignement voire à l'accueil d'un public nombreux. L'hygiène y est parfois déplorable et la santé des élèves s'en trouve menacée. Nombreux sont ceux qui dénoncent ces faits dans l'espoir de récupérer les écoles. Le 31 octobre 1916, des parents d'élèves de l'école Mirabeau de Tours, où se trouve l'hôpital auxiliaire n°103, s'adressent au ministre de l'Instruction Publique pour dénoncer les locaux « […] insalubres, étroits, et dépourvus des plus urgentes commodités hygiéniques [...] »[6] dans lesquels ont été transférés leurs enfants. Ils souhaitent alors que l'école récupère ses locaux et n'hésitent pas à employer des arguments patriotiques en ce sens :

> « […] il serait juste que les Pères [*sic*] de ces enfants, qui au front font leur devoir de bons français aient au moins la satisfaction de penser que leurs chers petits, « l'Espoir de la France », sont protégés. »[7]

À Issoudun, le docteur Masson inspecte, le 18 octobre 1916, différents locaux où ont été installées des classes, accompagné du maire de la ville et de conseillers municipaux. Dans son rapport du 25 octobre, il dénonce un manque d'hygiène menaçant la santé des enfants et préconise de changer de

[1] A.M. Tours. 1 R boîte 35. Extrait du registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours. Séance du 6 décembre 1915.
[2] A.M. Niort. 1 R 35. Lettre datée du 17 juillet 1915 de l'économe du lycée de jeunes filles de Niort au maire de la ville.
[3] A.M. Tours. 1 R boîte 35. Extrait du registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours. Séance du 6 décembre 1915. Le conseiller municipal Crocicchia est le rapporteur du projet d'installation de l'internat du lycée Descartes dans les locaux de l'école primaire supérieure de garçons. Il fait alors mention de la séance du 16 septembre 1916 au Sénat où le ministre de la Guerre fit cette déclaration.
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 14 décembre 1916 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours. La demande de prise en charge date de la fin du mois de janvier 1916. La lenteur de la réponse s'explique en partie par la mise en place d'une convention pour l'occupation de l'école et pour le paiement de l'indemnité.
[5] A.M. Tours. 1 D 106. Registre des délibérations du conseil municipal de Tours. Séance du 29 mars 1916. Le conseiller municipal Crocicchia demande où en est la construction des baraquements destinés aux élèves du groupe scolaire de la place Velpeau. Des baraquements sont aussi prévus pour les groupes scolaires des places Rabelais et de la Liberté.
[6] A.M. Tours. 1 R boîte 14. Lettres datées du 31 octobre 1916 de parents d'élèves de l'école Mirabeau au ministre de l'Instruction Publique.
[7] *Ibidem.*

locaux[1]. Enfin, la directrice de l'école Rabelais dénonce l'insalubrité de l'immeuble loué par la ville et qu'elle estime être « […] un foyer à anémie et à tuberculose [...] »[2] réclamant elle aussi la restitution de son école.

Dans ce contexte, les mairies multiplient les demandes de restitution des locaux scolaires, ce qui ne peut se faire qu'en réduisant le système hospitalier de la région. Ces demandes se font de plus en plus pressantes à la fin de l'année 1916, à l'image du conseil municipal de Tours qui multiplie les vœux tendant à récupérer ses écoles. Ainsi dans sa séance du 11 septembre 1916, il émet, sur la proposition du conseiller Crocicchia, le vœu que le Service de Santé restitue l'école primaire supérieure de filles[3]. À l'un des conseillers municipaux craignant de mettre en difficulté le système hospitalier militaire mais aussi de faire reporter cette charge sur d'autres établissements, le maire, lucide sur la situation actuelle, réplique :

> « Au début de la guerre, le Service de santé, a été pris au dépourvu, il n'avait pas assez d'hôpitaux. Aujourd'hui il tombe dans l'excès contraire. La peur d'avoir un nombre insuffisant de lits fait qu'il en garde plus qu'il ne lui en faut. »[4]

À la fin de l'année, le conseiller municipal Crocicchia revient à la charge sur ce sujet, le maire fait alors le bilan de ses démarches[5]. La restitution de l'école primaire supérieure de filles a été refusée. Le maire fait alors une étude comparative de la situation des écoles à Tours et dans les autres villes de la région ainsi que dans certaines villes du pays[6]. Il estime que les établissements scolaires de la ville sont « […] un peu sacrifiés [...] »[7] par rapport aux autres villes. Suite au refus du Service de Santé, il a rencontré le S.S.E.S.S.M. accompagné des députés d'Indre-et-Loire Besnard (1879 – 1952) et Morin (1876 – 1957) et du préfet, il a alors obtenu l'envoi d'un délégué spécial pour évaluer la situation. Le Service de Santé propose tout de même de restituer le lycée de jeunes filles qui pourrait alors accueillir des classes et un internat supplémentaires, mais le maire refuse cette proposition car elle n'améliore pas la situation selon lui. La fin de l'année 1916 s'achève avec la prévision d'une visite des écoles élémentaires en compagnie de l'inspecteur d'académie afin de déterminer la liste des écoles à restituer de manière urgente.

---

[1] A.D.I. R 895. Rapport daté du 25 octobre 1916 du docteur Masson sur l'état sanitaires actuel des écoles de garçons place de l'Artillerie ; des écoles de filles, ancien immeuble Candelet, place du marché aux légumes ; de l'école Christauflour ; de l'école maternelle située dans une annexe de l'immeuble de madame Jubert, rue des Guédons.
[2] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 80. Lettre datée du 19 décembre 1916 de la directrice de l'école Rabelais au maire de Tours.
[3] A.M. Tours. 1 D 106. Registre des délibérations du conseil municipal de Tours. Séance du 11 septembre 1916.
[4] *Ibidem.*
[5] A.M. Tours. 1 D 106. Registre des délibérations du conseil municipal de Tours. Séance du 23 décembre 1916.
[6] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 80. Lettre datée du 9 octobre 1916 du maire de Tours au maire de Segré. Il demande aux maires quelles sont les écoles qui ont été ou sont toujours occupées par le Service de Santé et combien de lits y ont été ou sont installés. Il demande aussi quelles sont les écoles qui ont été rendues et quand. Lettre datée du 13 décembre 1916 de l'adjoint au maire de Bordeaux au maire de Tours. L'enquête menée dans le pays débute le 11 décembre et tous les résultats ne sont pas connus avant la séance du 23 décembre.
[7] A.M. Tours. 1 D 106. Registre des délibérations du conseil municipal de Tours. Séance du 23 décembre 1916.

c) Pacifier les relations sur l'utilisation des locaux.

Le Service de Santé et le ministère de l'Instruction Publique tentent pourtant de pacifier les tensions sur l'utilisation des locaux scolaires en faisant collaborer au niveau régional, les autorités de ces deux administrations. Cette collaboration prend la forme d'une commission où siègent les autorités concernées par l'utilisation des locaux scolaires. Elle est mise en place à la fin du mois d'août 1915 dans le but de concilier les intérêts de chacun :

> « A la veille de la nouvelle année scolaire, le Gouvernement s'est préoccupé de concilier les exigences d'un double devoir ; d'une part, garder intactes ses ressources hospitalières, en vue de parer à tous les besoins qui peuvent se présenter d'un jour à l'autre, et, d'autre part, veiller à ce que les jeunes générations n'aient pas trop à souffrir dans leurs études de l'état de choses actuel, et trouvent, dans le plus grand nombre possible d'établissements publics, les moyens de travail indispensable. »[1]

Cette tâche est quasiment impossible tant le Service de Santé semble réticent à se séparer des locaux scolaires, surtout des plus importants, craignant de revivre le désastre de l'entrée en guerre. Cette tâche est pourtant celle d'une commission qui se réunit au chef-lieu de la région, soit Tours, et comprend le directeur régional du Service de Santé et son adjoint, le préfet du département du chef-lieu, le recteur de l'académie ou un délégué et deux inspecteurs d'académie désignés par le recteur. La commission doit « […] établir la liste des établissements scolaires, dont la libre disposition est indispensable à l'Administration Universitaire, et la liste des établissements publics ou privés, qui pourront remplacer les hôpitaux évacués. »[2] Un rapport doit être remis aux administrations concernées le 8 septembre 1915 au plus tard.

La réunion de la commission s'est tenue le 6 septembre à la préfecture d'Indre-et-Loire et le bilan de celle-ci peut se résumer à la conclusion du directeur régional du Service de Santé :

> « En terminant ce rapport, je me fais un devoir de rendre hommage à la modération, à l'esprit de conciliation, à la bonne volonté et au patriotisme des représentants de l'Instruction Publique qui ont fait tous leurs efforts pour n'apporter, par leurs revendications, aucune perturbation importantes dans l'organisation sanitaire de la Région et qui ont bien voulu accepter, dans l'intérêt des blessés militaires et de l'Etat [*sic*], des solutions simples, susceptibles de leur donner un minimum de satisfaction, en réalisant un maximum d'économie. »[3]

Dans un premier temps, la commission choisit de ne se prononcer que sur les formations sanitaires gérées directement par le Service de Santé et de n'émettre que des vœux pour les hôpitaux bénévoles et auxiliaires, ce qui écartent les locaux scolaires utilisés par ces derniers[4]. De même, la commission est limitée dans son action par les locaux scolaires utilisés par d'autres services de l'armée ou pour le

---

[1] A.D.I&L. 8 R 36. Circulaire n°8 du 26 août 1915 du ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts et du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] *Ibidem.*
[3] A.D.I&L. 8 R 36. Rapport du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sujet des établissements d'instruction publique qui pourraient être rendus par le Service de Santé, non daté.
[4] A.D.I&L. 8 R 36. Procès-verbal de la réunion du 6 septembre 1915 de la commission régionale instituée par la circulaire du 26 août 1915.

cantonnement des troupes. L'Instruction Publique adresse alors ses demandes de restitution, la commission faisant des propositions pour compenser la perte de lits. À Angers, elle souhaite récupérer le lycée de garçons et si possible l'école supérieure de garçons. Si le Service de Santé refuse la seconde demande, le directeur régional explique que l'hôpital complémentaire n°7 situé au lycée pourrait être déplacé dans différents locaux dont l'ancien pensionnat de Mongazon[1]. À Châteauroux, on demande que le Service de Santé n'utilise pas une école et on souligne que l'asile d'aliéné de Bitray pourrait accueillir un hôpital et ainsi libérer des locaux scolaires. À Poitiers, l'Instruction Publique réclame la restitution d'une partie du lycée de garçons pour rouvrir l'internat, ce qui ne semble pas déranger le directeur régional qui explique que des aménagements seraient alors nécessaires. Enfin, le directeur régional se félicite de l'absence de réclamations à Tours. Cependant, il explique que le Service de Santé devrait aider à la location de locaux ou construire des baraquements pour améliorer la situation des écoles.

Cette commission ne semble pas avoir été renouvelée mais peu de temps après cette réunion, une nouvelle commission est mise en place dans le cadre de la circulaire du 19 octobre 1915 pour réviser la liste des locaux employés par les formations sanitaires et à accroître les capacités d'hospitalisation[2]. Sa mission s'effectue alors dans un double contexte : augmenter le nombre de lits destinés aux soldats tout en veillant à ne pas pénaliser le fonctionnement des services publics, principalement les écoles, ou la vie économique. Dans leurs débats, les commissions doivent notamment prendre en compte l'adaptation des locaux au service hospitalier, la création de grandes formations, les dépenses effectuées par le Service de Santé mais aussi la sauvegarde des intérêts des élèves tout en ne favorisant aucun enseignement. Ces commissions départementales sont ouvertes plus largement aux acteurs de l'hospitalisation des soldats. Y participent pour les pouvoirs civils, le préfet, le président du conseil général, les maires de la préfecture et des sous-préfectures, les présidents des conseils d'arrondissement, le recteur de l'académie, l'architecte départemental et l'inspecteur d'académie. L'armée est représentée par le général commandant la subdivision, un représentant du Service de Santé et un officier du Génie. En outre, les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge y sont représentées tout comme l'O.A.C.M. Contrairement à la précédente commission, celle-ci a donc autorité pour évoquer les hôpitaux auxiliaires et les formations bénévoles.

La première réunion de la commission pour le département du Maine-et-Loire a lieu le 25 octobre à la préfecture et commence par une discussion sur la définition de sa mission[3]. Celle-ci

[1] A.D.I&L. 8 R 36. Rapport du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sujet des établissements d'instruction publique qui pourraient être rendus par le Service de Santé, non daté.
[2] A.N. C 7690. Circulaire du 19 octobre 1915 des ministres de l'Intérieur et de l'Instruction Publique et du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[3] A.D.M&L. 1 R 5/13. Procès-verbal de la réunion du 25 octobre 1915 de la commission de révision et d'augmentation de l'hospitalisation dans le territoire.

s’avère complexe car elle doit rechercher à augmenter les capacités d'hospitalisation des soldats tout en essayant de libérer les établissements d'enseignement alors que ces établissements sont largement utilisés par les formations sanitaires les plus importantes[1]. Des débats surviennent ensuite sur la méthode à employer. Certains membres refusent de se contenter d'un travail statistique sur des augmentations et des restitutions théoriques et souhaitent obtenir des résultats. Quant au délégué du Service de Santé, il refuse de limiter le nombre de lits d'hospitalisation pour restituer des locaux et souhaite augmenter au maximum les capacités d'hospitalisation. Le préfet intervient alors pour donner la direction des débats : certes la commission doit augmenter le nombre de lits mais cela n'exclut pas des restitutions notamment si des locaux de substitution sont trouvés, ce qui revient à poursuivre le travail de la commission régionale. C'est sur ces bases que les travaux de la commission se déroulent à l'exemple de la ville d'Angers. Pour accroître les capacités d'hospitalisation, le préfet propose l'utilisation du Grand Séminaire, du Grand Cercle, de la Salle des arts, ainsi que l'augmentation du nombre de lits au sein de l'université catholique qu'il propose de porter à 140 contre quarante à ce moment. Le président du conseil général propose l'utilisation de l'établissement de Mongazon, ce à quoi s'oppose le préfet car il est alors affecté à l'internement d'austro-allemands et à l'hébergement des réfugiés et dépend du ministère de l'Intérieur. Cette opposition n'est pas justifiée selon le président du conseil général car la commission doit signaler tous les locaux utilisables. Le ministère de l'Intérieur doit prendre sa part. En outre, le représentant du Génie fait savoir que c'est la meilleure solution car 400 lits pourraient y être installés. Cette réunion est suivie de deux autres, les 5 et 10 novembre et durant cette dernière, la commission dresse ses propositions d'augmentation du nombre de lits et de restitutions de locaux[2]. Quant aux travaux de la commission, nous ne savons pas quand ils prennent fin.

3) L’hésitation du Service de Santé sur les besoins hospitaliers de la 9e région.

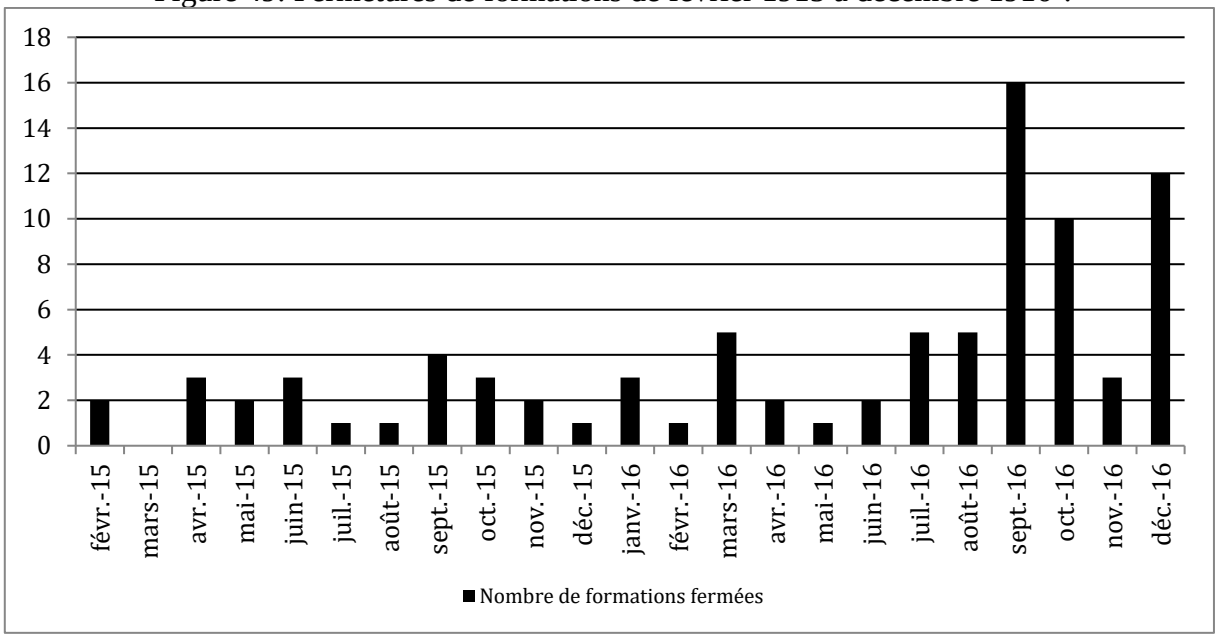
Encore marqué par son entrée en guerre et face aux batailles des années 1915-1916, le Service de Santé hésite sur la direction à donner à son système hospitalier. S’il se montre réticent à perdre des capacités d'hospitalisation, des formations sanitaires sont tout de même fermées durant cette période, parfois par changement de type, par déménagement ou pour des raisons financières. Le Service de Santé met tout de même en place des procédures pour limiter les fermetures ou du moins pour les rendre temporaires.

[1] Les locaux privés commerciaux ou industriels ont été rarement utilisés dans la région. Nous n’avons trouvé que le cas des baraquements de type Bessonneau installés à Angers par cette entreprise.
[2] A.D.M&L. 1 R 5/13. Procès-verbal de la réunion du 10 novembre 1915 de la commission de révision et d'augmentation de l'hospitalisation dans le territoire.

a) Un contexte peu à peu favorable aux fermetures.

Il faut attendre le mois de juillet et la fin de la bataille de la Somme, dernière période de grande activité, notamment chirurgicale, pour que le Service de Santé commence à fermer massivement des structures[1].

Figure 49. Fermetures de formations de février 1915 à décembre 1916[2].



En 1915, le Service de Santé hésite quant à la possibilité de fermer des formations craignant de ne pas disposer d'assez de lits en cas d'évacuations massives. En août 1915, le S.S.E.S.S.M. ordonne d'arrêter les réquisitions estimant le système hospitalier suffisant, et ouvre la voie à des restitutions de locaux scolaires et d'hôtels dont l'utilisation est onéreuse[3]. Mais le 2 octobre, le S.S.E.S.S.M. suspend les restitutions et ordonne de nouvelles réquisitions[4], puis un contre-ordre est envoyé le 5 octobre[5] et annulé le même jour[6]. Il ordonne alors d'accroître le système hospitalier, ce qui est confirmé par la dépêche du 19 octobre 1915 déjà citée.

À ces restitutions s'ajoutent les restitutions partielles de locaux, déjà mises en œuvre au début de la guerre particulièrement pour les locaux scolaires, et qui sont de nouveau encouragées par le S.S.E.S.S.M. le 10 avril 1916[7]. Si la restitution massive des écoles n'est alors pas concevable, les médecins-chefs des hôpitaux et les directeurs adjoints en tournée d'inspection doivent tout faire pour donner satisfaction aux demandes du ministère de l'Instruction Publique. Il convient d'utiliser au mieux les locaux :

[1] Certaines sont toutefois transformées en une autre formation ou bien déménagées.
[2] Les formations qui déménagent ou changent de type sont incluses dans ce graphique.
[3] A.N. C 7690. Circulaire n°29 176 C/7 du 14 août 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7690. Télégramme n°36 851 C/7 du 2 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] A.N. C 7690. Télégramme n°3 033 C du 5 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.N. C 7690. Télégramme n°37 352 C/7 du 5 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°57 Ci/7 du 10 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

> « Il importe, en effet, que, d'une manière générale, et tout particulièrement dans les immeubles qui appartiennent à l'Instruction publique, il n'y ait du fait du Service de Santé, ni entreprise susceptible de paraître abusive, ni place perdue sans profit pour personne. »[1]

Ainsi, l'hôpital complémentaire n°4 de Niort, situé au lycée de garçons, a effectué une remise de locaux au lycée entraînant la perte de 174 lits, l'hôpital dispose alors de 362 lits[2].

Afin d'accompagner les restitutions de locaux dont les procédures sont réglementées par l'instruction du 21 mai 1913, le Service de Santé donne des directives à l'exemple de la circulaire n°306 Ci/7 du 1er novembre 1916[3]. Son but est de rendre le plus rapidement les locaux à leurs propriétaires dans un contexte où ces restitutions se multiplient. Ainsi, une fois l'ordre de libération du local reçu par le directeur régional, le propriétaire doit être immédiatement prévenu tandis que l'évacuation et la désinfection du local doivent être débutées le plus rapidement possible. La circulaire revient sur d'autres étapes comme l'état des lieux, la remise en état du local et les indemnités à payer par le Service de Santé[4]. Ces directives ne concernent pas uniquement ces procédures médico-légales. Dans une guerre où le Service de Santé a su se métamorphoser pour accomplir sa mission, Justin Godart cherche à conserver l'histoire du Service de Santé durant ce conflit et dans ce but il crée le 5 mai 1916 « […] l'établissement "Documents et Archives de guerres" […] »[5]. Justin Godart invite le personnel du Service de Santé à y envoyer des documents concernant, par exemple, la chirurgie de guerre, des objets comme des prothèses ou des moulages, des archives comme les rapports des spécialistes ou les archives des formations sanitaires[6] et des livres sur le Service de Santé ou sur la médecine et chirurgie de guerre[7]. Justin Godart, puis ses successeurs, tiennent à conserver la trace des formations sanitaires ayant existé durant la guerre.

b) Un système hospitalier recentré sur les principaux pôles d'hospitalisation.

Bien qu'il ne soit pas favorable à des restitutions massives de formations sanitaires, de peur de se retrouver dans la situation du début de la guerre, le Service de Santé opère une mutation du système hospitalier. Elle comprend des fermetures de formations entraînant des restitutions de locaux ou des changements de type de formation. En outre, certaines formations ne font que déménager.

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°57 Ci/7 du 10 avril 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice concernant l'hôpital complémentaire n°4 d'auteur et de date inconnus. Comme il a été dit, d'autres sources évoquent une mise en réserve voire une fermeture de cette formation.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°306 Ci/7 du 1er novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] La procédure de restitution d'un local est évoquée dans le C) 2) de ce chapitre, p. 611.
[5] FERRANDIS, Jean-Jacques. « Le Musée du Service de Santé des armées au Val-de-Grâce (1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05) ». *Histoire des Sciences médicales*, 1999, Tome 33, n°2, p.183-190.
[6] Ces archives ne doivent y être déposées qu'à la fin de la guerre.
[7] A.N. C 7521. Circulaire n°78 Ci/7 du 5 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Tableau 28. Nombre de formations « fermées »[1] selon l'œuvre à sa tête et le type de la formation de février 1915 à décembre 1916.

	Organisme						Total
	Croix-Rouge				Œuvre bénévole	Service de Santé	
Type de formation	A.D.F.	S.S.B.M.	U.F.F.	Total			
H.B.					28		28
Annexe H.A.	1	17		18			18
H.C.						15	15
Annexe H.C.						11	11
H.A.	1	2	3	6			6
H.D.C.						6	6
Annexe H.					1	4	5
H.					3		3
O.A.C.M.					2		2
Annexe H.B.					1		1
Total	2	19	3	24	35	36	95

De ce tableau il ressort que ce sont principalement les structures militaires (Service de Santé et État) puis bénévoles qui sont concernées par ces restitutions ou ces changements. Concernant le type de la formation, il ressort que les hôpitaux bénévoles ont été les principaux concernés, suivis des annexes d'hôpitaux auxiliaires appartenant toutes à la S.S.B.M., hormis l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°12 située à Pontourny et qui devient l'hôpital auxiliaire n°201 fermant ses portes en novembre 1916. Concernant ces formations, certaines changent de type. Pour celles qui ferment définitivement, on peut penser qu'elles ont été supprimées car elles ne possédaient pas assez de lits. Le Service de Santé réclame de nouveau en octobre 1915 la fermeture des formations n'ayant pas vingt lits au minimum, laissant la possibilité à ces formations d'atteindre ce seuil même s'il autorise des exceptions[2]. Si l'on ne peut écarter cette hypothèse, et malgré la rareté des sources sur le nombre de lits pour certaines formations, il semble que cela ne soit pas le cas. Ainsi l'institution du Cours Dacier, annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 de Saumur, disposait de 100 lits à sa création, il ferme en septembre 1916. Le nombre d'hôpitaux-dépôts de convalescents fermés ou transférés dévoile une rationalisation de ce type de formation dans le cadre d'une modification des procédures médico-légales. Si la formation de Châteauroux ne fait que déménager, les hôpitaux-dépôts de convalescents de Cholet, Parthenay, Châtellerault et Saint-Maixent-l'École sont soit supprimés, soit transformés en une autre formation.

Un autre principe directeur de cette évolution du système hospitalier de la 9e région est la volonté de libérer des locaux scolaires malgré les créations de structures dans ce type de local.

[1] Le nombre de formations fermées de ce tableau et de la carte qui suit diffère de celui du graphique précédent, quatre-vingt-quinze contre quatre-vingt-sept. Ceci s'explique par le fait que nous ne connaissons le mois de fermeture que pour quatre-vingt-sept des quatre-vingt-quinze formations. Les huit autres ferment durant cette période, elles ont donc été intégrées dans ces deux éléments.

[2] A.N. C 7690. Circulaire n°143 3/7 du 15 octobre 1915 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire.

Tableau 29. Type de bâtiment utilisé par les organismes pour leurs formations fermées de février 1915 à décembre 1916.

Type de bâtiment	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Service de Santé	Total
École	8	10	23	41
Privé	9	14	5	28
Soin	3	5	1	9
Indéterminé	2	3	1	6
Militaire			5	5
Public	2	1	1	4
Religieux		2		2
Total	24	35	36	95

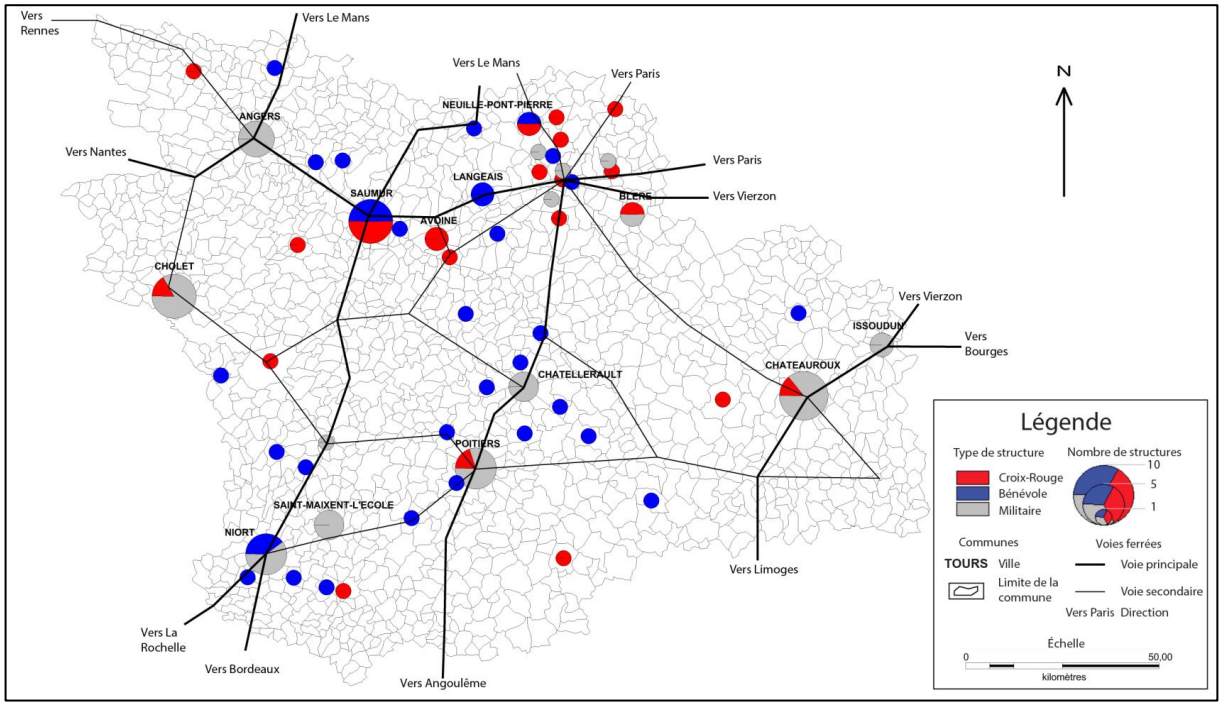
Ce tableau montre que les locaux scolaires et les locaux privés sont les principaux concernés par la fermeture des formations sanitaires où leur transformation. Si le Service de Santé souhaite conserver le maximum de lits pour les soldats, il semble tout de même prêt à faire des concessions et à libérer des écoles tout en cherchant des locaux de substitution. C'est le cas de l'hôpital complémentaire n°5 de Niort situé dans le lycée de jeunes filles dont la mairie réclame le retour arguant en juin 1916 de son sous-emploi[1]; l'hôpital déménage ensuite à Joué-lès-Tours. De même, l'installation de l'hôpital complémentaire n°25 à l'asile d'aliénés de Bitray permet de libérer des locaux scolaires. Concernant les hôpitaux bénévoles situés dans les locaux scolaires, le ministère de l'Instruction Publique ordonne aux préfets de les récupérer en décembre 1915[2], ce qui peut expliquer certaines restitutions. Concernant les locaux privés, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses en l'absence d'archives. Leur fermeture a probablement été provoquée par un manque de moyens financiers ou d'hospitalisés ou un éloignement des courants d'évacuations et des principales gares.

Il semble que la recherche d'une rationalisation du système hospitalier ait conduit à la suppression de formations sanitaires trop éloignées des principaux centres d'hospitalisation.

[1] A.M. Niort. 1 R 35. Brouillon d'une lettre adressée au sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire probablement par le maire de la ville de Niort et probablement datée du 6 juin 1916. Ce brouillon reprend un vœu du conseil municipal de la ville réclamant la restitution du lycée où n'est alors hospitalisé qu'un seul soldat. La mairie dénonce un gâchis de moyens humains et matériels.

[2] A.D.I. R 895. Dépêche du 6 décembre 1915 du ministre de l'Instruction Publique, des Beaux-Arts et des Inventions intéressant la Défense nationale au préfet de l'Indre.

Figure 50. Emplacement des formations, selon l'organisme à leur origine, fermées du mois de février 1915 au mois de décembre 1916.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Les principaux centres hospitaliers de la 9e région sont concernés par ces fermetures, hormis Tours, qui toutefois s'accompagnent parfois de créations de nouvelles structures comme à Châteauroux. Le Service de Santé, qui ordonne les fermetures, a donc recentré le système hospitalier sur ces centres en supprimant une partie du système « secondaire » composé principalement par des formations bénévoles. Ces fermetures traduisent aussi une surcapacité du système hospitalier mais il est possible que certaines formations bénévoles ou de la Croix-Rouge n'ont plus les moyens financiers de poursuivre leur activité.

c) Un Service de Santé hésitant : les formations mises en réserve.

L'indécision du Service de Santé quant à la diminution de son système hospitalier et donc la restitution des locaux utilisés se traduit au début de l'année 1916 par la mise en réserve d'hôpitaux temporaires[1]. Tandis que l'armée allemande prépare la bataille de Verdun et alors qu'il avait encouragé l'augmentation des capacités hospitalière, le S.S.E.S.S.M. fait le constat qu'en ce début d'année, nombre de formations sont quasiment vides :

> « La faible activité des opérations militaires a pour conséquence des évacuations peu abondantes de la zone des armées sur l'intérieur. Nombre d'hôpitaux fonctionnent par suite presque à vide ; il est même des formations sanitaires auxiliaires ou bénévoles qui n'ont reçu aucun malade depuis plusieurs semaines. »[2]

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°10 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] *Ibidem.*

Cette situation frappe l'ensemble du territoire et pose deux difficultés surtout pour les hôpitaux auxiliaires et bénévoles. La première concerne les frais de fonctionnement des hôpitaux qui ne sont plus couverts par les indemnités du fait du faible nombre d'hospitalisés. La seconde est « […] la tendance toute naturelle chez un personnel civil à les garder [les hospitalisés] plus longtemps qu'il est nécessaire pour assurer leur guérison. »[1] Le personnel civil est donc de nouveau accusé de ralentir la récupération des hospitalisés pour rentabiliser leur hospitalisation.

Au lieu de procéder à la fermeture de formations sanitaires, le S.S.E.S.S.M. ordonne aux directeurs régionaux de rechercher les formations de moins de cinquante lits et qui offriraient « […] un intérêt médiocre dans la période de stagnation que nous traversons. »[2] Le directeur adresse ensuite cette liste au S.S.E.S.S.M. qui statue sur la mise en réserve de la formation. La mise en réserve consiste en la fermeture temporaire de la formation qui doit conserver son installation à l'intérieur des locaux, l'installation devant être entretenue. Le personnel civil non rémunéré est mis en congé mais doit reprendre son poste si la situation l'exige. Concernant les infirmiers militaires de la formation mise en réserve, ils sont affectés à d'autres formations mais doivent, autant que faire se peut, être réaffectés à cette formation lorsqu'elle est réutilisée. Concernant les hôpitaux auxiliaires et bénévoles, leurs administrateurs doivent prendre l'engagement de rouvrir l'hôpital si cela leur est demandé pour avoir ce dernier mis en réserve. Enfin, pour compenser l'immobilisation du local et du matériel, qui doivent être entretenus, il est versé une indemnité journalière de 0,15 francs par lit.

Les conditions de mise en réserve sont modifiées pour procéder à celles-ci dans la plus large mesure possible. Ainsi, le 15 mai elles concernent les hôpitaux auxiliaires, bénévoles et les annexes des hôpitaux complémentaires fonctionnant par convention, quel que soit le nombre de leurs lits[3]. En outre, le S.S.E.S.S.M. prescrit de concentrer les malades et les blessés dans des formations sanitaires plus importantes afin de vider les plus petites formations et ainsi les mettre en réserve. Le nombre de mises en réserve sur le territoire semble important, un peu trop même puisque le 20 octobre 1916, le S.S.E.S.S.M. doit introduire un tarif dégressif pour l'indemnité afin de diminuer les dépenses, d'autant que des formations de plus de cinquante lits sont mises en réserve[4]. En outre, elle permet aussi de conserver un nombre important de lits disponibles pour les évacués car les lits mis en réserve sont comptabilisés dans les ressources disponibles pour ces derniers[5]. Cela peut être une explication au nombre de lits de la 9^{e} région comptabilisé par le député Levasseur en 1916.

---

[1] A.N. C 7521. Circulaire n°10 Ci/7 du 31 janvier 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] *Ibidem.* Les critères sont : l'installation matérielle, l'organisation intérieure, le personnel, les ressources financières et l'éloignement des grands centres urbains ainsi que des voies d'évacuations.
[3] A.N. C 7521. Circulaire n°101 Ci/7 du 15 mai 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[4] A.N. C 7521. Circulaire n°292 Ci/7 du 20 octobre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Soit 0,15 francs pour les cinquante premiers lits, 0,10 pour les lits décomptés de 51 à 100 et 0,05 francs pour les lits décomptés de 101 à 300.
[5] A.N. C 7521. Circulaire n°415 Ci/7 du 1er février 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

L'application de cette mesure dans la 9e région est difficile à quantifier tant par manque d'archives que par la complexité de certaines situations faisant que des formations mises en réserve peuvent être parfois fermées définitivement quelques temps après. Il est aussi très probable que cette mesure ait été partiellement levée lors des batailles de Verdun et surtout de la Somme pour la 9e région. Ainsi, l'hôpital complémentaire n°4 situé au lycée de garçons de Niort semble avoir été mis en réserve du 15 février 1916 au 4 mai 1917 selon certaines sources militaires[1] tandis que d'autres évoquent des restitutions partielles du lycée de garçons ainsi qu'une fermeture de la formation du 15 décembre 1917 au 14 janvier 1918[2]. La mesure est initiée en 1916 et continue d'être employée jusqu'à la fin du conflit.

B) Finir la guerre et préparer la paix.

L'année 1916 s'est achevée dans le calme pour le système hospitalier de la 9e région à l'exemple des services chirurgicaux qui ont affronté sans trop de difficultés les conséquences de la bataille de la Somme. Durant l'année 1917, le dernier centre de spécialité est créé dans la région tandis que son système hospitalier apparaît clairement comme trop important par rapport aux besoins, malgré l'offensive du Chemin des Dames qui devait mener à la victoire. Le Service de Santé doit l'adapter à la baisse des évacuations, à la montée des revendications des propriétaires des locaux et aux difficultés économiques et d'approvisionnement qui pénalisent les organisations privées et les hôpitaux mixtes. Il doit aussi composer avec le Service de Santé américain qui accompagne l'arrivée du corps expéditionnaire. Ces nouveaux défis doivent être surmontés même si la période, au moins jusqu'en mars 1918, lui permet de s'y atteler dans le calme et même d'envisager et de préparer l'après.

1) Prévoir la démobilisation.

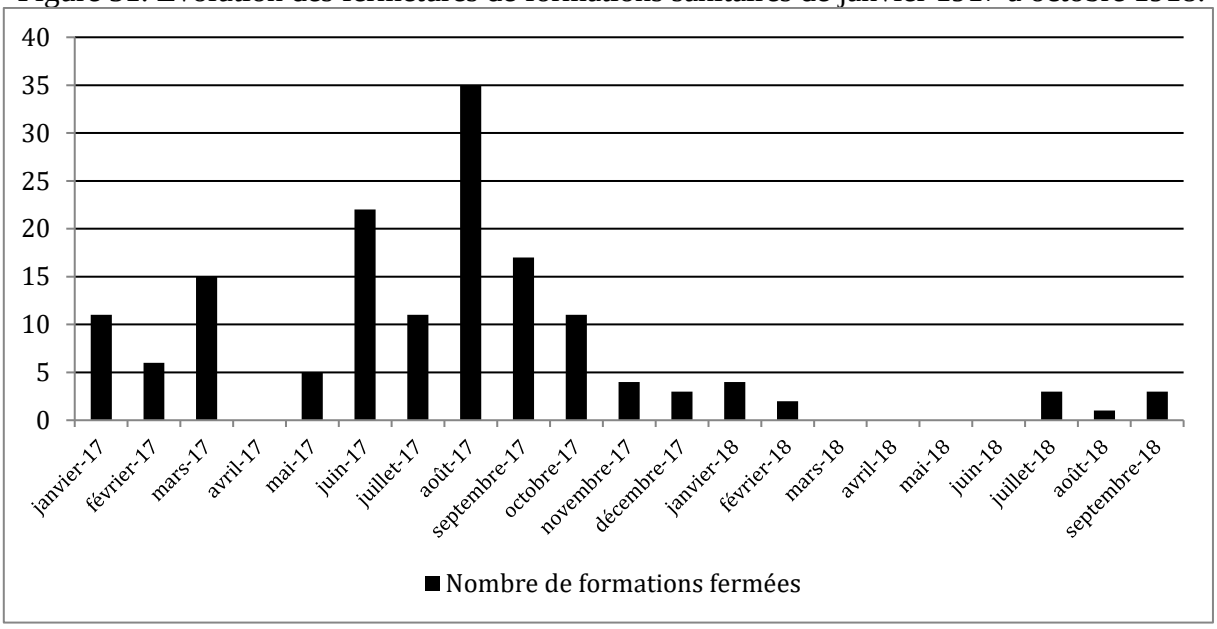
La baisse de l'activité médicale découlant de celle des évacuations permet la réduction du système hospitalier de la région. S'ajoute à cela la volonté de réaliser des économies pour un système hospitalier de plus en plus coûteux. Le système hospitalier évolue encore et alors que se profile la fin de la guerre, espérée à la suite de l'offensive du Chemin des Dames (16 avril – 15 mai 1917), le Service de Santé commence à anticiper l'après-guerre.

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 513. État sommaire des archives versées par l'hôpital complémentaire n°4 par le directeur du Service de Santé de la 9e région, non daté.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Historique du fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°4, d'auteur et de date inconnus. Des restitutions partielles ont eu lieu en mars et septembre 1916, ainsi qu'en octobre 1917.

a) Un système hospitalier surdimensionné et trop onéreux.

Profitant de la baisse des évacuations en 1917 et de la faible activité des services médicaux, le Service de Santé diminue le système hospitalier de la région, principalement durant l'été de cette année.

Figure 51. Évolution des fermetures de formations sanitaires de janvier 1917 à octobre 1918.



Ce mouvement de restitution est encouragé par la direction centrale qui, le 15 août 1917, constate une surcapacité du système hospitalier de l'intérieur par rapport aux besoins. Le Service de Santé souhaite aussi favoriser un retour à la normale pour certaines administrations et pour la vie économique :

> « L'expérience a démontré que les ressources hospitalières de l'Intérieur dépassent, d'une manière assez sensible, les prévisions sur lesquelles elles avaient été primitivement établies. On ne saurait maintenir un nombre de lits supérieur aux besoins qu'entrainent les opérations militaires les plus intensives, sans porter atteinte au fonctionnement, des grandes Administrations de l'Etat ou de Sociétés privées dont les établissements sont occupés, depuis le début de la Guerre, par le Service de Santé.
>
> Ces diverses considérations m'ont conduit, dans ces derniers temps, à procéder à de nombreuses libérations que je me propose de poursuivre dans la mesure où le permet l'intérêt des malades et des blessés qui doit rester la préoccupation dominante du Service de Santé. »[1]

Dans le but de rendre le maximum de locaux, les hospitalisés doivent être regroupés. En outre, pour éviter que les autorités militaires locales aillent à l'encontre de ce but, les créations de formations sanitaires doivent être approuvées par le sous-secrétaire d'État. Les fermetures de formations sanitaires se poursuivent ensuite mais déclinent. Elles semblent être suspendues entre mars et juillet 1918, probablement du fait des besoins en lits consécutifs à l'offensive allemande au printemps 1918.

Le principal moteur des restitutions de formations sanitaires est la baisse des évacuations sur l'intérieur mais le Service de Santé multiplie aussi les appels à faire des économies durant l'année

[1] A.N. C 7690. Circulaire du 15 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

1917. Ces appels visent à regrouper les malades et les blessés pour diminuer les coûts de l'hospitalisation et de fonctionnement en réalisant notamment des économies de combustible. Ils se traduisent par des mises en réserve de formations sanitaires et des fermetures. Par sa circulaire n°401 Ci/7 datée du 15 janvier 1917, le sous-secrétaire d'État au Service de Santé Militaire ordonne de regrouper les hospitalisés « [...] dans le plus petit nombre possible d'hôpitaux fonctionnant à plein. »[1] Ces prescriptions sont rappelées par la circulaire n°583 Ci/7 datée du 20 septembre 1917. Dans le but de réaliser des économies de combustible, le Service de Santé ordonne de nouveau de regrouper les hospitalisés le 15 novembre 1917 :

> « Afin d'éviter toute consommation inutile de combustible, tant pour le chauffage que pour l'éclairage, vous voudrez bien procéder, d'ici le 30 Novembre, au groupement des malades et des blessés par Hôpitaux de même spécialité ou de même catégorie, afin que des établissements de même nature ne fonctionnent pas avec seulement la moitié, le tiers ou le quart de leurs lits occupés.
>
> Les Hôpitaux mis en non activité devront être en mesure de rouvrir sans délais lorsque les nécessités du Service l'imposeront. »[2]

La mise en réserve des formations sanitaires à la fin de l'année 1917 est difficilement observable mais a très bien pu être employée dans la région par rapport aux fermetures de ces formations dont le nombre décline à ce moment. Selon le député Levasseur, le nombre de lits dans la 9e région à la fin de l'année 1917 s'établit à 17 077 et à 16 827 en septembre 1918[3].

Ces fermetures et mises en réserve sont parfois mal vécues par les organismes à la tête des formations concernées même si elles sont justifiées sur le plan économique et sur celui de la réorganisation du système hospitalier. La fermeture ou la mise en réserve d'une formation est prononcée par le S.S.E.S.S.M. mais elle peut être négociée, notamment par les sociétés de la Croix-Rouge et leurs délégués régionaux[4]. Une négociation qui se fait principalement avant l'ordre de fermeture mais le Service de Santé demeure le seul à décider. Ainsi le 19 février 1917, le secrétaire général de la S.S.B.M. fait savoir au délégué régional de la société pour la 9e région qu'il a reçu une protestation du président du comité de La Châtre concernant la fermeture de son hôpital[5]. Il demande alors des explications sur cette fermeture, mais aussi sur celle de trois autres hôpitaux, car il pensait qu'elle avait été négociée entre le Service de Santé et le délégué régional. Ce dernier lui répond le lendemain. Il explique qu'il n'a pas été prévenu mais qu'il négocie avec la direction régionale du Service de Santé pour que l'hôpital ne soit pas fermé. On envisage d'y « […] entretenir un personnel

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°401 Ci/7 du 15 janvier 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire du 15 novembre 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Le personnel militaire et civil salarié est alors réparti selon les besoins entre les formations sanitaires de la place ou d'une place voisine.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[4] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Circulaire n°155 datée du 28 décembre 1916 du secrétaire général de la S.S.B.M. Les comités ont quinze jours pour faire une réclamation.
[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Lettre datée du 19 février 1917 du secrétaire général de la S.S.B.M. au délégué régional de cette société pour la 9e région.

de petits blessés […] »[1] ou de le mettre en réserve, quitte à ne pas percevoir d'indemnité. Le directeur régional du Service de Santé a promis d'« […] atténuer la mesure prise […] » et au final l'hôpital auxiliaire n°29 de La Châtre n'est fermé qu'en décembre 1918. Dans son argumentation, le délégué régional de la S.S.B.M. a mis en avant les efforts consentis pour accroître le nombre de lits, justifiant le maintien de l'hôpital par son existence, au détriment de la réalité de la situation.

b) Un système basé sur les principaux pôles hospitaliers de la 9e région.

À partir de 1917, et dans la suite de la fin de l'année 1916, le Service de Santé modifie la configuration du système hospitalier de la région en le recentrant sur les principaux pôles hospitaliers de la région. Pour ce faire, il fait principalement porter les fermetures sur des formations secondaires comme les annexes, les hôpitaux bénévoles et les hôpitaux civils devenus des hôpitaux mixtes durant la guerre.

Tableau 30. Répartition des fermetures, selon le type de la formation, en 1917 et 1918 (exceptés novembre et décembre 1918).

Type de formation	1917	Pourcentage	1918	Pourcentage
Annexe H.	4	2,8%	1	5,9%
Annexe H.A.	27	19,0%	3	17,6%
Annexe H.B.	2	1,4%		0,0%
Annexe H.C.	25	17,6%	2	11,8%
Dépôt de physiothérapie		0,0%	1	5,9%
H.	18	12,7%		0,0%
H.A.	14	9,9%	1	5,9%
H.B.	38	26,8%	3	17,6%
H.C.	10	7,0%	5	29,4%
H.D.C.	1	0,7%		0,0%
O.A.C.M.	2	1,4%		0,0%
Structure de soutien	1	0,7%		0,0%
Structure de commandement		0,0%	1	5,9%
Total	142	100,0%	17	100,0%

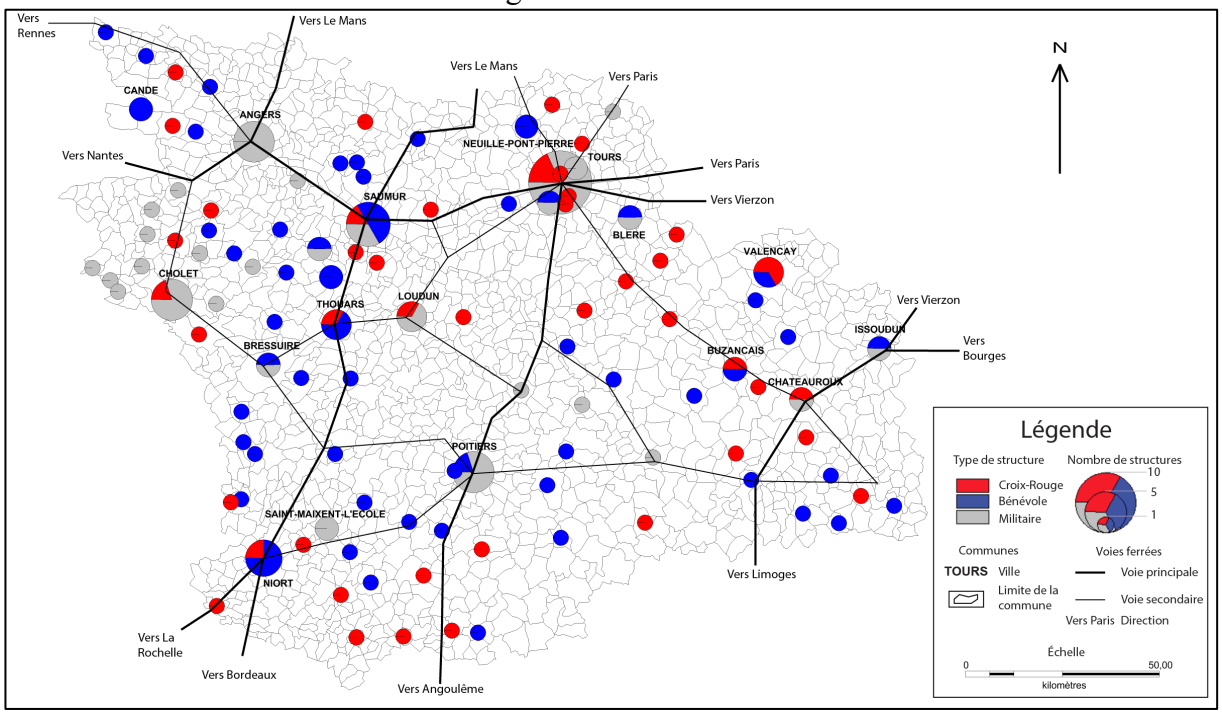
Les causes de ces fermetures sont en premier lieu la baisse des évacuations sur la 9e région qui pousse à la restitution de locaux sous la pression de certains propriétaires. Le ministère de l'Instruction Publique et les mairies, pour les locaux scolaires publics, mais aussi les propriétaires des écoles privées ne perdent pas cette occasion de récupérer leurs locaux[2]. En outre, l'arrivée de l'armée américaine et son installation dans la région implique celle de son Service de Santé qui obtient la cession de formations sanitaires françaises[3]. Pour ces formations secondaires, on ne peut aussi écarter

[1] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Copie d'une lettre datée du 20 février 1917 du délégué régional de la S.S.B.M. pour la 9e région au secrétaire général de cette société.
[2] Ce point est traité dans ce chapitre B) 3), p. 591.
[3] Ce point est traité dans ce chapitre, B) 2), p. 585.

l'hypothèse d'un manque de moyens pour poursuivre l'hospitalisation des soldats. La baisse des évacuations permettant alors pour certains de se désengager sans paraître refuser de « prendre sa part » dans cette tâche, même si les autorités civiles n'hésitent pas à critiquer l'emprise de l'hospitalisation des soldats sur les services civils.

Le recentrage de l'hospitalisation des soldats sur les principaux pôles hospitaliers de la 9e région se vérifie par la répartition géographique des fermetures mais elle montre également que ceux-ci sont aussi très touchés par les fermetures.

Figure 52. Emplacement des formations fermées de janvier 1917 à l'armistice selon l'organisme à l'origine de la formation.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

Ces pôles hospitaliers accueillent les services centraux et leurs sous-centres ainsi que les principales formations de la région. En outre, ils sont mieux desservis par le transport ferroviaire. Afin de réaliser des économies et dans le but de rendre des locaux, il est très probable que le Service de Santé ait favorisé ces centres hospitaliers entraînant une diminution du nombre d'hospitalisés dans ces formations qui, ensuite, ont pu être supprimées. Si cela n'est pas une volonté délibérée du Service de Santé, il s'agit d'une conséquence logique de ses choix et de la situation militaire. Cependant, ces pôles sont tout de même concernés par ces fermetures à l'exemple de Tours. Sur les neuf structures qui y sont fermées, on dénombre quatre annexes, la direction régionale du Service de Santé qui déménage, tout comme la blanchisserie de la place, le dépôt de physiothérapie et deux hôpitaux dont un est transféré au Service de Santé américain.

c) Adapter les procédures à la démobilisation.

Les procédures concernant la restitution de locaux sont de nouveau modifiées et prennent en compte l'expérience acquise lors des fermetures des formations sanitaires des précédentes années. Les changements concernent principalement les questions financières liées à l'utilisation des locaux. La circulaire n°575 Ci/7 datée du 20 août 1917 concerne les « Mesures à prendre au moment de la libération des Etablissements occupés par le Service de Santé Militaire »[1]. Elle vise essentiellement la procédure d'estimation des dégâts causés au mobilier et à l'immobilier[2] et le règlement d'acomptes et d'indemnités de remise en état de manière amiable ou non pour ce dernier cas[3]. De même, c'est en se basant sur la « [...] pratique des règlements [...] »[4] que le S.S.E.S.S.M. modifie de nouveau les conventions-types « [...] relatives au mode de règlement des indemnités dues par le Service de Santé pour l'occupation des établissements réquisitionnés. »[5] Alors que se dessinent de nombreuses restitutions suite à la démobilisation, le Service de Santé cherche à unifier les conventions et les procédures pour mieux contrôler ces dernières et préserver ses intérêts.

Le Service de Santé modifie en mars 1917 ses procédures concernant les archives des formations sanitaires fermées, afin de faciliter par la suite l'histoire de son action durant la guerre et d'assurer la transmission de renseignements médico-légaux :

> « Ces archives doivent être classées de manière à rendre possible dès maintenant toutes recherches d'ordre médical et administratif, de manière aussi à rendre ultérieurement les documents accessibles aux historiens de la Guerre.
>
> D'autre part, les autorités civiles et militaires ont fréquemment lieu d'adresser aux hôpitaux temporaires des demandes de renseignements concernant les militaires précédemment hospitalisés. Il n'y est pas toujours répondu avec tout le soin et toute la célérité désirables; [*sic*] nombre de ces demandes, en outre, lorsqu'elles ne s'égarent pas, touchent les administrateurs d'hôpitaux fermés qui n'ont plus qualité pour y répondre. Il y aurait avantage à diriger toutes les demandes de cette nature sur les Directions Régionales du Service de Santé. Le travail des demandeurs s'en trouverait simplifié, et un contrôle se trouverait établi sur les conditions dans lesquelles satisfaction leur serait donnée. »[6]

Un bureau des archives est alors créé dans chaque direction régionale, son personnel étant chargé de récupérer et classer les archives des formations sanitaires fermées et de procéder aux recherches demandées dans ces dernières ou auprès de formations toujours ouvertes.

---

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°575 Ci/7 du 20 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] Participe à cette évaluation, un représentant du Service du Génie, du Service de Santé (l'officier d'administration de la formation le plus souvent) et le propriétaire (appelé prestataire) ou son représentant.
[3] Dans ce dernier cas, une commission départementale est saisie sauf pour des locaux ou du mobilier appartenant à l'État, aux départements ou aux communes. Dans ce cas, le directeur régional doit avertir d'urgence le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire du désaccord, probablement pour une négociation interministérielle.
[4] A.N. C 7690. Circulaire n°748 Ci/7 du 21 juin 1918 sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[5] *Ibidem*. Le Service de Santé unifie notamment les termes employés pour désigner la durée d'occupation des locaux.
[6] A.N. C 7690. Circulaire n°454 Ci/7 du 15 mars 1917 sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Enfin, le Service de Santé anticipe la démobilisation à venir en recherchant aussi des locaux pour stocker le matériel acquis pour le fonctionnement du système hospitalier durant la guerre. C'est le but de la circulaire n°720 Ci/7 datée du 12 mai 1918 :

> « Le Service de Santé devra à la démobilisation loger des quantités considérables de matériel que les Etablissements du temps de paix ne pourront recevoir.
>
> L'étude des moyens propres à assurer ce logement devant être longue, et probablement difficile, il convient de la commencer d'ores et déjà. »[1]

Le S.S.E.S.S.M. ordonne alors aux directeurs régionaux de trouver les locaux adéquats et de fournir une liste de locaux utilisables à ce dessein au 1er juin. On prescrit d'étudier le regroupement de services créés durant la guerre, comme l'entrepôt répartiteur de vins avec le dépôt régional de matériel, de prolonger le bail jusqu'à deux ans après la fin de la guerre pour certains locaux ou bien de se concerter avec d'autres services de l'armée.

En modifiant certaines de ces procédures, souvent sous le coup de l'expérience, le Service de Santé tente de préparer au mieux la démobilisation de son système hospitalier.

d) Prévoir la démobilisation.

La baisse des évacuations et la faible activité hospitalière dans la région ne mènent pas à un arrêt des créations de structures, en partie parce le Service de Santé doit compenser certaines restitutions et qu'il faut trouver de la place pour certains services. La période allant de janvier 1917 à octobre 1918, principalement l'année 1917, est surtout propice aux fermetures mais vingt-et-une structures sont pourtant créées durant cette période. Elles le sont essentiellement d'août à décembre 1917 et sont majoritairement des annexes d'hôpitaux complémentaires même si le S.S.E.S.S.M. tente de relancer l'augmentation du nombre de lits au sein des hôpitaux auxiliaires en août 1918[2].

Tableau 31. Nombre de formations créées en fonction de leur type, de janvier 1917 à octobre 1918.

Type de formation	Nombre de créations
Annexe H.A.	2
Annexe H.C.	9
H.A.	3
H.C.	3
Structure de commandement	1
Structure de soutien	3
Total	21

Les deux hôpitaux complémentaires créés l'ont été dans le cadre de la réorganisation de services centraux. L'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon qui ouvre en mars 1917 accueille le service central du secteur chirurgical d'Angers tandis que l'hôpital complémentaire n°59 accueille à partir de

[1] A.N. C 7690. Circulaire n°720 Ci/7 du 12 mai 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°782 Ci/7 du 25 août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

juillet 1918, un service de psychiatrie qui constitue le centre de psychiatrie de la région. Quant à l'hôpital auxiliaire n°7, il déménage en septembre 1917 à l'Hôtel de la Division de Châteauroux pour libérer l'école normale d'institutrices de la ville dans laquelle il avait ouvert ses portes en août 1914. En outre, l'annexe de l'hôpital auxiliaire créée n'est pas réellement une création, il s'agit d'une ancienne annexe de l'hôpital auxiliaire n°31 d'Issoudun devenue celle de l'hôpital auxiliaire n°7 en décembre 1917. Parmi les annexes d'hôpitaux complémentaires, on retrouve aussi ces changements de formation principale mais il y a aussi des créations nouvelles comme une annexe de l'hôpital complémentaire n°2 située rue Émile Zola à Tours, servant par la suite à loger la direction centrale. De même une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 est créée rue de Jérusalem à Tours en avril 1918. Elle accueille alors le service central de dermatologie. Enfin en septembre 1918, un hôtel est réquisitionné à Saumur et devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°50. Du fait de la date de cette ouverture, il est probable que le Service de Santé ait compté se servir de cette formation pour la démobilisation.

En juillet 1918, l'offensive allemande atteint son avancée maximale. Le gouvernement français organise alors le repli des administrations sur l'intérieur ce qui se traduit par la recherche de locaux pouvant accueillir ces dernières. S'ensuivent des difficultés dues au fait que les différentes administrations et services, dont le Service de Santé, convoitent les mêmes locaux ce que constate le Président du Conseil, par ailleurs ministre de la Guerre, Georges Clemenceau (1841 – 1929) :

> « Il m'a été signalé que des difficultés nombreuses se produisent journellement, quand il s'agit d'attribuer à divers Services publics, ou de répartir entre eux, dans une même ville, les immeubles et locaux dont ils peuvent avoir besoin pour assurer ou développer leur activité.
>
> Certains de ces Services dont les besoins sont urgents et importants tels, par exemple, que le Service de Santé, l'Armée américaine, les industries de guerre, etc... sont souvent amenés à envisager simultanément et chacun pour leur compte, l'occupation d'un même immeuble. »[1]

Il ordonne alors la solution suivante :

> « En vue de mettre fin aux inconvénients qui résultent de cet état de choses, j'ai décidé la création, dans chaque Département, d'une Commission de répartition des Immeubles, qui sera chargée de régler autant que possible après examen sur place, toutes les questions relatives à l'attribution d'immeubles ou de locaux aux divers Services demandeurs. »[2]

Présidée par le préfet, cette commission comprend des représentants des autorités civiles (municipalité, Instruction Publique) et de l'armée (Service de Santé, Service du Génie, commandement). Comme son nom l'indique, la commission doit répartir les locaux signalés par les services ou les administrations entre ces derniers tout en préservant au maximum le fonctionnement des services publics, principalement celui de l'Instruction Publique. Dans la Vienne, la première

[1] A.D.I. R 1068. Circulaire n°450 du 22 juillet 1918 du ministre de la Guerre.
[2] *Ibidem*.

réunion de cette commission se tient le 29 juillet[1], les ministères de la Justice et des Finances obtiennent alors des locaux en cas de repli et la commission cherche à satisfaire les demandes du Service de Santé américain[2]. Comme tous les intervenants ont obtenu satisfaction, le préfet estime que la commission ne doit pas se réunir de nouveau. Or la mission de celle-ci va évoluer avec la démobilisation.

Le Service de Santé commence à anticiper l'hospitalisation post-armistice dès le début de l'année 1917. Le directeur régional s'adresse au délégué régional de la S.S.B.M. pour lui demander la liste des formations sanitaires de sa société qui resteraient ouvertes après la cessation des hostilités et combien de temps elles le seraient[3]. Le délégué régional de la S.S.B.M. contacte alors toutes les formations de la région appartenant à sa société, il est probable que le délégué de l'U.F.F. ait fait de même à la demande du Service de Santé. Il ressort de son enquête deux listes de formations[4] : la première comprenant celles pouvant rester ouvertes à la fin des hostilités, la seconde concernant les formations devant fermer à la cessation des hostilités. Cependant dans cette seconde liste, des formations sont signalées comme devant fermer à la signature de la paix, soit bien après la cessation des hostilités. La première liste comprend dix-huit formations qui pourraient rester ouvertes à la fin des hostilités, en réalité dix-sept puisque l'une d'entre elles est déjà fermée. Dans cette liste, il est aussi fait état du nombre de lits de ces formations et pour certaines, de la durée de l'ouverture allant d'un à six mois ; on peut supposer que pour celles n'ayant signalé aucune durée, il n'y a aucune limite au moment de l'enquête. La seconde liste comprend quatorze hôpitaux auxiliaires pour lesquels est précisée la date de fermeture. Ainsi, huit doivent fermer à la cessation des hostilités, mais une formation peut prolonger son fonctionnement durant trois mois et on explique qu'une annexe pourrait peut-être continuer à soigner des soldats. Six autres doivent fermer lors de la signature de la paix. D'autre part, il est précisé que onze de ces formations sont situées dans des locaux scolaires. La décision de leur fermeture ne pourra se faire sans consulter les institutions privées ou les autorités publiques possédant ces locaux.

Le Service de Santé agit de même auprès d'hôpitaux mixtes, visant apparemment ceux qui fonctionnaient ainsi avant la guerre. En février 1917, la commission administrative de l'hospice général de Tours reçoit une lettre du directeur régional au sujet de l'hospitalisation après-guerre et des

---

[1] A.D.V. 7 R 45. Procès-verbal de la séance du 29 juillet 1918 de la commission de répartition des immeubles aux divers services publics.

[2] L'installation du Service de Santé américain est traitée dans le B) 2) de ce chapitre p. 585.

[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Lettre datée du 5 mars 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au délégué régional de la S.S.B.M. Le délégué vient de lui communiquer la liste des formations qui cesseraient de fonctionner à l'armistice et celle qui continueraient à hospitaliser des soldats. Pour ces dernières, le directeur régional du Service de Santé lui demande les conventions passées avec les propriétaires.

[4] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. États des formations sanitaires de la S.S.B.M. de la 9e région militaire devant fermer à la cessation des hostilités ou pouvant fonctionner après, d'auteur et de date inconnus. Voir volume 4 p. 780 pour les résultats de cette enquête.

lits que la commission pourrait mettre à disposition des soldats[1]. La commission fait alors savoir que le Service de Santé dispose de 308 lits, soit 120 de plus que prévus par la convention, ces derniers étant répartis dans deux baraques (trente-deux lits) et dans un pavillon du quartier civil (quatre-vingt-huit lits). Elle est d'accord pour laisser les baraques à la disposition du Service de Santé aussi longtemps qu'il en aura besoin mais ne donne aucune garantie pour le pavillon destiné à hospitaliser des vieillards et incurables. Il n'est pas improbable que le Service de Santé ait mené des études similaires auprès des hôpitaux bénévoles. Pour les hôpitaux complémentaires et leurs annexes, le Service de Santé doit s'entendre avec les propriétaires même s'il peut imposer la date de leur restitution. Ces études permettent au Service de Santé de prévoir un système hospitalier pour accompagner la démobilisation, mais entre le début de l'année 1917 et l'armistice, ce plan a probablement évolué d'autant que d'autres propositions pour hospitaliser les soldats durant cette période sont faites. Ainsi, le député Levasseur souhaite la construction d'hôpitaux faits de baraquements, des hôpitaux qui ressemblent aux H.O.E. du front et dont la construction avait été préconisée par le médecin inspecteur Troussaint :

> « Des constructions légères, bien aménagées claires, confortables, avec de l'air & [*sic*] de la lumière, coûteraient relativement peu, moins sans doute que les réquisitions, & [*sic*] rendraient de plus grands services. »[2]

2) Faire de la place au Service de Santé américain.

Entrés en guerre le 2 avril 1917, les États-Unis mettent progressivement sur pied le corps expéditionnaire américain commandé par le général Pershing (1860 – 1948) et qui arrive en France à partir du mois de juin. Son arrivée en France implique l'installation de son système hospitalier qui doit alors cohabiter avec son homologue français. L'extension de ce système hospitalier, qui va de pair avec l'arrivée de nouveaux soldats, ne se déroule pas sans quelques difficultés avec le Service de Santé français qui perd des formations. De même, les autorités civiles qui célèbrent l'arrivée des troupes américaines ne sont pas forcément enthousiastes à l'idée de voir les services américains s'installer, la question des locaux devenant de plus en plus sensible.

a) L'installation progressive du système hospitalier américain.

Lorsque les États-Unis s'engagent dans la guerre, il leur faut mettre sur pied le corps expéditionnaire américain commandé par le général Pershing et donc le Service de Santé américain qui doit accompagner celui-ci en France. Ce système hospitalier doit être créé de toute pièce pour correspondre aux besoins d'un corps expéditionnaire qui va atteindre deux millions d'hommes à la fin

[1] A.D.I&L. HDEP4/L 53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 19 février 1917.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

du conflit[1]. L'installation de l'armée américaine en France est progressive, rythmée par le débarquement des troupes depuis le 26 juin 1917 où le premier convoi de 14 750 hommes arrive à Saint-Nazaire[2]. Quatre mois plus tard, les effectifs américains ne s'élèvent qu'à 80 000 hommes suite aux difficultés rencontrées par la conscription et au transport maritime sous la menace des sous-marins allemands et manquant de tonnage pour transporter les troupes[3]. Au 30 mars 1918, les effectifs américains dépassent 284 000 hommes, puis la moyenne mensuelle des arrivées s'accroît, 170 000 hommes du 23 mars au 22 juin, plus de 260 000 du 22 juin au 26 octobre[4]. Progressivement, l'organisation militaire du corps expéditionnaire américain se met en place, le quartier général de Pershing est fixé à Chaumont, le front du corps expéditionnaire prend place entre Verdun et le versant de Saint-Mihiel. La France est découpée en zone sur le modèle des régions militaires françaises, Tours accueillant en janvier 1918, la direction de la Ligne de communication (les services de l'arrière) qui devient en février, le *Service of Supply* ou *S.O.S.*[5]. Cette installation ne se fait pas sans difficultés et les tensions sont vives sur les locaux à employer pour installer ces services[6].

Le plan d'hospitalisation du Service de Santé américain évolue en parallèle de l'arrivée des troupes et de l'installation des camps d'instruction et de cantonnement dans le pays. Il comprend les *Base Hospitals* d'abord installés par la Croix-Rouge américaine et en action depuis 1916 au sein du système hospitalier britannique[7]. Ces structures semblent être destinées aux soldats évacués du front et constituent le fer de lance du système hospitalier américain. Il est complété par les *Camp Hospitals* destinés aux soins des troupes en instruction, les hôpitaux pour convalescents et les *Mobile Hospitals*. En ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation destiné au corps expéditionnaire américain, nous ne pouvons dire ce qui était prévu à l'origine. Aux États-Unis, le nombre de lits est initialement estimé à 3 % du nombre de soldats en instruction, puis 4,5 % suite à l'accroissement des cas de maladies contagieuses[8] et enfin 5 %[9]. Le Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-Américaines a établi le 23 juillet 1918, les besoins du Service de Santé américain à 10 % du total des

[1] BECKER, Jean-Jacques, (2008), *Dictionnaire…, op. cit.* p. 115.
[2] KASPI, André. *Le temps des Américains : le concours américain à la France en 1917-1918*. Paris : Institut d'histoire des relations internationales contemporaines, 1976, 375 p. Entre le 26 juin et le 2 juillet, 14 750 hommes, 103 infirmières et 46 700 tonnes de matériel sont débarqués.
[3] KASPI, André., (1976), *Le temps des Américains…, op. cit.* p. 90.
[4] *Ibidem, op. cit.* p. 237.
[5] CLÉMENT, David, (1994), *Tours à…, op. cit.* p. 23-24.
[6] *Ibidem, op. cit.* p. 33.
[7] GILLET, Mary C., (2009), *The Army…, op. cit.* p. 28.
[8] *Ibidem, op. cit.* p. 115.
[9] *Ibid, op. cit.* p. 128. C.D.M.S.S.A. Carton 334. Procès-verbal de la conférence du 10 décembre 1918 réunie au Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-américaines pour l'étude d'un nouveau programme d'hospitalisation américaine en raison de la situation créée par l'armistice. Un chiffre supérieur à celui du temps de paix pour le Service de Santé français. Lors de cette conférence, le médecin major Mortier (nous ignorons son grade précis) explique que le Service de Santé français adopte en temps de paix un pourcentage inférieur à 4 %.

effectifs présents en France[1]. Le Service de Santé américain compte 30 000 lits en mai 1918, un chiffre porté à plus de 260 000 le 12 octobre 1918[2], le rapport précédemment cité fait état à l'armistice de 166 534 lits normaux organisés et de 246 551 lits classés sous une colonne « [...] Emergency [...] »[3].

b) Le Service de Santé américain dans la 9e région.

Pour s'installer et parvenir à ces chiffres, le Service de Santé américain peut compter sur son homologue français qui lui cède des hôpitaux. Une cession organisée au niveau du pays, ainsi 10 000 lits précédemment installés dans les hôpitaux du Service de Santé sont cédés[4], les hôpitaux auxiliaires et bénévoles sont aussi concernés par cette mesure. D'importantes formations sanitaires sont transférées aux Américains par le Service de Santé de la 9e région, ce qui cause, selon le député Levasseur, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation :

> « En Août & Septembre [*sic*] 1917, l'hôpital complémentaire 25 à Bitray-Châteauroux [*sic*] (810 lits); l'hôpital complémentaire 58 à Mongazon-Angers [*sic*] (470 lits); l'hôpital complémentaire 56 à Saumur (87 lits).
>
> En janvier 1918, l'hôpital complémentaire 47 à St. Maixent [*sic*] (110 lits); l'hôpital complémentaire 3 à Tours (318 lits); l'hôpital auxiliaire 105 à Saumur (120 lits).
>
> En juillet 1918, l'hôpital complémentaire 23 à Issoudun (460 lits); l'hôpital complémentaire 16 Poitiers (222 lits); et l'hôpital complémentaire 22 à Poitiers (180 lits) [il doit en réalité s'agir de l'hôpital complémentaire n°21].
>
> Au total, près de 3.000 lits cédés aux Américains. »[5]

Une observation qu'il convient tout de même de nuancer car certaines formations mentionnées ne semblent pas être cédées aux dates citées par le député Levasseur ou du moins ne plus être occupées par un hôpital au moment de la cession. Un document faisant état des hôpitaux français cédés au 1er mars 1918 ne mentionne que les hôpitaux complémentaires n°25, n°58, n°47 et n°3 cédés en août 1917 pour le premier, en septembre 1917 pour le second et en janvier 1918 pour les deux derniers[6]. L'hôpital auxiliaire n°105 situé au mess des officiers de l'école de cavalerie de Saumur ferme en août 1917, il n'y a donc pas de cession, tandis que l'hôpital complémentaire n°56 situé à l'infirmerie de cette même école ferme bien en septembre 1917. Il n'est pas considéré comme cédé probablement parce que la formation était en cours de fermeture.

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Rapport du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-Américaine, hospitalisation américaine, daté du 15 novembre 1918 et d'auteur inconnu.
[2] GILLET, Mary C., (2009), *The Army…, op. cit.* p. 350.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Rapport du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-Américaine, hospitalisation américaine, daté du 15 novembre 1918 et d'auteur inconnu. Nous ne savons pas à quoi correspond ce chiffre qui peut être le total des lits organisés.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Minute d'une lettre datée du 31 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au *Général Chief Surgeon* des Forces Expéditionnaires Américaines, *S.O.S.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 336. État des hôpitaux français cédés au Service de Santé américain jusqu'au 1er mars 1918, d'auteur et de date inconnus.

Ces cessions diminuent le système hospitalier de la 9e région mais elles sont nécessaires pour l'installation des services de l'allié américain et elles sont permises par la baisse des évacuations de 1917 rendant le système hospitalier de la région « surdimensionné » par rapport aux besoins. La critique que le député Levasseur porte à l'encontre de ces cessions qui affaiblissent ce système hospitalier, est due à la situation critique dans laquelle il se trouve à partir du printemps 1918[1]. Mais en 1917 et au début de l'année 1918, elles sont possibles et se poursuivent en juillet. D'autres critiques sont portées contre ces cessions : celles faites par les médecins et surtout par les chefs de centre qui perdent leur service central. Leur réinstallation se fait alors dans des locaux moins favorables au bon fonctionnement de leurs services à l'exemple du chirurgien Lapeyre qui perd son service central de l'hôpital complémentaire n°58 qu'il doit réinstaller à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers. Le docteur Gougerot doit fermer son service de dermatologie de l'hôpital complémentaire n°3 qui est alors transféré à l'hôpital mixte de Tours, le centre de dermatologie-vénéréologie y est alors à l'étroit. Ces cessions sont critiquées par les autorités civiles lorsqu'elles touchent des locaux leur appartenant et surtout des écoles que l'on espère récupérer. Le Service de Santé essaie de concilier les intérêts et lors de la cession de l'hôpital complémentaire n°3, il obtient que les Américains y maintiennent les classes présentes[2].

Pour mettre en place son système hospitalier, le Service de Santé américain ne se contente pas uniquement de ces formations cédées, dont il accroît par ailleurs le nombre de lits[3]. D'autres programmes de cessions sont mis en place et il loue aussi des locaux pour des formations sanitaires comme la propriété privée au Clos Saint-Victor à Joué-lès-Tours[4]. Le Service de Santé américain construit aussi d'importantes formations sanitaires sur la base de modèles préétablis. Le type A, principalement destiné aux *Base Hospitals*, possède 1 000 lits, un nombre pouvant être doublé, ainsi que des salles d'opération, une installation radiologique et un laboratoire de bactériologie[5]. Le type B est similaire à la différence qu'il possède entre 300 et 500 lits et est surtout destiné aux *Camp Hospitals*. Enfin le type C est plus simple et réservé aux convalescents. Des hôpitaux d'une capacité beaucoup plus importante sont envisagés. Le 9 juillet 1918, une commission franco-américaine étudie

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

[2] C.D.M.S.S.A. Carton 338. Copie d'une lettre non datée du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au ministre de l'Instruction Publique.

[3] C.D.M.S.S.A. Carton 331. Document non daté et d'auteur inconnu listant les hôpitaux américains existant dans les régions. La capacité de l'hôpital complémentaire n°58 qui possédait 470 lits aurait été portée à 2 000 – 2 200 lits. Le *Base Hospital n°27* qui occupe ce bâtiment a été créé par l'université de Pittsburg. Le *Base Hospital n°39* créé par le *New York Hospital* à l'asile de Bitray, ainsi que dans d'autres locaux, comprendrait entre 1 926 et 2 226 lits contre 810 pour l'hôpital complémentaire n°25. Enfin, le *Camp Hospital n°27* comprendrait entre 325 et 624 lits situés dans les anciens locaux de l'hôpital complémentaire n°3 qui possédaient 318 lits.

[4] C.D.M.S.S.A. Carton 339. Lettre datée du 27 décembre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au *Général Chief Surgeon* des Forces Expéditionnaires Américaines. *S.O.S.* Deux formations semblent y avoir été installées.

[5] GILLET, Mary C., (2009), *The Army…, op. cit.* p. 262.

la possibilité de créer un hôpital de 10 000 lits sur la commune d'Avoine en Indre-et-Loire, le long de la voie ferrée allant à Chinon[1]. Un projet similaire est étudié par cette commission pour la commune de Montlouis près de Tours mais nous ne savons pas si ces hôpitaux ont vu le jour.

c) Une installation négociée.

Le Service de Santé français aide son homologue américain à s'installer en lui cédant une partie de ses formations dans le cadre de programmes de cession ou en lui cédant des hôpitaux ou des locaux signalés par les Américains. C'est dans ce cadre que se font parfois des négociations afin de donner satisfaction aux Américains tout en conservant des capacités d'hospitalisation. En juillet 1918, des locaux à Poitiers sont signalés par les Américains comme pouvant être utilisés pour y installer des formations sanitaires[2]. Il s'agit de l'ancien grand séminaire signalé comme inoccupé et d'une capacité de 600 lits et du lycée de garçons pouvant accueillir 650 lits. Dans une note du 27 juillet 1918, le Service de Santé français fait savoir que l'ancien grand séminaire est utilisé par l'hôpital complémentaire n°18 et sa capacité n'est que de 222 lits, il fait d'ailleurs partie du programme de 10 000 lits à céder[3]. Quant au lycée de garçons, il est alors occupé par l'hôpital auxiliaire n°101 et ne peut être cédé, probablement du fait de son statut, même si des hôpitaux auxiliaires l'ont été ou bien est-ce dû à la présence de lits chirurgicaux classés en catégorie A et donc indispensables au secteur chirurgical de Poitiers. En échange, le Service de Santé propose l'hôpital complémentaire n°15 et ses 252 lits, ainsi que son annexe du Sacré-Cœur de 158 lits et l'hôpital complémentaire n°21 de 200 lits. Au final, le Service de Santé ne cède que l'hôpital complémentaire n°16. L'hôpital complémentaire n°15 et son annexe, qui faisaient partie des 10 000 lits à céder, sont conservés en échange de l'hôpital complémentaire n°49 du Mans[4]. À la même époque, le Service de Santé français échange l'hôpital complémentaire n°23 d'Issoudun, 460 lits, contre l'hôpital complémentaire n°9 de Parthenay et l'hôpital complémentaire n°51 de Tours qui quittent la liste des 10 000 lits à céder[5]. Un échange gagnant pour le Service de Santé qui conserve 621 lits pouvant être portés à 700 contre 460 lits[6]. Le Service de Santé français essaie de répondre au mieux aux demandes de son homologue américain

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 336. Procès-verbal de la tournée effectuée le 9 juillet 1918 pour étudier l'installation de « centres d'hospitalisation » américains dans la zone Orléans, Le Mans, Angers, d'auteur et de date inconnus.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Lettre datée du 20 juillet 1918 du général Fillonneau, Chef de la Mission du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-Américaines près le D.G. des *S.O.S.* au Commissaire Général des Affaires de Guerre Franco-Américaines.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Note du 27 juillet 1918 du sous-secrétariat d'État du Service de Santé Militaire (Service Techniques, section hospitalisation).
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Minute d'une dépêche datée du 31 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au *General Chief Surgeon* des Forces Expéditionnaires Américaines, *S.O.S.*
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Copie d'une dépêche datée du 26 juillet 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Dépêche n°3 007 c datée du 18 juillet 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

tout en protégeant ses intérêts. Parfois, il ne peut satisfaire les demandes comme au début du mois d'août 1918 où il doit accroître ses capacités hospitalières, ce qui n'empêche pas des cessions[1].

Pour trouver les locaux susceptibles de convenir au Service de Santé américain, le Service de Santé français peut s'appuyer sur les autorités civiles, dont les préfets. Le 15 août 1918, ils sont chargés de dresser des renseignements sur les locaux privés pouvant être utilisés pour l'hospitalisation des soldats français et alliés ou des civils[2]. Le Service de Santé français s'appuie aussi sur les commissions de répartition des immeubles créées le 22 juillet 1918[3]. La commission instituée pour le département de la Vienne se réunit pour la première fois le 29 juillet et lors de cette séance, établit une liste de locaux pouvant être utilisés par les Américains. Les différents services de l'armée et les autorités civiles négocient pour conserver un maximum de locaux pour leurs besoins. Il est décidé qu'une partie d'une caserne soit transformée en hôpital afin d'accueillir les prisonniers de guerre de l'hôpital complémentaire n°18. L'ancien évêché, où se situe cet hôpital, serait alors libéré pour les Américains. De même, les représentants du ministère de l'Instruction Publique dressent la liste des locaux scolaires utilisables par le Service de Santé américain complétée par une liste de propriétés privées, qui sont toutes des châteaux[4]. Les propriétaires privés ne sont pas forcément enchantés de savoir leurs biens potentiellement utilisés par les Américains comme le maire de Bossay en Indre-et-Loire[5]. Chargée de dresser des listes de locaux utilisables[6], souvent après des négociations visant à limiter les nuisances, les commissions de répartition ne sont pas forcément suivies dans leurs recommandations. Ainsi dans sa séance du 14 septembre 1918, la commission de répartition de la Vienne regrette que le Président du Conseil ait mis à la disposition du Service de Santé américain les facultés de Droit et des Lettres de Poitiers, menaçant la vie universitaire[7]. Cependant ces locaux n'ont pas été occupés par l'armée américaine[8]. En effet, les locaux proposés ne conviennent pas forcément

---

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Minute d'une lettre datée du 1er août 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au Commissaire Général aux Affaires de Guerre Franco-Américaine (Service des Affaires Administratives et Techniques).

[2] A.D.V. 7 R 45. Circulaire du 15 août 1918 du ministre de l'Intérieur aux préfets. Cette circulaire fait suite à une circulaire du 17 juillet 1918 ordonnant aux préfets de dresser la liste des établissements privés de tout type susceptibles d'être utilisés pour l'hospitalisation des militaires français et alliés ou des civils.

[3] Leur fonctionnement est étudié dans le B) 1) d) de ce chapitre, p. 582.

[4] A.D.V. 7 R 45. Procès-verbal de la séance du 29 juillet 1918 de la commission de répartition des immeubles de la Vienne.

[5] C.D.M.S.S.A. Carton 336. Copie du « *Mémorandum des faits faisant l'objet de la Note au Cabinet Civil du Ministre* » daté du 26 juillet 1918. Cependant, nous ne savons pas si cette propriété a été utilisée par le Service de Santé américain.

[6] A.D.V. 7 R 45. Lettre n°1 203 O.C.G.A. datée du 1er septembre 1918 du Président du Conseil, ministre de la Guerre, au président de la commission de répartition des immeubles du département de la Vienne.

[7] A.D.V. 7 R 45. Procès-verbal de la séance du 14 septembre 1918 de la commission de répartition des immeubles aux services publics.

[8] A.D.V. 7 R 45. Procès-verbal de la séance du 11 mars 1919 de la commission de répartition des immeubles. La commission doit dresser la liste des installations américaines du département. Une partie des locaux a été affectée à l'armée américaine mais n'a jamais été occupée.

à ses besoins, comme l'école normale d'instituteurs de Parthenay qui est proposée le 1er novembre 1918 mais qui est refusée à la fin du mois car aucune troupe américaine ne doit cantonner là-bas[1].

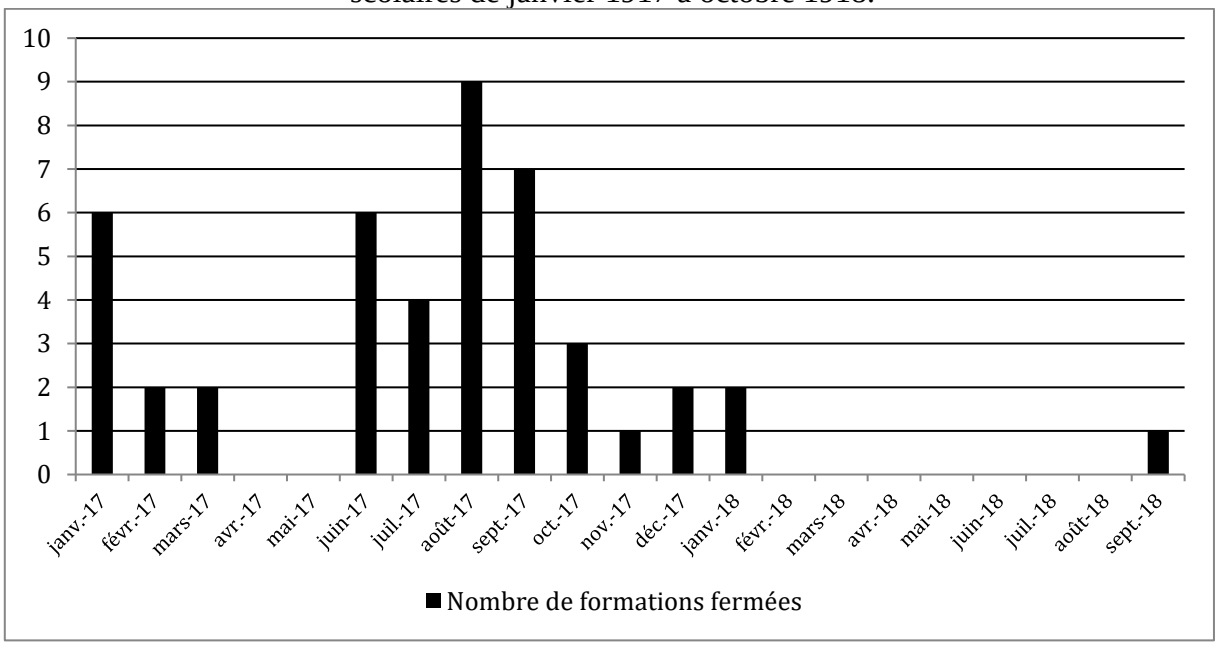
3) Une situation favorable à la libération des locaux scolaires.

L'année 1917 est celle où les évacuations sur les régions de l'intérieur sont les moins nombreuses. C'est aussi l'année où le S.S.E.S.S.M. appelle de plus en plus à faire des économies dans le fonctionnement des systèmes hospitaliers des différentes régions. Le contexte est alors favorable à des restitutions de tous les types de locaux et les autorités civiles se placent en embuscade pour obtenir, enfin, leurs locaux scolaires. Il devient difficile pour le S.S.E.S.S.M. de refuser de rendre ces locaux mais il n'entend pas pour autant trop affaiblir le système hospitalier alors que l'arrivée des Américains l'oblige à céder des hôpitaux. Le Service de Santé doit agir avec prudence face à des autorités civiles particulièrement revendicatrices sur ce point, d'autant que l'offensive allemande de mars 1918 risque de remettre en cause ces restitutions.

a) Les restitutions de locaux scolaires.

L'année 1917 est favorable à des restitutions de locaux scolaires suite à la faible activité hospitalière dans la région et ceci malgré l'offensive du Chemin des Dames. Le ministère de l'Instruction Publique, les maires et les organismes à la tête des écoles privées réclament alors avec insistance les locaux scolaires qui sont principalement rendus avant la rentrée scolaire d'octobre 1917.

Figure 53. Évolution du nombre de fermetures de formations sanitaires présentes dans des locaux scolaires de janvier 1917 à octobre 1918.



[1] C.D.M.S.S.A. Carton 326. Lettre datée du 29 novembre 1918 du lieutenant-colonel Guillon, chef p. i. de la Mission du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-Américaines près le G.Q.G. des *S.O.S.* au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire (Section franco-américaine).

Le but est de rendre à l'enseignement le maximum de locaux afin d'assurer celui-ci dans les meilleures conditions. Ainsi, l'hôpital auxiliaire n°15 situé au collège communal de Loudun est fermé en juillet 1917, l'hôpital auxiliaire n°16 situé à l'école normale d'instituteurs de Loches l'est en août. D'importantes formations ferment en octobre retardant quelque peu la rentrée des élèves à l'exemple de l'hôpital complémentaire n°14 situé au lycée de garçons de Poitiers et de l'hôpital complémentaire n°38 installé à l'école supérieure de garçons de Bressuire. Les fermetures du début de l'année 1917 peuvent s'expliquer par la baisse des évacuations et la volonté de diminuer le système hospitalier pour abaisser les coûts. Les fermetures de la fin de l'année 1917 ne concernent que des annexes situées dans des locaux scolaires comme l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°31 située à l'école privée de filles de Valençay. Celles de janvier 1918 ont trait à deux cas particuliers, la cession de l'hôpital complémentaire n°3 au Service de Santé américain et la mise en réserve, débouchant en réalité sur une fermeture, de l'hôpital bénévole n°6bis situé dans les locaux de l'école maternelle et l'école de filles du Lion d'Angers[1].

Ces restitutions totales de locaux s'accompagnent de restitutions partielles car souhaitant maintenir un système hospitalier a minima, le Service de Santé ne consent à rendre qu'une partie des locaux qu'il occupe. Dans le cas des groupes scolaires occupés par une formation sanitaire, la restitution partielle de celui-ci peut libérer une école sans mettre fin à la formation sanitaire, ce qui explique la différence entre le nombre de formations sanitaires fermées et le nombre de locaux scolaires libérés. La restitution partielle des locaux, outre qu'elle accroît la cohabitation des élèves et des soldats, ce qui peut parfois poser des difficultés, contracte les services hospitaliers et peut nuire à leur fonctionnement. À la fin du mois de mai 1917, le directeur régional du Service de Santé ordonne au médecin chef de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers d'y installer une salle d'opération septique[2]. Or, le maire de la ville lui fait savoir au mois de juin que la mairie est en discussion avec le Service de Santé pour obtenir la restitution partielle de l'école dans laquelle a été installé l'hôpital. Le médecin chef se tourne alors vers le préfet pour lui demander plus d'informations quant à cette restitution afin de procéder aux travaux dans cet hôpital qui devient par la suite le service central du secteur chirurgical d'Angers[3]. En juillet, les locaux sont partiellement restitués, mais nous ne savons

[1] A.D.M&L. 1R5/5. Lettre datée du 14 janvier 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet de Maine-et-Loire. Le directeur explique qu'il ne peut rendre les locaux car la formation a été mise en réserve pour faire des économies notamment de combustible. Cependant, la formation semble n'avoir jamais été réactivée, du moins, elle ne figure plus dans les rapports.

[2] A.M. Angers. 4H64. Lettre datée du 21 juin 1917 du médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°28 au préfet de Maine-et-Loire.

[3] Le problème de communication entre le médecin-chef et le Service de Santé s'explique par le fait que c'est la direction centrale qui décide des rétrocessions et non la direction régionale.

pas dans quelle proportion, permettant de rouvrir l'externat[1]. Dans le même temps, la mairie de Cholet obtient une rétrocession partielle plus importante de l'école primaire supérieure de garçons.

Les restitutions s'arrêtent après le mois de janvier pour ne reprendre qu'en septembre en raison principalement de l'offensive allemande du printemps. De même, les restitutions partielles sont limitées voire supprimées pour les mêmes causes. Le 16 mai 1918, le préfet d'Indre-et-Loire fait savoir au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire qu'à la suite de la création de nouveaux services à la préfecture, il doit récupérer pour la rentrée prochaine les salles mises à la disposition de classes du lycée Descartes[2]. Il demande alors la restitution de trois ou quatre salles au lycée Descartes pour accueillir ces classes, proposant que le Service de Santé compense cette perte par l'installation de baraquements dans la cour du lycée. Or pour le directeur régional, la période se prête mal à des restitutions, surtout pour un hôpital aussi important que celui situé au lycée Descartes :

> « Je ne puis envisager la restitution de quatre des plus grandes salles du Lycée Descartes sans diminuer considérablement la capacité d'hospitalisation de l'Hôpital [*sic*].
>
> Le Lycée Descartes constitue actuellement le Centre [*sic*] de chirurgie le plus important de toute la 9eme [*sic*] Région.
>
> Des aménagements spéciaux importants et onéreux ont été faits.
>
> Il y a lieu de prévoir une période d'activité intense dans les opérations du front. Une extension de la capacité d'hospitalisation est même nécessaire. »[3]

Le directeur régional propose alors l'installation de baraquements de type « Santé » dans la cour de la mairie ce que le proviseur a accepté. Cette solution est abandonnée suite au refus du S.S.E.S.S.M. car les stocks concernant ces baraquements sont exclusivement destinés à accroître les capacités hospitalières[4]. La situation ne s'améliore pas à la rentrée, le préfet souhaite la libération de ses locaux tandis que le Service de Santé lui soumet avec insistance l'idée de louer des locaux pour ses services à charge de remboursement par le Service de Santé[5]. Le mois de septembre marque cependant la reprise des restitutions avec celle de l'école communale de Thouars précédemment occupée par l'hôpital auxiliaire n°111, mais il faut attendre l'armistice pour que la situation s'améliore.

b) La municipalité de Tours contre l'hospitalisation des soldats dans ses écoles ?

Après les quelques restitutions de locaux scolaires obtenues par la mairie de Tours les années précédentes, le maire de Tours met définitivement fin à l'« Union Sacrée » en repartant à l'assaut du S.S.E.S.S.M. pour obtenir, dans l'optique de la rentrée de 1917, la restitution des écoles publiques.

---

[1] A.D.M&L. 1R5/5. Minute d'une lettre datée du 18 août 1917 du préfet de Maine-et-Loire au maire d'Angers.
[2] A.D.I&L. T1140. Brouillon d'une lettre datée du 16 mai 1918 du préfet d'Indre-et-Loire au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Cette lettre semble être adressée au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[3] A.D.I&L. T1140. Lettre datée du 22 mai 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] A.D.I&L. T1140. Lettre datée du 1er juin 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au préfet du département d'Indre-et-Loire.
[5] A.D.I&L. T1140. Lettre datée du 1er octobre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au préfet d'Indre-et-Loire.

Dans ce but, il rencontre Justin Godart le 18 juin 1917[1]. Parmi les locaux négociés se trouvent le lycée de jeunes filles et le groupe scolaire Rabelais précédemment proposés par le Service de Santé et le groupe scolaire Mirabeau nouvellement proposé par le Service de Santé. Le maire semble avoir réclamé l'école supérieure de jeunes filles, l'école de filles de la rue des Abeilles, pratiquement vide, et l'école de filles de la rue Voltaire inutilisée par le Service de Santé. Parmi les arguments rédigés dans cette note mais dont on ne sait s'ils ont été exposés à Justin Godart, le maire évoque une situation plus défavorable par rapport aux autres villes de la région qui auraient pratiquement toutes récupéré leurs écoles. De même, il explique que des écoles privées ont été rendues par l'armée à Tours, concurrençant ainsi l'enseignement public. Le maire utilise un autre argument et vise l'organisation médicale du système hospitalier de la région :

> « La Municipalité élève de nouveau une protestation contre le principe de la réunion dans une même Ville [*sic*] de tous les centres médicaux.
>
> Cette centralisation, qui n'existe pas dans les autres Régions [*sic*], ne se justifie par aucune raison sérieuse, et l'opinion publique l'attribue au désir de satisfaire les intérêts personnels de certains médecins.
>
> Il appartient à M. le Sous-Secrétaire d'Etat [*sic*] de prendre une décision énergique, en tenant compte du sentiment de la population et des avis des autorités civiles, pour mettre fin à un état de choses dont la prolongation pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences. »[2]

Critiquant ainsi la concentration des spécialités médicales et de leurs centres régionaux dans une même ville, le maire s'attaque à l'organisation médicale de la 9e région, probablement partagée par d'autres, et qui est considérée comme un grand avantage thérapeutique par les médecins-chefs de centre. L'utilisation du lycée Descartes par différents centres et services spécialisés agace probablement la mairie de Tours car il rend le lycée irrécupérable jusqu'à la fin de la guerre[3]. Il n'est pas certain que cet argument fasse mouche auprès de Justin Godart qui a encouragé ces collaborations.

La mairie de Tours obtient en partie gain de cause en juillet 1917. Reconnaissant la « [...] situation particulièrement difficile dans laquelle se trouve l'enseignement public à Tours et notamment l'enseignement primaire des filles [...] »[4], Justin Godart ordonne la rétrocession de différentes écoles. Les écoles de filles des groupes scolaires Mirabeau, Abeilles, Voltaire et Rabelais, le lycée de jeunes filles et deux salles de l'école primaire supérieure de filles sont rendues pour améliorer la situation de l'enseignement public des filles. Pour Justin Godart, il s'agit d'un geste important du Service de Santé :

---

[1] A.D.I&L. 8 R 36. Note sur la restitution des établissements scolaires à la municipalité par le maire de Tours et rédigée entre le 18 et le 23 juin 1917. Elle est communiquée à l'inspecteur d'académie et au préfet d'Indre-et-Loire.
[2] *Ibidem.*
[3] Il ne fait pas partie des locaux scolaires évoqués lors de l'entretien du 18 juin 1917.
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 14 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au maire de Tours.

> « La restitution de ces divers locaux à l'enseignement sera effectuée avant la rentrée scolaire d'octobre. Il en résultera une suppression de 900 lits d'hospitalisation militaire à Tours, c'est un sacrifice considérable lorsqu'on considère que la ville est le chef-lieu de Région et siège des centres de spécialité. »[1]

Il demande alors à la mairie de se contenter de ces rétrocessions annonçant que le Service de Santé ne rendrait pas d'autres locaux scolaires afin de ne pas déstabiliser le système hospitalier de la région et surtout de la ville de Tours. Dans une lettre au député d'Indre-et-Loire et sous-secrétaire d'État de l'Administration et de la Guerre René Besnard, qui a très probablement appuyé la demande de la mairie, Justin Godart revient sur ces rétrocessions[2]. S'il n'a pu donner satisfaction concernant l'école primaire supérieure de filles, c'est à cause des frais importants qui ont été engagés par le Service Santé pour l'hôpital complémentaire n°3. Quant au groupe scolaire Mirabeau, la présence du service central de médecine rend impossible sa restitution complète qui, par ailleurs, entrainerait la fermeture de l'hôpital auxiliaire n°103, unique formation de l'U.F.F. à Tours, « [...] ce qui offrirait des inconvénients d'un autre ordre. »[3] Surtout, Justin Godart demande à son collègue « [...] que ne soient pas présentées d'ici la fin des hostilités de nouvelles demandes de rétrocessions qu'il ne serait matériellement pas possible d'accueillir. »[4]

La mairie de Tours doit donc se contenter de ces restitutions, même si elle regrette, tout comme le recteur d'académie de Poitiers, l'absence de l'école de garçons du groupe scolaire Mirabeau[5] et du lycée Descartes de la liste des rétrocessions prévues[6]. Le maire de Tours réclame au directeur régional qu'il prenne immédiatement les dispositions nécessaires à leur restitution la plus rapide possible dans le but d'y effectuer la rentrée d'octobre 1917[7]. Le 19 juillet, le directeur régional lui annonce que les écoles de filles de la rue des Abeilles et du groupe scolaire Rabelais sont déjà évacuées, des dispositions sont prises pour les autres locaux et les travaux de nettoyage et de désinfection vont être immédiatement entrepris[8]. Le 7 août 1917, le directeur régional annonce une bonne nouvelle au maire : l'école de garçons du groupe scolaire Mirabeau est aussi rendue à l'enseignement public[9]. L'hôpital auxiliaire n°103 conserve alors l'école maternelle du groupe

---

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 14 juillet 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au maire de Tours.
[2] *Ibidem.*
[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*
[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Copie d'une lettre datée du 17 juillet 1917 du maire de Tours au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 19 juillet 1917 du recteur de l'Académie de Poitiers au maire de Tours. Le recteur regrette aussi cette absence.
[7] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Copie d'une lettre datée du 17 juillet 1917 du maire de Tours au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire.
[8] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 19 juillet 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours. Il convient ensuite de procéder à l'état des lieux des locaux.
[9] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 7 août 1917 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours.

scolaire. Contrairement à ce qu'avait souhaité Justin Godart, ces restitutions ne mettent pas fin aux réclamations de la mairie de Tours. Dans sa séance du 22 décembre 1917, le conseil municipal émet le vœu de récupérer tous ses locaux scolaires[1]. Certains, à l'instar de cet homme qui écrit au maire, ne comprennent pas l'utilisation des locaux scolaires par le Service de Santé, surtout pour des formations sanitaires où les soldats ne reçoivent pas de soins[2]. Il souhaite que le Service de Santé rende en priorité les écoles, avant les locaux privés, et dénonce un favoritisme pour l'enseignement privé qui serait lié à un privilège de classe sociale[3]. L'argument d'une surexploitation des locaux scolaires par le Service de Santé par rapport aux autres villes est repris, tout comme celui des mauvaises conditions d'enseignement et celui des poilus se sacrifiant au front et dont la moindre des choses serait d'accueillir convenablement les enfants[4]. La mairie de Tours n'est pas prête à abandonner l'idée de récupérer ses écoles avant l'armistice.

c) Veiller à ne plus perdre de locaux.

Une fois les locaux scolaires rendus à leur destination première, leur propriétaire, surtout les mairies et l'Instruction Publique, veillent à conserver ces derniers face à un Service de Santé qui, en 1918, est confronté à une situation critique. La mairie de Tours, après avoir récupéré des locaux scolaires pour la rentrée d'octobre 1917, s'émeut d'une possible réquisition de locaux récemment rendus en avril 1918. Elle fait alors appel à René Besnard, qui n'est alors plus au gouvernement, pour écarter cette menace. Dans une lettre du 27 avril 1918, le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire lui explique la situation conduisant à cette décision :

> « J'ai l'honneur de vous faire connaitre que les besoins de l'hospitalisation créés par la situation militaire actuelle et dont l'importance ne saurait vous échapper, m'ont en effet, amené à envisager, parmi les diverses mesures susceptibles d'accroître dans la mesure nécessaire les ressources hospitalières du Service de Santé, la possibilité de recourir éventuellement à l'occupation de nouveaux locaux scolaires. »[5]

Cependant, il précise qu'il ne s'agit là que d'une mesure de prévention qui ne serait appliquée qu'en cas de dernière nécessité. Le député Morin, ayant rencontré le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire, obtient une réponse similaire qu'il communique au maire de Tours[6].

---

[1] A.M. Tours. 1 D 107. Registre des délibérations du conseil municipal de Tours. Séance du 22 décembre 1917.
[2] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 5 janvier 1918 de monsieur Rivière au maire de Tours. Il s'agit probablement d'un membre du personnel du groupe scolaire Rabelais.
[3] *Ibidem*. L'auteur explique que l'Institution Saint-Louis, un établissement d'enseignement privé rendu récemment, n'est pas fréquentée par des fils d'ouvriers, contrairement à l'école de garçons du groupe scolaire Rabelais.
[4] *Ibid*. L'auteur estime que les pères de ces enfants, « […] héros de la Marne, de l'Yser, de Verdun, etc. […] », ne sont pas morts pour que leurs enfants étudient dans des conditions déplorables.
[5] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 27 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au député d'Indre-et-Loire René Besnard.
[6] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 30 avril 1918 du député d'Indre-et-Loire Morin au maire de Tours. Il lui fait aussi savoir que la situation du groupe scolaire Velpeau n'a pas évolué, le groupe scolaire demeure occupé.

La situation sanitaire au printemps 1918 pousse le Service de Santé à envisager ces solutions extrêmes :

> « Je ne manque pas de saisir la gravité des inconvénients qu'entraînerait la fermeture de nouveaux Etablissements d'Enseignement [*sic*] et je vous prie d'être assuré que je m'attacherai à ne prononcer leur reprise qu'au cas seulement où les évènements me mettraient en demeure d'y faire appel. »[1]

Celles-ci sont parfois mises en œuvre, sans pour autant répondre à un réel besoin, scandalisant une partie du personnel enseignant. Ainsi, une « [...] institutrice tourangelle [...] »[2] dénonce la situation dans laquelle se trouvent les élèves de l'école normale d'institutrices de Saint-Symphorien près de Tours suite à l'utilisation de cette école par le Service de Santé. Elle avait été restituée en septembre 1917 mais a été de nouveau réquisitionnée par le Service de Santé en avril 1918 pour faire face aux évacuations[3]. Une réquisition dommageable pour l'Instruction Publique et les élèves et par ailleurs inutile car l'école n'a jamais reçu de malades ou de blessés[4]. Cette mesure montre aussi l'échec des restitutions et l'impossibilité d'anticiper l'évolution du conflit et ses futurs besoins. Le député Levasseur, faisant état de la situation dans la région à cette période, critique l'emploi des locaux scolaires et le manque de prévoyance du Service de Santé :

> « Il ne faut évidemment pas penser à réquisitionner de nouveau les locaux scolaires. Ce moyen de fortune, acceptable à la rigueur pour une guerre de trois mois, n'a été que trop préjudiciable à l'Instruction Publique, & [*sic*] il faut regretter, une fois de plus, que lorsqu'il est devenu évident que la guerre serait de longue durée, le Service de Santé n'ait pas pensé à installer des hôpitaux d'un caractère moins temporaire. »[5]

Le Service de Santé et le ministère de l'Instruction Publique continuent de collaborer pour une utilisation rationnelle des locaux scolaires. En juin 1918, le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire ordonne aux directeurs régionaux de s'entendre avec les autorités académiques afin de mettre au point une liste de locaux pouvant être utilisée en ménageant les intérêts des deux administrations[6]. Le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire prescrit d'utiliser plus largement les locaux de l'enseignement privé, qu'ils aient été rendus ou bien jamais employés, afin de ne pas trop défavoriser l'enseignement public :

> « Il apparait en effet que, dans les propositions qui m'ont été soumises par les Directions Régionales, il n'a pas été fait à l'Enseignement privé un appel assez large. »[7]

---

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 27 avril 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au député d'Indre-et-Loire René Besnard.
[2] A.D.I&L. T 1140. Entrefilet paru le 9 novembre 1918 dans le journal *Le Réveil d'Indre-et-Loire*.
[3] A.D.I&L. T 1140. Lettre datée du 20 novembre 1918 de l'inspecteur d'académie d'Indre-et-Loire au préfet d'Indre-et-Loire.
[4] *Ibidem*. L'inspecteur d'académie explique qu'elle est inutilisée depuis plus d'un an.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.
[6] A.D.M&L. 1R5/5. Copie de la dépêche n°11 986 B 1/7 du 20 juin 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] *Ibidem.* Une enquête sur les locaux utilisables par le Service de Santé avait été menée quelques temps auparavant. La dépêche ordonne de revoir la liste des locaux déjà proposés avec les autorités académiques.

De son côté le ministère de l'Instruction Publique rappelle aux recteurs et aux inspecteurs d'académie « […] qu'aucun local universitaire ne peut être à proprement parler réquisitionné, et qu'il ne peut être utilisé pour quelque service que ce soit sans [son] autorisation. »[1] Ces précautions visent à ne plus subir les actions du Service de Santé alors que la situation sanitaire place celui-ci dans une position inconfortable. Hormis les cessions faites au Service de Santé américain, ces mesures n'ont pas été suivies d'effet, sauf pour l'école d'apprentissage Desteur de Tours qui devient l'hôpital complémentaire n°59 pour les besoins du centre de psychiatrie en juillet 1918.

C) La démobilisation du système hospitalier : une démobilisation réussie ?

La démobilisation de l'organisation médicale et du personnel médical se fait dans l'optique de rendre le plus rapidement possible à la vie civile les praticiens et les hospitalisés. Elle se déroule dans de bonnes conditions, menacée cependant par la grippe espagnole qui déstabilise les services médicaux civils. Elle dévoile des erreurs dans la gestion administrative des formations sanitaires qui se répercutent sur la procédure de démobilisation. La fermeture de formations se répète durant le conflit mais lors de la démobilisation, elle revêt parfois un caractère plus fort pour certains acteurs de l'hospitalisation des soldats. Après avoir échoué dans son entrée en guerre, on peut se demander si le Service de Santé réussit la démobilisation du système hospitalier. Car à vouloir satisfaire différents intérêts qui parfois divergent des siens, le Service de Santé ne commet-il pas des erreurs ?

1) Une démobilisation réussie sur le plan structurel.

La démobilisation du système hospitalier de la 9^{e} région doit accompagner celle des services médicaux et du personnel. Le but est de fermer les formations sanitaires et rendre les locaux tout en conservant un nombre suffisant de lits pour répondre aux besoins dans un contexte médical aggravé par la grippe espagnole tandis que les évacuations sanitaires du front diminuent. Une démobilisation qui doit aussi prendre en compte d'autres intérêts que ceux du Service de Santé et de ses alliés. Les mairies, l'Instruction Publique, les particuliers et les institutions privées espèrent récupérer le plus rapidement possible leurs locaux scolaires. De même, l'armée américaine qui accroît encore ses effectifs sur le sol français doit adapter son système hospitalier à l'arrêt des combats. Ainsi, on peut se demander comment le Service de Santé intègre ces différents intérêts pour mener à bien sa démobilisation et si celle-ci est réussie. C'est-à-dire, si le Service de Santé a su conserver un nombre suffisant de lits tout en restituant rapidement les locaux à leur propriétaire.

[1] A.D.M&L. 1R5/5. Lettre datée du 19 juin 1918 de l'inspecteur d'académie de Maine-et-Loire au préfet de Maine-et-Loire.

a) La difficile adaptation du système hospitalier aux besoins hospitaliers de la démobilisation.

Nous n'avons pas pu retrouver le plan de démobilisation du Service de Santé, si celui-ci a bien existé. Le rapport du contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de la démobilisation pour le Service de Santé dans la 9e région, daté du 30 avril 1919[1], montre une volonté de démobiliser le système hospitalier de manière rationnelle et d'agir rapidement. Au 11 novembre 1918, le contrôleur de 1ère classe Drouot établit le nombre de formations sanitaires dans la région à 164 et les capacités hospitalières à 17 101 lits. Ce système se répartit de la manière suivante :

Tableau 32. Répartition, selon le type, des formations sanitaires existantes au 11 novembre 1918.

Type de formation	Nombre
Hôpitaux permanents mixtes ou civils	14
Annexes des hôpitaux permanents mixtes ou civils	6
Hôpitaux complémentaires	26
Annexes des hôpitaux complémentaires	25
Hôpitaux auxiliaires	32
Annexes des hôpitaux auxiliaires	21
Hôpitaux bénévoles	38
Annexes des hôpitaux bénévoles	2
Total	164

Au 31 mars 1919, 117 formations sanitaires ont été fermées parmi lesquelles quatre annexes d'hôpitaux permanents, vingt-huit annexes ou hôpitaux complémentaires, cinquante-et-un annexes ou hôpitaux auxiliaires et trente-quatre annexes ou hôpitaux bénévoles. Le système hospitalier se compose alors de quarante-sept formations sanitaires et 7 182 lits, un chiffre largement suffisant pour les besoins puisque le contrôleur explique que seulement 4 284 sont occupés[2].

Au 31 mars 1919, le système hospitalier de la 9e région est encore en surcapacité ce qui laisse penser au contrôleur Drouot « [...] qu'un nouvel effort peut être fait, dans le sens de la compression des ressources hospitalières [...] sous forme de propositions de fermetures échelonnées jusqu'à la date extrême du 31 mai 1919. »[3] Il établit alors un plan de libération de locaux portant sur 1 516 lits situés dans des locaux scolaires, dont certains sont en passe d'être rendus, et des locaux privés dont l'utilisation par le Service de Santé est parfois onéreuse. La volonté de mettre fin à ces locations, à l'image de l'hôpital complémentaire n°37 dont l'utilisation coûte 11 840 francs par an à l'État, et ainsi ménager les finances de ce dernier, n'est pas étrangère au choix des formations à libérer, tout en prenant en compte des considérations médicales. En suivant ses propositions, le système hospitalier

[1] S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919.
[2] *Ibidem.* Pour parvenir à ces chiffres, une annexe d'un hôpital auxiliaire est devenue une formation bénévole et des restitutions partielles de locaux ont été faites au lycée Descartes de Tours et au lycée de jeunes filles de Poitiers.
[3] *Ibid.*

se limiterait au 1er juin 1919, à vingt-neuf formations sanitaires : quatorze annexes ou hôpitaux permanents mixtes ou civils, treize annexes ou hôpitaux complémentaires, l'hôpital auxiliaire n°10 et un hôpital bénévole. Parmi ces formations, l'utilisation de cinq d'entre elles serait onéreuse, trois par bail représentant un total de 12 465,80 francs par an et deux par réquisition dont l'indemnité reste à définir.

Au-delà du 1er juin 1919, les prévisions des futures restitutions sont plus difficiles à établir pour le contrôleur Drouot car il est quasiment impossible d'établir le programme des évacuations sanitaires sur la région qui ne compterait plus que 5 666 lits :

> « Mais il est difficile d'établir des prévisions longtemps à l'avance quant au nombre des malades à traiter à une date donnée, surtout si, comme le fait s'est déjà produit, la 9e région reçoit des évacuations collectives par trains sanitaires. »[1]

Il préconise alors de restituer rapidement les formations onéreuses comme l'hôtel de la Guillonnière à Saumur, loué pour 3 600 francs par an, qui n'hospitalise pas de malades au 31 mars 1919, mais il est destiné aux tuberculeux osseux, et ainsi de fixer rapidement les indemnités pour les réquisitions[2]. Du fait que plusieurs services de spécialité occupent des hôpitaux complémentaires ou leurs annexes, il préconise de regrouper ces services au sein d'une même formation, ce que pourrait permettre une baisse du nombre d'hospitalisés, et ainsi libérer des locaux. C'est en partie le cas lorsqu'il rédige son rapport puisque le centre d'O.R.L. doit quitter une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 pour rejoindre l'immeuble accueillant le centre de dermatologie-vénéréologie.

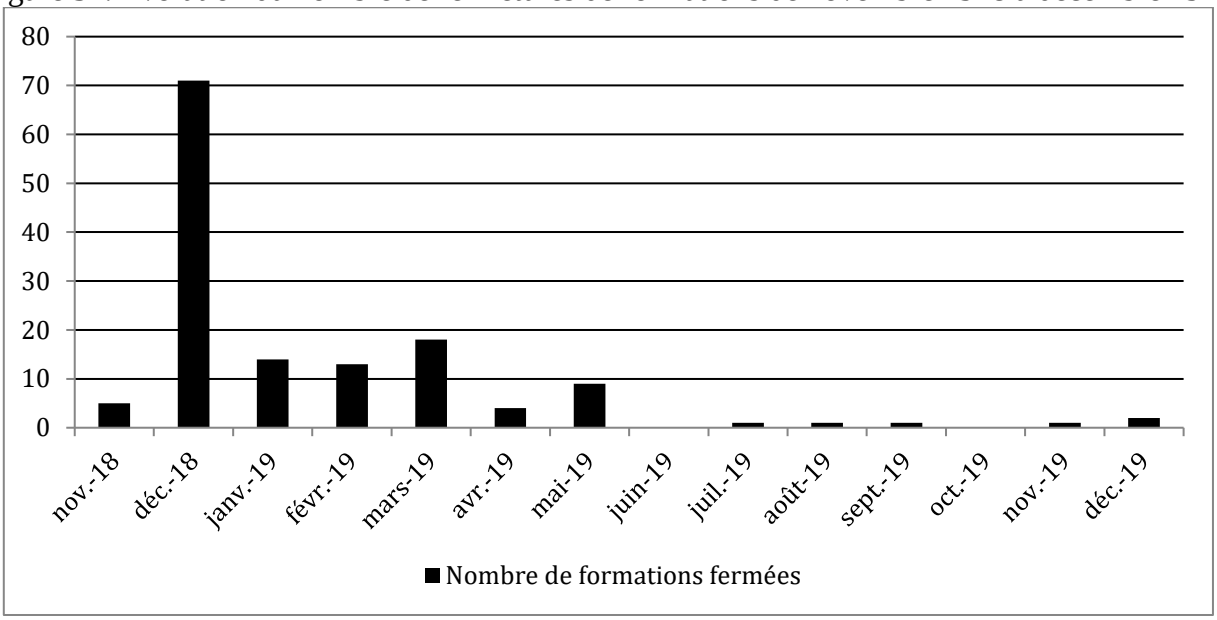
Les recherches que nous avons menées ne donnent pas le même nombre de formations que le rapport du contrôleur Drouot et le manque d'archives pour la période de la démobilisation sur le système hospitalier de la région ne facilite pas ce travail. Il convient aussi de préciser que certaines structures ne ferment que des mois voire des années plus tard comme les hôpitaux mixtes qui existaient avant la Première Guerre mondiale, le magasin régional de Châteauroux ou le laboratoire de bactériologie de Tours. L'hôpital complémentaire n°5 où se trouve le centre d'appareillage et de rééducation des mutilés est aussi dans ce cas. Ainsi, nous avons estimé le nombre de formations dont nous connaissons au moins le mois de fermeture à 148, avec une plus grande certitude pour celles fermées entre le mois de novembre 1918 et le 31 mars 1919 grâce au rapport du contrôleur Drouot. En ne se focalisant que sur la période de novembre 1918 à décembre 1919 nous pouvons dresser la chronologie des restitutions suivante :

---

[1] S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919.

[2] *Ibidem*. Un conflit oppose le Service de Santé au propriétaire de l'hôtel Torterue qui affiche des « [...] prétentions exagérées [...] » en réclamant 15 000 francs par an.

Figure 54. Évolution du nombre de fermetures de formations de novembre 1918 à décembre 1919.



De novembre 1918 à mars 1919, 121 formations sanitaires ont été fermées, essentiellement en décembre 1918 ce qui montre que les restitutions ont été très rapides. Elles concernent principalement des annexes et des hôpitaux auxiliaires, puis des hôpitaux bénévoles et des hôpitaux civils comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 33. Répartition des restitutions, selon le type de la formation, en décembre 1918.

Type de la formation	Nombre de fermetures	Pourcentage
Annexe H.	1	1,4%
Annexe H.A.	19	26,8%
Annexe H.B.	2	2,8%
Annexe H.C.	12	16,9%
H.	1	1,4%
H.A.	18	25,4%
H.B.	14	19,7%
H.C.	4	5,6%
Total	71	100,0%

Profitant de l'arrêt des combats, le Service de Santé a probablement concentré l'hospitalisation des soldats sur certaines grandes formations permettant de libérer les locaux des formations secondaires. Les propriétaires des locaux ont aussi rapidement cherché à récupérer leurs biens. Le nombre de restitutions diminue ensuite et à partir de juin 1919, elles sont peu nombreuses mais régulières, le démantèlement du système hospitalier s'achève alors. Cependant d'autres formations continuent à être fermées en 1920 et l'on retrouve une fermeture en 1923. Il s'agit de l'hôpital complémentaire n°40 d'Angers qui accueillait notamment un centre spécial de réforme, mais nous ne savons pas pourquoi le Service de Santé a conservé cette formation aussi longtemps. Enfin, il convient de signaler que quatre formations ont été créées durant cette période. Deux annexes changent de formation d'attache

à Angers à la fin du mois de novembre 1918, une annexe de l'hôpital auxiliaire n°10 devient l'hôpital bénévole n°182bis en février 1919 et l'hôpital complémentaire n°60 est créé au début du mois de décembre 1918 au château des Ormes dans la Vienne. Nous ignorons son rôle.

b) Solder la guerre.

La restitution des locaux scolaires est une priorité du Service de Santé lors de la démobilisation. Dans son rapport, le contrôleur Drouot explique que la première phase de restitution de locaux a concerné trente-huit établissements scolaires publics et privés comprenant plus de 4 500 lits, auxquels s'ajoutent des restitutions partielles. Dans la deuxième phase de restitution, il prévoit de rendre les locaux scolaires encore occupés par le Service de Santé au plus tard le 31 mai 1919 ce qui semble avoir été le cas[1]. C'est aussi une priorité pour les mairies, l'Instruction Publique, les institutions privées et le personnel enseignant qui veille à récupérer ces locaux dès que l'occasion se présente. Ainsi, le directeur de l'école de garçons de la place Rabelais de Tours écrit au maire de la ville le 2 décembre 1918 pour lui signaler que l'hôpital complémentaire n°53 qui l'occupe a cessé de fonctionner depuis le 30 novembre 1918 mais qu'il n'est pas rendu à l'enseignement[2]. Quelque peu désabusé, il signale que l'école va être utilisée comme annexe du dépôt du 66^{e} régiment d'infanterie. Le 3 janvier 1919, c'est l'inspecteur primaire de la 1ère circonscription de Tours qui avertit le maire qu'il a appris que le Service de Santé allait libérer un local de l'école de la place de la Liberté. Il demande alors à l'utiliser le plus rapidement possible pour les élèves de cette école[3]. Il lui est répondu que le local est en trop mauvais état pour être occupé immédiatement, le Service de Santé doit procéder à sa désinfection avant que l'on puisse y faire des travaux, par ailleurs, la mairie espère récupérer prochainement l'intégralité du groupe scolaire[4].

Le Service de Santé cherche à répondre aux demandes concernant les locaux scolaires mais pour cela il lui faut conserver des moyens d'hospitalisation pour faire face aux besoins. La mairie de Tours en est parfaitement consciente et pour récupérer ses écoles le plus rapidement possible, elle utilise l'hospice général de Tours. À la séance du 25 novembre 1918 de la commission administrative, le directeur-économe de l'hospice général fait la lecture d'une lettre qu'il a reçue du maire de Tours[5]. Celui-ci explique que la restitution des locaux scolaires par le Service de Santé ne peut se faire qu'à

[1] Cependant, certains locaux scolaires ont été rendus plus tard, à l'exemple du lycée de jeunes filles de Poitiers où l'hôpital complémentaire n°17 qui s'y situe ne ferme que le 20 novembre 1919.
[2] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 2 décembre 1918 du directeur de l'école de garçons de la place Rabelais au maire de Tours.
[3] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 3 janvier 1919 de l'inspecteur primaire de la première circonscription de Tours au maire de Tours.
[4] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 9 janvier 1919 de monsieur Crocicchia à l'inspecteur primaire de la première circonscription de Tours.
[5] A.D.I&L. A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 25 novembre 1918.

la condition que l'hospice général lui garantisse suffisamment de lits. Entre l'hospice général ayant eu des différends avec le Service de Santé et les écoles, le maire de Tours a clairement choisi :

> « Je vous serais obligé de vouloir bien transmettre d'urgence cette question à la Commission, de manière à pouvoir donner, dès que possible, au Service de Santé une réponse que, pour ma part, je désire vivement favorable, car elle permettrait l'évacuation plus rapide et la restitution à la Ville de nombreux immeubles dont nous attendons impatiemment le retour. »[1]

La demande porte sur 120 lits supplémentaires, au minimum, pour les six premiers mois de l'année 1919, puis quatre-vingt pour le semestre suivant et enfin quarante pour l'année d'après. C'est le nombre de lits que la commission consentait à mettre à la disposition du Service de Santé en février 1917. Elle accepte de nouveau avec une condition similaire à celle de sa précédente réponse, à savoir récupérer en priorité les pavillons du quartier de l'hospice, locaux qu'elle réclame depuis des mois.

Bénéficiant de ce supplément de lits pour les mois à venir, le directeur régional du Service de Santé organise la rétrocession progressive des locaux scolaires dans un programme qu'il fait connaître au maire de Tours le 5 décembre 1918[2]. Les écoles de garçons des groupes scolaires Rabelais et Velpeau vont être très rapidement restituées. Elles doivent cependant être temporairement occupées par les prisonniers de guerre français rapatriés. Le 1er janvier 1919, l'hôpital auxiliaire n°103 doit être mis en réserve puis fermé afin de rendre le reste du groupe scolaire Mirabeau. À cette date, une partie de l'école de la place de la Liberté sera rendue, le reste doit l'être après le déménagement des ateliers de prothèse et les cabinets de restauration maxillo-faciale ; une restitution totale peut être envisagée en avril. Si le directeur procède à des restitutions progressives c'est pour ne pas désorganiser les services qui y sont installés. D'autre part, il avertit le maire que le S.S.E.S.S.M. pourrait ne pas prononcer rapidement la fermeture des formations sanitaires qui se trouvent dans ces locaux car « [...] l'Armistice comporte seulement suspension des hostilités et non pas cessation. »[3] La mise en réserve des formations doit alors permettre d'anticiper sur la procédure d'état des lieux et de remise en état des locaux sans pour autant fermer officiellement la formation. Ce programme ne comprend pas tous les locaux scolaires, le lycée Descartes n'est pas mentionné. Le directeur revient par ailleurs sur l'accord passé avec la commission administrative et fait part d'un nouveau projet, semble-t-il accepté par le directeur économe de l'hospice général, et qui permettrait une restitution plus rapide des locaux scolaires[4].

---

[1] A.D.I&L. A.D.I&L. HDEP4/L53. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice général de Tours. Séance du 25 novembre 1918.

[2] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 5 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours.

[3] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 6 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours.

[4] Le Service de Santé conserverait alors le nombre de lits mis à sa disposition par la commission administrative jusqu'au 1er mars 1919. Puis, deux baraques de quarante-huit lits chacune seraient édifiées à l'hospice général permettant notamment de libérer des pavillons civils.

Cette collaboration se poursuit ensuite mais le Service de Santé ne rencontre pas partout la même compréhension de ses besoins. Le chirurgien Boureau devenu membre de la commission administrative de l'asile Gatien de Clocheville, demande lors de la séance du 24 avril 1919, si le Service de Santé compte quitter l'asile prochainement, ce à quoi on lui répond que rien n'est prévu pour le moment[1]. Dès lors, il ne cesse de réclamer le départ des soldats qui y sont hospitalisés, arguant que l'asile se trouve dans une situation illégale, ce qui est vrai car il ne doit soigner que des enfants, et que les soins de ces derniers s'en trouvent dégradés par la présence des militaires[2]. Il signale que les tuberculeux contagieux sont mélangés avec les autres enfants car les militaires occupent les salles qui leur sont destinées. Il craint particulièrement que les parents n'amènent plus leurs enfants se faire soigner à l'asile pour ces raisons. Les critiques portées par le docteur Boureau sont contestées par l'un de ses collègues qui explique notamment que les salles utilisées pour soigner les enfants sont celles créées par le docteur Boureau avant la guerre et qu'aucun enfant n'a été refusé par l'asile. Quant à l'illégalité de la situation, le président de la commission évoque des notes dictées par madame de Clocheville. Si tous reconnaissent que l'hospitalisation des soldats ne doit pas s'éterniser, tous sauf le docteur Boureau, souhaitent attendre le rétablissement complet des blessés[3] pour fermer l'hôpital. Le docteur Boureau souhaite les évacuer sur l'hôpital mixte ce que refusent les autres membres car l'hôpital mixte n'a pas bonne réputation. Lors de la séance du 24 décembre 1919, lecture est faite de deux lettres. La première du directeur régional du Service de Santé qui réclame le maintien des soldats à l'asile jusqu'au 1er avril 1920 et la deuxième des soldats hospitalisés qui demandent à rester à l'asile[4]. Le Service de Santé obtient gain de cause contre le docteur Boureau[5].

c) La place des Américains dans la démobilisation.

Le Service de Santé américain présent dans la 9e région est aussi concerné par la démobilisation, en partie parce qu'il occupe des locaux que les autorités civiles et militaires souhaitent récupérer, comme les écoles ou les casernes. En effet, le Service de Santé, devant rendre au plus tôt les locaux, et les propriétaires estiment l'action du Service de Santé américain quasiment achevée et qu'il doit restituer les locaux. Le 7 novembre 1918, répondant à une demande du ministère de la Guerre, le Service de Santé français interroge son homologue américain sur ses besoins pour la

[1] A.D.I&L. HDEP4/L141. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 24 avril 1919.
[2] A.D.I&L. HDEP4/L141. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 15 décembre 1919.
[3] L'hôpital bénévole n°97bis hospitalise des cas graves expliquant la longueur de l'hospitalisation.
[4] A.D.I&L. HDEP4/L141. Registre des délibérations du comité d'administration de l'asile Gatien de Clocheville. Séance du 24 décembre 1919.
[5] S.H.D. Dossier 5 Ye 6 903. BOUREAU René Marie Louis. Une appréciation de 1919 fait transparaître un conflit entre le docteur Boureau et le Service de Santé « Chirurgien spécialisé dans l'orthopédie et la récupération des mutilés. Un peu personnel, et cherchant à s'immiscer dans les affaires qui ne le regardent pas. Au demeurant vieilli et usé. A été récompensé de ses services antérieur [*sic*] par la Croix. »

période de démobilisation qui s'annonce[1]. L'armistice change la situation militaire et les besoins des services de santé français et américain. Le 15 novembre 1918 se tient une réunion du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-américaines durant laquelle est évoquée la situation nouvelle pour l'hospitalisation des soldats américains engendrée par l'armistice[2]. Cette commission réclame l'arrêt des réquisitions et de la création de nouvelles formations américaines mais aussi la restitution d'établissements estimant que l'arrêt des combats entrainera celui de l'envoi de troupes en France et donc le système hospitalier américain se trouvera en surcapacité. En outre, la commission met en avant les réclamations concernant les établissements d'enseignement utilisés par le Service de Santé américain et la situation critique de l'industrie hôtelière des stations thermales utilisée par ce dernier[3]. De même l'armée française souhaite récupérer ses casernes pour permettre d'assurer au mieux la démobilisation. Le 17 novembre, le Commissaire Général aux Affaires de Guerre Franco-américaines demande au général commandant les Services de Ravitaillement de l'armée américaine la tenue d'une conférence sur les besoins en hôpitaux de l'armée américaine qui aborderait ces points[4].

Le Service de Santé français ne peut contraindre son homologue américain à rendre les locaux, il doit compter sur sa bonne volonté et négocier. La conférence réclamée par le commissaire général se tient le 10 décembre ; y participent, des représentants des armées françaises et américaines et notamment des deux services de santé[5]. Les participants se mettent d'accord sur le nombre de lits nécessaires au Service de Santé américain et sur les locaux à rendre en priorité. Après avoir estimé ses besoins à 10 % des effectifs avant l'armistice, le Service de Santé américain propose 7,5 %, taux que les participants français trouvent élevé, un accord se fait alors à 5 %. À ce taux et avec une armée estimée à environ un million de soldats dans six mois, l'armée américaine aurait besoin de 50 000 lits, elle en dispose de 103 000 dans des bâtiments français et de 60 000 dans des constructions américaines. Les participants se mettent alors d'accord pour faire porter les besoins sur les constructions américaines et libérer en priorité les locaux des stations thermales de Vichy, Contrexéville et Vittel, puis les locaux scolaires et enfin ceux des administrations publiques. Les Français réclament alors l'évacuation immédiate de 80 000 lits. Cependant, il ne s'agit que de propositions et le quartier général des Services de Ravitaillement refuse certaines conclusions le 7

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Modèle non daté d'une réponse à la note n°16 062 D datée du 7 novembre 1918 du ministre de la Guerre. Ce modèle comprend une liste de questions dont nous n'avons pas retrouvé les réponses.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Procès-verbal de la réunion du 15 novembre 1918 du Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-américaines.
[3] Même si sur ce point la réquisition permet le paiement d'indemnités journalières pour ces occupations.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Lettre datée du 17 novembre 1918 du Commissaire Général aux Affaires de Guerre Franco-américaines au général commandant les Services de Ravitaillement de l'armée américaine.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Procès-verbal de la conférence du 10 décembre 1918 réunie au Commissariat Général des Affaires de Guerre Franco-américaines pour l'étude d'un nouveau programme d'hospitalisation américaine en raison de la situation créée par l'armistice.

janvier 1919[1]. Il maintient le taux de 7,5 % basé « [...] sur la situation d'une armée opérant sous un climat étranger, mal logée, dans des cantonnements insuffisants et manquant de confortable [*sic*] […] »[2], d'autant qu'à l'armistice, plus de 200 000 soldats américains sont hospitalisés et que plusieurs mois seront nécessaires à leur rapatriement aux États-Unis. Enfin, en période d'épidémies, notamment de grippe espagnole, le Service de Santé américain doit pouvoir conserver un nombre élevé de lits. Les Américains vont cependant concentrer l'hospitalisation le long de la Ligne de Communications, sur les ports des *Bases* et à proximité des troupes. Les formations présentes dans les stations thermales, dans les Pyrénées et à Paris, hormis celles prévues pour les troupes en cantonnement dans la région parisienne, sont en cours de fermeture. Les immeubles rendus depuis le 11 novembre 1918 représentaient une capacité de 59 735 lits. Le Commissaire Général aux Affaires de Guerre Franco-américaines prend acte de ces décisions le 14 janvier, il soutient la concentration des hôpitaux mais regrette le maintien du taux de 7,5 %, espérant qu'il sera révisé à la baisse[3]. Enfin, s'il ne peut effectivement contraindre les Américains à rendre des locaux, il demande un accueil bienveillant aux demandes qu'il pourrait faire.

Démantelant son organisation hospitalière au fur et à mesure que les hospitalisés guérissent ou soient en état d'être rapatriés[4], le Service de Santé américain restitue des locaux dont la procédure est là aussi négociée avec les Français. Pour les locaux cédés par le Service de Santé français, dans le cas où celui-ci reste partie contractante vis-à-vis du propriétaire, celui-ci propose en décembre 1918 d'assister son homologue américain dans la procédure de restitution et de partager l'indemnité de remise en état[5]. Quelques jours après, le ministre de la Guerre précise que pour les demandes de retour d'un bâtiment faites par des autorités locales, il doit être saisi de la demande et décide si ce dernier est restitué à son propriétaire ou bien conservé par le gouvernement français. Le Service de Santé peut donc récupérer d'anciennes formations[6]. Le 4 janvier 1919, le *Chief Surgeon* du Corps Expéditionnaire Américain répond aux propositions du S.S.E.S.S.M. et propose une collaboration entre services pour les restitutions des locaux[7]. Celle-ci se focalise sur l'indemnité à verser pour les dégradations, l'estimation des responsabilités, et pour l'occupation des locaux. Nous ne savons pas

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Copie d'une lettre datée du 7 janvier 1919 du Général Commandant les Services de Ravitaillement de l'Armée Américaine au chef de la Mission Militaire Française près le Quartier Général des *Services of Supply*.
[2] *Ibidem.*
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Copie d'une lettre datée du 14 janvier 1919 du Commissaire Général aux Affaires de Guerre Franco-américaines au Général Commandant les Services de Ravitaillement de l'Armée Américaine.
[4] GILLET, Mary C., (2009), *The Army…, op. cit.* p. 433-434.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Minute de la dépêche n°36 656 B 8/7 datée du 21 décembre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au *General Chief Surgeon* des Forces Expéditionnaires Américaines, *S.O.S.*
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Dépêche n°6 043 A/11 datée du 28 décembre 1918 du ministre de la Guerre.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Lettre datée du 4 janvier 1919 du *Chief Surgeon* au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

quelle fut la réponse du S.S.E.S.S.M. d'autant que cette question entre dans le cadre plus vaste de la récupération des locaux et du matériel de l'armée américaine et de leur liquidation par la France[1].

Dans la 9e région, le Service de Santé américain rend progressivement les anciennes formations sanitaires cédées et les locaux qu'il a loués pour ses besoins. Son homologue français intervient dans ce processus en indiquant s'il souhaite récupérer les locaux voire en réclamant certains d'entre eux qui ne sont pas encore fermés. Ainsi, le Service de Santé français refuse de récupérer l'hôpital complémentaire n°47 en janvier 1919[2], l'hôpital complémentaire n°21[3] et l'hôpital complémentaire n°23 en février 1919[4] car il n'en a pas l'utilité. Ce qui n'est pas le cas des locaux anciennement occupés par les hôpitaux complémentaires n°16, à Poitiers, et n°58 à Mongazon (Angers), dont il réclame le retour en décembre 1918[5], en plus du bâtiment privé du Clos Saint-Victor à Joué-lès-Tours loué par les Américains. En récupérant l'hôpital complémentaire n°58, le Service de Santé pourrait rendre l'école primaire supérieure de garçons d'Angers occupée par l'hôpital complémentaire n°28[6]. De même, le Service de Santé compte utiliser l'hôpital complémentaire n°16 pour y installer le centre spécial de réforme situé à l'hôpital complémentaire n°17 et ainsi rendre le lycée de jeunes filles où se trouve cette dernière formation[7]. Le Service de Santé aurait récupéré ce local en février tandis que les locaux de Mongazon l'auraient été en juin. Ainsi, la collaboration avec le Service de Santé américain est indispensable pour que le Service de Santé français réussisse sa démobilisation en répondant aux demandes des propriétaires des locaux, surtout des écoles.

2) La restitution des formations.

La procédure de fermeture et de restitution des formations sanitaires est fixée par l'instruction du 21 mai 1913[8] et malgré quelques modifications dues à l'apparition de formations nouvelles et aux évolutions de l'organisation médicale, elle conserve le même processus. C'est pourquoi les restitutions faites durant la guerre et lors de la démobilisation sont similaires, les procédures sont connues des

[1] C.D.M.S.S.A. Carton 334. Copie d'une dépêche du 8 mars 1919 du ministre de la Guerre.
[2] C.D.M.S.S.A. Carton 326. Copie de la dépêche n°3 291 B 8/7 datée du 22 janvier 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. L'hôpital était situé à la caserne Coiffé de Saint-Maixent-l'École.
[3] C.D.M.S.S.A. Carton 339. Copie de la dépêche n°6 663 B 8/7 datée du 13 février 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. L'hôpital était situé à l'école de théologie de Poitiers.
[4] C.D.M.S.S.A. Carton 339. Copie de la dépêche n°8 763 B 8/7 datée du 25 février 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. L'hôpital était situé au Petit Séminaire d'Issoudun.
[5] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Minute de la dépêche n°37 459 B 8/7 datée du 27 décembre 1918 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[6] C.D.M.S.S.A. Carton 325. Copie de la dépêche n°14 897 B 1/7 datée du 4 avril 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[7] C.D.M.S.S.A. Carton 339. Copie de la dépêche n°6 663 B 8/7 datée du 13 février 1919 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[8] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 47-50 (Articles 95 à 103).

différents acteurs et maîtrisées. Cependant, la fermeture d'un hôpital auxiliaire revêt une signification particulière pour son personnel et le comité qui le gère.

a) Fermer, nettoyer et réparer.

La première étape est la fermeture de l'hôpital qui est prononcée par la 7e Direction puis par le S.S.E.S.S.M. sur sa propre initiative ou à la demande du commandant de la région, du directeur régional du Service de Santé[1] ou de différentes autorités comme la mairie de Tours. Cette décision n'est pas totalement définitive, on ne peut écarter la possibilité d'une intervention d'une autorité supérieure, et des négociations sont possibles pour conserver les formations menacées d'une mise en réserve ou d'une fermeture. Concernant les hôpitaux auxiliaires, en décembre 1916, le comité central de la S.S.B.M. appelle les comités locaux concernés par la fermeture d'une ou plusieurs de leurs formations, à lui transmettre, via le délégué régional, leurs réclamations[2]. En février 1917, le délégué régional de la S.S.B.M. essaie de conserver l'hôpital auxiliaire n°29 de La Châtre en défendant l'utilité de cette formation auprès du secrétaire général de la société, pour qu'il intervienne auprès du S.S.E.S.S.M. et auprès du directeur régional[3]. Cette intervention porte ses fruits puisque l'hôpital ne ferme qu'en décembre 1918. Cette négociation des décisions de fermeture prononcées par le S.S.E.S.S.M. semble systématique pour les sociétés de la Croix-Rouge, du moins la S.S.B.M. Prévenu de prochaines réductions du nombre de lits en octobre 1916, le secrétaire général demande aux délégués régionaux de négocier pour conserver ces formations et de faire appel au comité central qui s'entretiendrait alors avec le S.S.E.S.S.M.[4] Dans sa réponse du 10 décembre, le délégué régional explique qu'il s'est opposé à des fermetures mais qu'il a dû faire des concessions[5]. Il « [...] résiste [...] »[6] aux demandes de fermetures ou de mises en réserve des formations sanitaires les plus importantes. Si le Service de Santé consent à négocier, il demeure le seul à prendre à la décision finale.

Avertie de la fermeture ou de la restitution partielle ou totale du local, l'administration de la formation sanitaire procède alors au nettoyage et à la désinfection des locaux. Ces travaux se font aux

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 47 (Article 95).
[2] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Circulaire n°155 du 28 décembre 1916 du secrétaire général de la S.S.B.M.
[3] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Lettre datée du 10 février 1917 du délégué régional de la S.S.B.M. de la 9e région militaire au secrétaire général de la S.S.B.M. Il souhaite que cette formation soit au minimum mise en réserve.
[4] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Circulaire n°204 du 16 octobre 1917 du secrétaire général de la S.S.B.M. Les fermetures étant prévues pour des raisons économiques, il préconise d'argumenter que certaines ne coûtent rien.
[5] A.M. Tours. 16 Z 9. Renseignements généraux. Lettre datée du 10 décembre 1917 du délégué régional de la S.S.B.M. de la 9e région militaire au secrétaire général du comité central de la S.S.B.M. L'un de ses arguments est que la S.S.B.M. a déjà sacrifié assez de lits et de formations, s'opposant parfois aux intérêts de l'Instruction Publique.
[6] *Ibidem.*

frais du Service de Santé, des comités locaux des sociétés de la Croix-Rouge[1] et très probablement des organismes à la tête des hôpitaux bénévoles[2]. Cette procédure est quelque peu modifiée au cours de la guerre, ainsi les propriétaires des locaux peuvent procéder eux-mêmes à la désinfection des locaux. Dans ce cas, ils doivent s'engager à ne pas demander d'indemnité au Service de Santé pour celle-ci et à ne pas introduire de recours contre l'État en cas de complications ultérieures[3]. Le Service de Santé se contente surtout de rappeler les consignes sur la désinfection comme d'éviter d'endommager le mobilier et l'immobilier, pour éviter de payer des indemnités supplémentaires. Ainsi, il préconise de pratiquer une désinfection aux vapeurs de formol et non en le pulvérisant[4]. Mais d'autres agents de désinfection sont utilisés comme le crésyl ou la chaux. Bien qu'ils doivent constituer des réserves de produits désinfectants, il est très probable que le Service de Santé, les comités locaux et les organismes à la tête des hôpitaux bénévoles, fassent appel aux services civils tels que les services départementaux et municipaux d'hygiène. Une collaboration de ce type se fait pour la désinfection des trains sanitaires en gare de Tours, elle a très bien pu être étendue à la désinfection des locaux restitués.

Les locaux utilisés par les formations sanitaires doivent être rendus au propriétaire « [...] dans leur état primitif, sauf entente contraire survenue entre les parties intéressées. »[5] Les différents utilisateurs de ces locaux doivent donc procéder aux travaux de remise en état qui sont exécutés par des prestataires privés, par le Service Santé ou par le Génie. La création d'une équipe d'ouvriers et l'utilisation d'hospitalisés permettent au Service de Santé de réduire le coût de cette procédure. Ainsi lors de la restitution de l'école primaire de filles du groupe scolaire Velpeau en juillet 1917, ces travaux de remise en état et de nettoyage n'ont coûté que 52,20 francs, soit le prix de la matière première, un coût qui s'explique aussi par l'absence de détériorations[6]. Les locaux devant retrouver leur état primitif, les aménagements réalisés pour l'installation de la formation sanitaire et le fonctionnement des services médicaux, qui en théorie ne doivent être que des installations provisoires, doivent être démantelées. Cependant, les propriétaires peuvent conserver la jouissance des travaux

[1] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 48-49 (Article 99).

[2] L'apparition de ces derniers modifie la procédure mais il est très probable que le Service de Santé contrôle celle-ci. Il agit ainsi pour les hôpitaux auxiliaires si ces derniers sont dans des établissements appartenant à l'État, aux départements ou aux communes.

[3] A.N. C 7690. Circulaire n°575 Ci/7 du 20 août 1917 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

[4] A.N. C 7521. Circulaire n°315 CI/7 du 15 novembre 1916 du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. La pulvérisation de formol liquide ne permet pas une désinfection totale.

[5] MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152, *op. cit.* p. 48 (Article 99).

[6] C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif sur le fonctionnement de l'hôpital complémentaire n°52 de Tours et les modifications qui y ont été apportées par l'adjudant d'administration Monmarché faisant fonction d'officier gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°52 daté du 31 mars 1918.

exécutés. Restituant définitivement les groupes scolaires Rabelais et Velpeau, le directeur régional fait savoir que le Service de Santé y a réalisé « [...] divers travaux d'aménagement fort importants, par exemple : clôture des préaux, cimentage partiel du sol, installation de lavabos, à Rabelais : Installation électrique. »[1] Ces installations n'ont pas un caractère temporaire mais certaines semblent avoir été conservées par la mairie de Tours à la demande des directeurs des écoles concernées.

b) Les adieux du personnel de la Croix-Rouge.

En-dehors des procédures de restitution des locaux, la fermeture d'un hôpital est l'occasion pour son personnel de commémorer la vie de celui-ci ainsi que les actions de tous ceux qui ont contribué à son existence. Cette commémoration semble particulièrement le fait des hôpitaux auxiliaires, dans une moindre mesure des hôpitaux bénévoles et rarement des hôpitaux complémentaires. Cela s'explique par la rotation des effectifs pour les hôpitaux bénévoles et complémentaires, ainsi que pour la démobilisation rapide de son personnel, tandis que le personnel des formations auxiliaires reste stable. En outre, l'hôpital auxiliaire est parfois issu d'une longue préparation d'avant-guerre ; c'est la mission principale d'un comité local où les membres sont très liés et le sont plus encore après avoir traversé cette épreuve ensemble, pour certains depuis le 2 août 1914. Cette commémoration ne se limite pas au comité ou au personnel de la formation, ce dernier reçoit les félicitations des autorités supérieures. Ainsi le délégué régional de la S.S.B.M. transmet l'ordre de fermeture de l'hôpital auxiliaire n°5 le 16 décembre 1918, et il remercie le dévouement et l'abnégation du personnel de l'hôpital et plus particulièrement l'administrateur[2].

Ce temps de commémoration appartient avant tout au personnel de la formation et à son comité, surtout si ce dernier n'administre qu'une seule formation. C'est le cas du comité de l'U.F.F. d'Angers qui organise une séance de clôture de l'hôpital auxiliaire n°102 le 1er février 1919[3]. Cette réunion qui a lieu au sein de l'hôpital est l'occasion de retracer la vie de l'hôpital auxiliaire n°102 et de faire l'éloge de son personnel. Ainsi la présidente du comité, madame Cointreau, rappelle la surprise de la mobilisation générale et le docteur Papin devenu le médecin-chef de la formation à la mort du docteur Legludic, évoque la rapide installation de l'hôpital. Une démarche que l'on retrouve dans le discours de Jules Deslis, administrateur de l'hôpital auxiliaire n°5, lors de son discours de fermeture de l'hôpital[4]. Si des éloges sont faits pour tout le personnel, ponctués d'anecdotes sur certains ou sur le fonctionnement de certains services, des figures se détachent dans les discours.

[1] A.M. Tours. 4H2 boîte 80. Lettre datée du 6 décembre 1918 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire de Tours.
[2] A.D.I&L. 1 J 1074. Lettre datée du 16 décembre 1918 du délégué régional de la S.S.B.M. de la 9e région militaire à l'administrateur de l'hôpital auxiliaire n°5.
[3] A.D.M&L. 101 J 123. Compte-rendu de la séance de clôture de l'hôpital auxiliaire n°102 du 1er février 1919.
[4] A.D.I&L. 1 J 1074. Discours de Jules Deslis, administrateur de l'hôpital auxiliaire n°5, lors de la réunion de fermeture de l'hôpital auxiliaire n°5, le 19 décembre 1918.

Madame Cointreau ne manque pas de s'attarder sur le rôle de madame Lévesque, infirmière major de l'hôpital, et sur le docteur Rousseau qui a initié la création d'un dispensaire antituberculeux devant ouvrir après la guerre. Si les vivants se félicitent de l'action de chacun, fut-elle minime, les morts ne sont pas oubliés et dans son discours, le docteur Papin fait longuement l'éloge du docteur Legludic qui collaborait avec le comité dès avant la guerre. Ces réunions et cérémonies de fermeture marquent la fin d'une époque et le docteur Papin de déclarer :

> « Et c'est à entendre l'oraison funèbre de notre chez Hôpital que vous êtes conviées en ce moment. »[1]

Cependant, il ne s'agit nullement de la fin du comité et de sa mission. Considérant que les infirmières de l'hôpital le resteront pour toujours, le docteur Papin les appelle à poursuivre leur rôle en combattant la tuberculose.

La commémoration et la célébration de l'action des comités et de leurs membres se poursuivent après la guerre avec les récompenses données au personnel des formations sanitaires des sociétés de la Croix-Rouge. Le 17 novembre 1919 se tient la première assemblée générale du comité de l'U.F.F. d'Angers d'après-guerre qui est l'occasion de faire le bilan de l'action du comité durant la guerre et de renouveler son conseil d'administration[2]. C'est aussi durant cette assemblée que sont distribuées les récompenses que sont la Médaille de Guerre de l'U.F.F., les Diplômes de l'U.F.F. au titre de guerre, Le Témoignage de Reconnaissance au titre de guerre et les Souvenirs de l'Hôpital 102, un souvenir propre au comité[3]. Les comités de la S.S.B.M. agissent de même, Jules Deslis reçoit une palme de Vermeil pour ses services à l'hôpital auxiliaire n°5 ainsi que la Médaille Commémorative Française de la Grande Guerre[4]. Passé le temps des commémorations, les comités continuent leurs œuvres estimant que la Première Guerre mondiale n'est qu'une épreuve de leur existence.

3) La démobilisation, un long processus.

La fermeture des formations sanitaires et la remise en état des locaux avant leur restitution ne clôturent pas le processus de restitution et ainsi le démantèlement du système, qui ne le sera jamais entièrement. En effet, les hôpitaux mixtes fonctionnant avant la guerre, continuent de le faire ensuite. Le processus de restitution d'un local s'achève avec la signature de sa convention de restitution qui peut être âprement négociée. En outre, des erreurs commises avant ou pendant la démobilisation peuvent ralentir le processus et des questions demeurent à la fin de celui-ci.

---

[1] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de la séance de clôture de l'hôpital auxiliaire n°102 du 1er février 1919.

[2] A.D.M&L. 101 J 133. Registre des délibérations du comité de l'U.F.F. d'Angers. Procès-verbal de l'assemblée générale du 17 novembre 1919.

[3] Les récompenses ont été demandées avant la fermeture de la formation et arrivent au compte-goutte, c'est particulièrement le cas des médailles.

[4] A.D.I&L. 1 J 1074. Diplôme de la palme de Vermeil et certificat de la Médaille Commémorative Française de la Grande Guerre daté du 15 août 1920 de Jules Deslis. Cette dernière récompense est donnée par le ministère de la Guerre.

a) Le règlement des indemnités d'occupation.

La procédure de restitution d'un local ne s'achève qu'avec la signature d'une convention entre son propriétaire et l'organisme ayant installé une formation sanitaire dans celui-ci. Cette convention mentionne la date de prise de possession du bâtiment, l'établissement d'un état des lieux fait à ce moment, la valeur des objets et du matériel et les cessions partielles qui ont eu lieu, ou le transfert au Service de Santé américain. Surtout, la convention mentionne l'état des lieux réalisé lors de la restitution définitive du local, ainsi que l'indemnité à verser au propriétaire pour les dégradations du mobilier, la remise en état de l'immobilier et d'autres frais. Lorsque le démantèlement du système hospitalier débute, plusieurs conventions ont déjà été signées pour des restitutions totales ou partielles ou pour régler des indemnités liées à l'occupation de locaux de substitution. Cette procédure est donc connue des différents intervenants, en particulier du Service de Santé et des autorités municipales. Le 28 juillet 1916, le Service de Santé ordonne la restitution du lycée de jeunes filles de Niort : le procès-verbal de l'état des travaux à exécuter pour la remise en état des locaux est dressé contradictoirement le 23 septembre[1]. L'indemnité concernant la remise en état du mobilier et de l'immobilier est arrêtée à 25 504,27 francs protégeant le Service de Santé contre toute réclamation future et la convention est signée le 21 juin 1917 par l'adjoint au maire de Niort et le 8 juillet 1917 par le directeur régional du Service de Santé.

L'urgence pour les autorités municipales lors de la démobilisation est de récupérer les locaux scolaires et de procéder à leur remise en état pour assurer, au plus tard, la rentrée scolaire d'octobre 1919. Les travaux de remise en état sont donc effectués avant la signature de la convention mais leurs montants correspondent aux devis estimatifs. Par ailleurs, le Service de Santé peut verser un acompte, ce qui permet aux mairies de payer une partie des factures. En décembre 1919, le proviseur du lycée Descartes de Tours demande au maire de réclamer un acompte de 20 000 francs afin de payer une partie des entrepreneurs qui ont effectué les travaux de remise en état du lycée[2]. Le 31 décembre 1919, le conseil municipal de la ville accepte de demander cet acompte portant sur une somme de 80 000 francs et autorise le maire à signer la future convention[3]. La convention est signée le 15 mars 1920, avec un montant d'indemnité liée aux travaux de remise en état fixé à 80 836,22 francs le 5 juillet 1919 par le Génie et approuvé le 28 décembre par la ville de Tours, ce qui explique le montant de l'acompte[4]. À ce montant s'ajoute 19 799,90 francs d'indemnités pour le matériel non restitué,

[1] A.M. Niort. 1 R 35. Convention de la libération du lycée de jeunes filles de Niort par le Service de Santé datée du 21 juin 1917.
[2] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 80. Lettre datée du 28 décembre 1919 du proviseur du lycée Descartes au maire de Tours.
[3] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 80. Extrait du registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours. Séance du 31 décembre 1919.
[4] A.M. Tours. 1 R boîte 35. Convention de restitution du lycée Descartes datée du 15 mars 1920.

dégradé et pour les réparations de ce dernier. Au final, le Service de Santé verse 100 636,12 francs[1]. Nous ne possédons pas toutes les conventions de restitution mais il est très probable que le coût du système hospitalier de la 9e région ait été une charge importante dans l'immédiat après-guerre. Concernant les hôpitaux auxiliaires et bénévoles, nous n'avons pas retrouvé de conventions de ce type cependant ces formations ont les mêmes engagements vis-à-vis des propriétaires des locaux.

Les contentieux entre le Service de Santé, mais aussi les organismes à la tête des hôpitaux auxiliaires et bénévoles, et les propriétaires ne manquant pas, les négociations peuvent être longues. L'une des raisons est un désaccord au sujet des indemnités, à l'exemple des négociations entre la ville de Tours et le Service de Santé pour la convention concernant l'école supérieure de jeunes filles de la ville occupée par l'hôpital complémentaire n°3 puis le *Camp Hospital n°27*. Le devis estimatif du Service de Santé a été établi le 30 avril 1920, la mairie de Tours ayant fait des réclamations le 10 août, un devis rectificatif a été établi le 28 septembre. Pendant ce temps les travaux ont été entrepris et le Service de Santé a versé des acomptes[2]. Au total, le Service de Santé verse la somme de 106 125,52 francs pour la remise en état du mobilier, de l'immobilier et l'aménagement de l'école dans des locaux de substitution. À ceci s'ajoute des différences d'interprétation des conventions d'utilisation des locaux comme à Angers où la mairie proteste contre la démolition et la vente de baraquements construits par le Service de Santé américain à Mongazon. Estimant avoir un droit de regard dans cette affaire, au titre qu'elle peut conserver ou non les aménagements réalisés, elle introduit un référé auprès du tribunal civil d'Angers le 31 décembre 1919[3]. Dans le même temps, les négociations achoppent sur le montant de l'indemnité estimée à 292 150,19 francs par la mairie le 12 mars 1920 et à 192 394,80 francs par le Génie le 21 mai 1920. Ce dernier est accepté par la mairie le 27 mai. Les différends ont été réglés le 12 octobre 1920 et la convention a été signée le 22 décembre 1920[4]. La mairie d'Angers obtient une indemnité de 200 000 francs, 192 000 francs pour les dégâts faits au domaine (payés par le service de Liquidation des Stocks Américains) et 8 000 francs pour ceux faits aux bâtiments (payés par le Service de Santé)[5].

b) Une démobilisation du personnel parfois trop rapide.

La démobilisation du personnel du Service de Santé et principalement du personnel administratif, alors que les hôpitaux de la 9e région hospitalisent toujours des soldats, ne se fait pas

[1] Il faut ajouter à cela les sommes déjà versées lors de restitutions partielles.
[2] A.M. Tours. 4 H 2 boîte 80. Convention de restitution de l'école supérieure de jeunes filles datée du mois de février 1921, le jour n'est pas indiqué sur l'exemplaire de la convention citée ici.
[3] A.M. Angers. 4 H 64. Lettre datée du 22 mai 1920 du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire au maire d'Angers.
[4] A.M. Angers. 4 H 64. Convention de restitution de l'ancien séminaire de Mongazon datée du 22 décembre 1920.
[5] L'importance de la somme versée pour les dégâts faits au domaine est due à l'installation de baraquements américains pour augmenter les capacités hospitalières du *Base Hospital n°85*.

sans préjudices pour la fermeture des formations sanitaires. Cette situation touche davantage les hôpitaux complémentaires que les hôpitaux auxiliaires et bénévoles au personnel plus stable, sauf si des militaires ont été affectés à ces formations. Dans son rapport, le contrôleur Drouot se montre particulièrement critique sur la situation du cadre administratif de la 9e région. Ainsi, s'il félicite l'action de l'officier d'administration Bonnin à la tête du service de contentieux, et par ailleurs chargé de la démobilisation, il déplore sa démobilisation qui désorganise le service malgré les précautions prises par ce dernier :

> « [...] le service n'a plus de chef, mais compte seulement un sergent de la classe 1915, comptable de profession, donc peu au courant des questions contentieuses et deux dames secrétaires, dont une spécialement chargée de la section franco-américaine.
>
> En dépit des fiches laissées par M. Bonin [*sic*] dans chaque dossier, fiches faisant connaître pour chaque location l'état de la question et appelant l'attention sur les principaux points à surveiller lors des restitutions, il est à craindre qu'en une période où celles-ci sont aussi nombreuses, les intérêts de l'Etat [*sic*] ne soient pas suffisamment défendus. »[1]

Pour assurer le bon fonctionnement du service, il réclame l'affectation d'un officier d'administration ou l'emploi d'un civil qui serait spécialiste de ces questions.

Cherchant à respecter les droits des hommes mobilisés, le Service de Santé de la région s'est parfois mis en difficulté, à l'exemple de la gestion des stocks de matériel des formations sanitaires et ce, malgré les ordres du S.S.E.S.S.M. En principe, les gestionnaires ne doivent être libérés qu'après l'accord d'un bureau de liquidation créé à la direction régionale, accord qui n'intervient qu'une fois que les comptes des formations ont été arrêtés, vérifiés et approuvés[2]. Une partie de ce travail administratif doit être faite sous le contrôle de l'inspecteur administratif[3]. Des prescriptions « [...] judicieuses [...] »[4] pour le contrôleur Drouot mais qui ne sont pas appliquées dans la 9e région. En effet, le poste d'inspecteur administratif n'est plus pourvu et le bureau de liquidation n'a pas été créé. En conséquence, les officiers d'administration ont pu être démobilisés sans avoir arrêté ou produit leurs comptes à la direction. En réalité, les officiers d'administration ont été remplacés par d'autres revenus dans la région en attendant leur démobilisation avant de passer la main à des sous-officiers ou bien ils l'ont été par des sous-officiers, des caporaux voire de simples soldats[5]. Comme ce personnel n'est pas spécialiste de la gestion, le travail n'est pas terminé et il se poursuit lentement sous la direction de gestionnaires toujours en poste mais devant surveiller les travaux de plusieurs

---

[1] S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919.

[2] *Ibidem.* Le contrôleur Drouot se réfère à la dépêche ministérielle n°35 901 B 1/7 du 17 décembre 1918 que nous n'avons pas retrouvée.

[3] *Ibid.* Le contrôleur Drouot se réfère à la dépêche ministérielle n°1 844 E 1/7 du 1er février 1919. Le contrôleur administratif doit surveiller l'établissement des inventaires des approvisionnements des formations sanitaires dès leur fermeture.

[4] *Ibid*.

[5] *Ibid*. Il cite le cas de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet où un soldat resté comme employé civil est devenu gestionnaire.

formations. Ainsi, le gestionnaire de l'hôpital complémentaire n°2 est chargé des comptabilités des hôpitaux complémentaires n°51, n°52, n°53 à Tours et n°9 à Parthenay qui sont alors fermés. Ces derniers s'appuient sur un personnel peu nombreux et parfois peu compétent, ce qui n'accélère pas la clôture des dossiers.

Ce travail de liquidation n'est pas facilité par des gestions défectueuses des formations sanitaires et les travaux administratifs réalisés dans le cadre de la fermeture des formations font apparaître d'autres erreurs et des difficultés futures. Citant l'exemple de l'hôpital complémentaire n°53 qui a déjà expédié ses stocks de matériel, sans arrêter ses comptes, un travail désormais dévolu au service administratif de l'hôpital complémentaire n°2, le contrôleur Drouot évoque une « [...] tenue très défectueuse des comptes de gestion [...] »[1]. Quant à l'hôpital complémentaire n°41, dont les comptes et expéditions ne sont pas terminés, les documents administratifs font apparaître des excédents de matériel dus à des prêts non réclamés et des déficits, en particulier d'instruments chirurgicaux[2]. En outre, le contrôleur Drouot s'inquiète du stock de consommation resté à l'hôpital et qu'il souhaite voir liquidé au plus tôt et dans les intérêts de l'État. Une négociation avec l'hôpital mixte de Châteauroux est en cours sur ce point. Les stocks comprennent, entre autres choses, 4 000 litres de vin conservés sous un préau et pouvant s'altérer, du poisson salé et 291 stères de bois. Pour mettre fin à ces situations, il souhaite que les mesures prescrites par le S.S.E.S.S.M. soient appliquées dans la 9e région et que le personnel administratif soit augmenté en faisant appel aux officiers d'administration présents dans la région, du cadre actif ou de la réserve, ou à du personnel civil. L'organisation devant alors rester en place jusqu'à la fin des opérations de liquidation.

c) Le stockage et la cession du matériel, une démobilisation sur le long terme.

La gestion des stocks de matériel en provenance des formations sanitaires est une autre préoccupation du contrôleur Drouot qui pointe des erreurs du Service de Santé de la 9e région. Si la pharmacie régionale ne soulève pas de remarques importantes, il pointe l'absence d'une répartition claire des rôles entre le dépôt de matériel régional de Tours et le centre de stockage de Saint-Pierre-des-Corps. En effet, les hôpitaux ne savent pas où envoyer leur matériel à leur fermeture. Certains l'envoient au dépôt de matériel régional, d'autres au centre de stockage et parfois même à ces deux sites[3]. En théorie, la dépêche ministérielle n°35 901 B 1/7 du 13 décembre 1918 fait des centres de stockage des annexes des dépôts de matériel régionaux, mais dans la 9e région aucune décision n'a

[1] S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919. Au contraire des hôpitaux complémentaire n°51 et n°52 dont les travaux administratifs liés à leur liquidation sont quasiment achevés.
[2] *Ibidem.* Pour lui, des médecins sont partis avec du matériel de l'hôpital, il a aussi constaté que des trousses d'infirmiers sont « [...] vides ou incomplètes. »
[3] *Ibid.*

été prise en ce sens. Le contrôleur Drouot préconise de stocker l'ensemble du matériel à Saint-Pierre-des-Corps qui possèderait alors une gestion distincte. Une autre complication pénalise la gestion des stocks : l'absence, parfois, de concordance entre les stocks de matériel envoyés et les listes transmises avec les envois ce qui oblige à un travail administratif supplémentaire. Enfin, il propose des améliorations matérielles et une augmentation de personnel notamment pour mieux surveiller les deux sites de stockage. Cette gestion des stocks ne freine pas le démantèlement du système hospitalier et le « retour à la normale ». Elle pose tout de même la question du suivi du matériel et de la sauvegarde des intérêts financiers de l'État.

Le député Levasseur aurait souhaité que le magasin général de Châteauroux devienne un centre de production de vêtements pour les populations des régions envahies. L'intérêt est de fournir ce type de produit à bas prix, voire gratuitement, de ne pas licencier brutalement le personnel ouvrier du magasin et de reconvertir le tissu industriel qui s'est développé autour de celui-ci. Le contrôleur Drouot n'aborde pas la question de la transformation du magasin régional, mais ses propositions s'orientent surtout vers une limitation au maximum des dépenses, ce qui implique une réduction, voire l'arrêt de certaines productions. Ainsi, il demande de supprimer l'atelier de fabrication de compresses à partir de gaze recyclée[1]. De même, il demande l'arrêt de l'envoi des débris de toile utilisés pour faire du linge à pansements. Concernant les stocks, il propose de céder les importants stocks de « [...] diverses étoffes [...] »[2]. Une vente de différents textiles a été envisagée, de la publicité a été faite en ce sens mais sans succès car les offres étaient inférieures aux prix demandés. C'est une erreur selon le contrôleur Drouot. Les cours étant à la baisse, l'État risque de perdre encore plus d'argent si le magasin vient à renouveler son offre. Il propose de procéder à une vente aux enchères, le but étant surtout de liquider les stocks au plus vite. En outre, il préconise de céder les vêtements d'hôpital, soit 40 000 pantalons et 45 000 vareuses, à l'administration pénitentiaire et les bandes roulées dont le stock est évalué à 2 740 000, aux Hôpitaux de Paris.

Le Service de Santé de la région contacte tout d'abord les hôpitaux civils de la région pour leur céder tout ou partie du matériel appartenant aux hôpitaux complémentaires fermés ou en passe de l'être. Le vice-président de la commission administrative de l'hôpital mixte de Cholet a été invité à l'hôpital complémentaire n°22 pour regarder le matériel qui pourrait l'intéresser. Il arrête alors son choix sur des instruments de chirurgie afin de remplacer celui de l'hôpital usé par ces années de guerre. Arguant de la mise à disposition gratuite de la salle d'opération de l'hôpital au Service de Santé et de la situation budgétaire délicate de l'hôpital, il souhaite que la cession se fasse aux prix de la

[1] S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919. La gaze provenait des masques de protection contre les gaz.
[2] *Ibidem*.

nomenclature pour les instruments neufs et à titre gracieux pour ceux qui sont usagés[1]. À l'exemple de l'hôpital mixte de Châteauroux cité plus haut, les hôpitaux civils sont aussi contactés pour leur céder, à titre onéreux, les stocks de vivre ou de combustible. En outre, le S.S.E.S.S.M. et le ministère de l'Intérieur se mettent d'accord pour partager l'utilisation de matériel sanitaire, inutilisé avec la démobilisation. Le 1er juillet 1919, ils font savoir que des appareils et installations d'hygiène et de désinfection, comme des étuves locomobiles, et de chirurgie et radiologie, tel des postes semi-fixes de radiologie, sont mis à disposition de chaque région[2]. L'utilisation de ce matériel par les services civils n'est pas gratuite et est fourni en quantité limitée. Le but est de rentabiliser son emploi et probablement aussi de soulager les finances de l'État. Par la suite, ce matériel a pu être cédé aux services civils d'hygiène ou aux hôpitaux civils.

Le Service de Santé conserve la main sur le système hospitalier de la 9e région, il en ordonne l'extension en 1915 et maintient un nombre élevé de lits en 1916 tout en autorisant des restitutions. La situation particulière de la ville de Tours ne doit pas faire oublier que le Service de Santé peut répondre aux demandes des autorités civiles comme à Niort, à condition que ses intérêts soient sauvegardés. Dirigé par un sous-secrétaire d'État, situé dans une partie du territoire français dépendant directement du gouvernement, le Service de Santé doit composer avec les autorités civiles sur ce point aussi, ces dernières n'hésitant pas à faire appel à tous leurs relais pour obtenir satisfaction. La gestion des locaux, même si elle est source de tensions, se fait en bonne intelligence. Les restitutions rendues nécessaires par la baisse des évacuations et le besoin de réaliser des économies, sont facilement acceptées par le Service de Santé qui est le seul à décider de celles-ci. L'arrivée des Américains vient modifier cet équilibre. La nécessité de leur faire bon accueil fait taire, pour un temps, les revendications. Celles-ci se font entendre après l'armistice et le Service de Santé, sommé de rendre les locaux le plus rapidement possible, s'exécute. Lors de la démobilisation, le Service de Santé contrôle difficilement tous ces paramètres. Le départ du personnel compétent couplé à des erreurs de gestion, ralentit sa tâche qui se prolonge encore pendant quelques années.

[1] A.D.M&L. 5 Hs L 17. Copie d'une lettre datée du 22 janvier 1919 du vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Cholet au directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Les prix de la nomenclature diffèrent de ceux du commerce puisqu'il s'agit des prix auxquels les hôpitaux du Service de Santé s'approvisionnent.
[2] A.N. C 7690. Circulaire n°830 Ci/7 du 1er juillet 1919 du ministre de l'Intérieur et du sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.

Conclusion de la troisième partie

Il est impossible pour le Service de Santé de mettre en place un système hospitalier fonctionnant de manière pérenne du début de l'année 1915 à la démobilisation. Influencé par la situation militaire, l'évolution de la doctrine médicale du Service de Santé aux armées, les autres acteurs de l'hospitalisation des soldats, son coût et l'arrivée des Américains, le Service de Santé de la 9e région doit constamment adapter ce système. Ceci le conduit à adopter un fonctionnement « au jour le jour » qui se comprend aussi par le fait que ce système est amené à disparaître à la fin de la guerre, interdisant au Service de Santé de s'engager trop loin dans le futur. Cela ne l'empêche pas de régler définitivement certaines difficultés et l'on peut considérer que la vie hospitalière des soldats connaît peu d'évolutions durant la guerre si ce n'est sur les procédures médico-légales. Ce fonctionnement « au jour le jour » est particulièrement vrai pour la gestion du personnel hospitalier, tiraillée entre les besoins de la région, du front, de l'armée et des civils. Il en est de même pour le financement des soins des soldats même si les problématiques sont différentes selon les acteurs de ces soins. Au final, seule la démobilisation instaure des mesures définitives par la suppression de quasiment toutes les structures ayant participé aux soins des soldats.

Conclusion

Dans son discours du 5 juin 1924, Justin Godart évoque le rôle primordial du Service de Santé dans la victoire militaire française lors de la Première Guerre mondiale par la récupération d'un grand nombre de malades et de blessés[1]. Cette mission a été celle du système hospitalier de la 9e région à laquelle s'ajoutent la surveillance médicale des militaires en cantonnement dans la région et celle de la population civile ainsi que la réinsertion professionnelle des mutilés. Ces missions du temps de paix ont peu évolué avec la guerre, sauf pour la prise en charge des mutilés, au contraire du système hospitalier de ce conflit, pensé et organisé avant la guerre mais qui ne naît réellement durant celle-ci. Quant à la place du système hospitalier de la 9e région dans le plan d'hospitalisation général, elle a aussi évolué. Initialement, le système hospitalier de la 9e région doit servir à soigner les soldats évacués massivement sur l'intérieur. Les échecs de cette doctrine et de l'Armée française impliquent une modification de la prise en charge médicale des soldats qui tend à faire du Service de Santé des armées l'acteur majeur de leurs soins. Durant cette transition, certaines activités médicales de la 9e région passent au second plan du fait de la diminution du nombre de soldats à soigner[2] tandis que d'autres s'affirment du fait des nouvelles missions du Service de Santé. Si la 9e région n'est plus au premier plan dans les soins des soldats de la Grande Guerre, principalement en chirurgie, elle n'en demeure pas moins indispensable dans l'organisation médicale surtout pour protéger la précieuse ressource que sont les soldats. Cependant cette organisation ne vaut que dans un contexte de guerre statique à laquelle le Service de Santé s'est parfaitement adapté. L'offensive allemande du printemps 1918 vient mettre à mal celle-ci et rappeler que les états-majors entendent reprendre la guerre de mouvement. Elle montre par ailleurs que le Service de Santé n'a pas retenu la leçon de l'entrée en guerre et anticipé une possible retraite des troupes françaises. Le système hospitalier retrouve un rôle important dans les soins chirurgicaux mais la diminution de ses moyens, notamment suite à celle des évacuations sur la 9e région, ne facilite pas sa tâche. Les évolutions des pratiques chirurgicales durant la guerre permettent néanmoins d'assurer cette mission en évitant un retour aux heures sombres de 1914 même si cela se fait au détriment du fonctionnement de certains services.

Ce travail montre aussi la « civilianisation »[3] du Service de Santé. Le système hospitalier de la 9e région est un système civil encadré par les militaires représentés par le Service de Santé. Son personnel est essentiellement civil et les militaires de carrière sont rares et principalement présents

[1] VIET Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 14.
[2] Il conviendrait d'étudier les évacuations sanitaires et surtout les plans d'évacuation mis en place lors des batailles qui influent sur la répartition des évacués dans les régions de l'intérieur et donc sur l'activité des services de la 9e région. Cela permettrait d'affiner cette affirmation, notamment sur sa temporalité.
[3] VIET Vincent, (2015), *La santé en guerre…, op. cit.* p. 178 et p. 623. L'auteur évoque un Service de Santé « […] militaire en temps de paix et civil en temps de guerre […] ».

dans les structures de commandement. C'est un système civil car bien que son fonctionnement soit régi par des règlements militaires, sa doctrine médicale l'est par des conceptions civiles suite au désastre de l'entrée en guerre. La création du S.S.E.S.S.M. en juillet 1915 alors dirigé par un civil, le député Justin Godart, est le symbole de la mainmise des civils sur le système de soins des soldats, du moins à l'intérieur. La « civilianisation » de ce système est par ailleurs renforcée par l'implication des autorités civiles et de la population qui orientent son fonctionnement et ses évolutions.

En l'absence de travaux similaires nous ne pouvons prétendre à une spécificité de ce système malgré quelques arguments. Ainsi, les services médicaux ont une organisation propre à leurs chefs même si ces derniers suivent des directives générales et que la présence du quartier général des *Services of Supply* de l'Armée américaine la distingue des autres régions. Au final, et bien que ce système ait une existence propre, il n'est qu'un outil du Service de Santé dans l'hospitalisation des soldats dont les adaptations se font par empirisme et parfois en retard par rapport aux besoins. Il faut dire que le système hospitalier part de loin et accuse quasiment une guerre de retard. Malgré certaines lacunes, le Service de Santé s'est adapté à la Première Guerre mondiale pour parvenir à une organisation performante mais sous-utilisée.

Pour en arriver là, le Service de Santé a pris conscience des réalités militaires et médicales du conflit et du niveau nécessaire à l'exécution de ses missions le conduisant à repenser un système hospitalier pour la guerre. Si toute la préparation d'avant-guerre n'est pas à écarter, le mois d'août 1914 représente une rupture, principalement sur le plan de la doctrine du Service de Santé en campagne et de l'organisation qui en découle. Cependant, pour approfondir cette notion de rupture, il conviendrait d'étudier de manière plus approfondie la préparation de tous les acteurs de l'hospitalisation des soldats et donc des comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. L'ensemble du système hospitalier est donc redéfini pour parvenir à la récupération pour le front du plus grand nombre de soldats. Ceci se traduit tant par l'accroissement des capacités hospitalières de la 9^{e} région que par la réorganisation des services médicaux induisant une meilleure gestion du personnel médical et administratif. Ces changements conduisent à une meilleure prise en charge du soldat et pas seulement au niveau médical, les différentes origines de ces derniers impliquant là aussi des organisations spécifiques. Enfin, ces modifications ne peuvent se faire sans l'élément civil intimement lié aux soins des soldats dans cette région, sous peine d'échouer dans sa mission. Cette prise de conscience s'achève avec le mois de janvier 1915 et l'essor des centres de spécialités.

Cette mise à niveau passe tout d'abord par la mise en place d'un système hospitalier en adéquation avec les réalités de ce conflit et donc en rupture avec les prévisions d'avant-guerre. La mobilisation de millions d'hommes et le nombre élevé de soldats évacués sur l'intérieur durant cette

période – 336 334 blessés l'ont été en 1914[1] – ajoutés à la perte d'une partie du territoire suite à l'invasion, rendent insuffisant le système prévu avant la guerre[2]. S'ensuit alors une « course » à l'augmentation du nombre de lits menant à un développement quelque peu « anarchique » du système hospitalier qui comprend alors 283 structures de tous les types contre dix-huit avant la guerre. Cet accroissement est toutefois trop rapide et conduit le Service de Santé à rompre avec ses règles d'avant-guerre. Ainsi, certaines formations ne possèdent pas les vingt lits minimum et sont parfois trop éloignées des voies ferrées, les courants d'évacuation des soldats. Ceci conduit le Service de Santé à renforcer la surveillance des hospitalisés pour lutter contre ce qui va devenir l'un de ses pires ennemis : les hospitalisations indues.

La rupture avec l'avant-guerre n'est cependant pas totale puisque la population et les autorités civiles, déjà impliquées dans les soins des soldats en temps de paix, renforcent leur présence. Cette attitude relève de la volonté de participer directement aux soins des soldats, ce qui n'est pas typique de cette guerre[3], et d'une certaine « Union sacrée » qui se fissure rapidement sous l'effet du coût des soins. De même, l'emprise du Service de Santé sur les établissements de soins, alors que les tensions à ce sujet existent avant la guerre, et surtout sur les établissements scolaires met à mal ce concept. Les autorités civiles craignent de sacrifier l'enseignement public pour soigner les soldats et fantasment sur les privilèges de l'enseignement privé peu touché par les réquisitions. La population s'implique fortement dans les soins des soldats, que ce soit en veillant à ce qu'ils reçoivent tout le réconfort qui leur est dû et parfois en participant directement aux soins en entrant dans le personnel infirmier ou en créant une formation sanitaire. Le Service de Santé s'attache alors à répondre à ces attentes, en partie pour faire oublier son entrée en guerre catastrophique et s'appuie sur la population pour accroître le système hospitalier. Les hôpitaux bénévoles et les formations de l'O.A.C.M. trouvent toute leur place dans ce système même si cela se fait parfois en accentuant ses défauts. L'implication de la population est aussi l'un des moteurs des comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge qui utilisent les dons d'argent ou de matériel pour installer de nouvelles formations en plus de celles prévues avant la guerre. L'hospitalisation des soldats se fait sous la conduite du Service de Santé mais est aussi une affaire civile.

La violence des combats du début du conflit et l'utilisation de l'artillerie, qui n'en est pas encore à son paroxysme, impliquent des blessures majoritairement dues à l'artillerie et nécessitant des soins spécialisés. Sans cela, l'Armée française risque de stopper les combats faute de soldats. Le

[1] MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), *Le Service de Santé…, op. cit.* p. 520.
[2] Le classement des archives au Centre de Documentation du Musée du Val-de-Grâce pourrait mettre à jour celles concernant la préparation d'avant-guerre et montrer dans quelles mesures le plan d'hospitalisation a été modifié.
[3] TAITHE Bertrand « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : Bourdelais P., Faure O., *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Belin, coll. Histoire et Société, 2005, p. 227-242.

développement des spécialités médicales est donc indispensable pour poursuivre le conflit. Il s'agit là aussi d'une rupture avec l'avant-guerre même si ces spécialités ne sont pas méconnues, à l'image de la radiologie dont les installations sont inégalement réparties dans la 9e région. Avant la guerre, les conventions entre le Service de Santé et les commissions administratives des hôpitaux mixtes ne dénombraient que les blessés, les « fiévreux » et les malades vénériens. Les soins spécialisés dépendaient de la présence d'installations et de spécialistes (militaires ou civils) au sein de l'hôpital mixte. Les résultats obtenus par certains spécialistes poussent le Service de Santé à multiplier les services spécialisés. L'état de guerre et l'urgence de la situation permettent de passer outre les anciennes oppositions. Le système hospitalier de la région commence alors à se doter de formations ou de services spécialisés à l'image de l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde destiné aux contagieux. Cette spécialisation ne concerne pas uniquement les soins. La peur des hospitalisations prolongées conduit à la création de structures pour les convalescents afin d'accélérer leur retour au front ou leur départ de l'armée.

La prise de conscience du Service de Santé porte aussi sur le fonctionnement du système hospitalier et il apparaît que des modifications sont indispensables pour permettre son évolution. Celles-ci touchent tout d'abord des pratiques médicales allant à l'encontre des évolutions en cours. Ces « archaïsmes » posent la question de la diffusion des pratiques et des savoirs médicaux avant la guerre et surtout dans des régions dépourvues de facultés ou dans les campagnes. Des études sur la formation et la recherche médicale avant la guerre permettraient de montrer comment se fait l'intégration de ces nouveaux savoirs et pratiques. Elles pourraient aussi mettre en évidence la recherche médicale dans ces régions et la diffusion de ces recherches[1]. Ainsi, l'échec de la doctrine chirurgicale du Service de Santé se conclut par l'arrivée massive de blessés, parfois dans un état grave[2]. À cet échec s'ajoutent des défaillances du système hospitalier de la 9e région comme l'hospitalisation de soldats dans des conditions déplorables au niveau de l'hygiène mais surtout leur envoi dans des formations qui ne peuvent les soigner. Il en résulte alors un risque pour la santé des soldats et un retard dans leur récupération conduisant le Service de Santé à renforcer les contrôles. L'un des symboles de cet archaïsme est le manque et la mauvaise répartition des installations radiologiques dans la 9e région. Cette situation est dénoncée par un spécialiste, le radiologue Bouchacourt, en mission dans la région à partir de la fin de l'année 1914. Le Service de Santé commence à utiliser les compétences des médecins pour évaluer l'organisation médicale mise en

[1] MARCHAND, Claire. *Vie et œuvres du Docteur Edmond Chaumier (1853-1931). Entre recherches médicales et innovations techniques : la transformation de la médecine traditionnelle à la fin du XIXe siècle en Indre-et-Loire.* Mémoire de Master 2 d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jean-Pierre Williot, Université François Rabelais de Tours, 2008, 2 vol. 269 p.

[2] Nous ne pouvons généraliser ce constat aux soldats évacués au début de la guerre du fait de l'absence d'études à ce sujet. Il conviendrait d'étudier les archives du S.A.M.H.A. pour dresser un tel tableau.

place et le bilan est sévère pour la radiologie et la chirurgie dans la 9e région. La conséquence est la création des centres de spécialités ainsi que des secteurs chirurgicaux et médicaux.

Toutefois le fonctionnement du système hospitalier ne doit pas être entièrement remanié et le Service de Santé bénéficie parfois des réussites de son organisation d'avant-guerre, à l'exemple de la lutte contre les épidémies. Avant la guerre, la protection de la santé des militaires est intimement liée à celle des civils surtout depuis la loi de 1902. C'est d'autant plus vrai en période de guerre alors que les risques sont accrus par une baisse de la couverture médicale, l'arrivée de populations à risque que sont les réfugiés et les conditions de vie à l'arrière[1]. La variole qui avait durement touché les troupes en 1870, ainsi que la population, est maîtrisée grâce à la vaccination obligatoire depuis 1902. La fièvre typhoïde, endémique à la guerre, connaît un début d'épidémie qui est circonscrit grâce à l'accélération de la vaccination des troupes initiée avant la guerre. Quant à la lutte contre les maladies contagieuses en générale, elle se traduit par un renforcement des collaborations entre les civils et les militaires dans la suite de la loi de 1902. Les pouvoirs de l'inspecteur départemental d'hygiène sont renforcés en août 1914 permettant, à l'image du docteur Jablonski dans la Vienne, de lutter efficacement contre les maladies épidémiques. Le Service de Santé collabore mais est parfois une source de danger pour la population civile et donc les troupes en stationnement dans la région. La mobilisation des médecins et des pharmaciens affaiblit la couverture médicale de la population civile. Le Service de Santé doit alors aider les autorités civiles à trouver des solutions pour les remplacer comme l'utilisation de personnel étranger, de médecins mobilisés ou aider à la conservation du personnel mobilisé par des mises en sursis. De même, l'hospitalisation des soldats dans des services civils se fait au détriment de l'organisation hospitalière civile et là aussi des mesures doivent être prises.

Les soins des soldats et la prévention des maladies contagieuses ne sont pas les seuls domaines où des modifications sont indispensables pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier. Les acteurs de l'hospitalisation des soldats et à plus forte raison le Service de Santé sont tenus d'être « aux petits soins » pour les hospitalisés sous le regard de la population prête à s'indigner de la moindre faute. Cette tâche n'est pas sans lien avec l'amélioration des traitements car les moyens mis en œuvre pour lutter contre l'ennui, similaires à ceux du front, sont considérés comme un traitement par le corps médical. Les civils participent à l'amélioration des conditions de vie hospitalière jusqu'à sa fin parfois tragique. D'autre part, ce conflit induit l'hospitalisation de populations inconnues du système hospitalier à l'exemple des soldats d'Afrique, des prisonniers de guerre et des soldats alliés. Des dispositions spéciales sont prises pour ces hospitalisés qui ont des similitudes. Ainsi, les soldats coloniaux, « victimes » du colonialisme français de l'époque sont parfois assimilés aux prisonniers

[1] ALARY, Éric. *La Grande Guerre des civils 1914-1919*. Paris : Perrin, 2013, 455 p.

de guerre soumis aux Conventions de Genève et de La Haye. Les soldats alliés sont quant à eux assimilés à des citoyens français. Enfin, l'hospitalisation des soldats ne se fait pas sans tensions. Les comités des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge doivent surmonter des crises internes et des difficultés avec d'autres acteurs des soins des soldats qui, cependant, ne nuisent pas à ces derniers. La question de l'utilisation des locaux scolaires et du respect des religions des hospitalisés fait naître d'autres craintes, parfois amplifiées, au sein du Service de Santé : le réveil de vieux conflits de la société française. Si le respect des croyances ne nuit pas aux soins des soldats, l'utilisation des locaux de l'enseignement public peut devenir un problème. En effet, les plaintes des autorités civiles peuvent le contraindre à rendre ces établissements, ce qui pénaliserait le système hospitalier. Le Service de Santé doit rapidement « neutraliser » ces deux conflits pour accompagner l'évolution du système hospitalier.

L'entrée en guerre révèle également la mauvaise préparation du personnel, surtout des médecins, à ses missions, accentuée par l'échec de la doctrine du Service de Santé en campagne et par la situation militaire. Elle est accompagnée par sa mauvaise gestion, qui touche là encore principalement les médecins, et il convient de remédier urgemment à la situation pour permettre d'accompagner le développement des spécialités médicales. Ce constat s'applique d'autant plus aux médecins et dans une moindre mesure aux pharmaciens que ceux-ci sont destinés à être les pièces maîtresses de cette nouvelle organisation médicale. Le Service de Santé reconnaît ses erreurs d'avant-guerre, les compétences des médecins ne sont connues que dans de rares cas au début du conflit et il manque des médecins tandis que le nombre de pharmaciens est suffisant. Cependant, il n'est pas le seul fautif car nombre de médecins ont évité d'intégrer le Service de Santé pour favoriser leur carrière civile. Le Service de Santé procède alors à la mobilisation d'un plus grand nombre de médecins, quitte à affaiblir encore la couverture médicale civile et à pénaliser le fonctionnement des hôpitaux auxiliaires. Ce comportement est en contradiction avec ses intérêts puisqu'il a besoin de ces formations. Disposant de 10 490 médecins au début de la guerre, il accroît ce nombre à 13 622 au 1er janvier 1915 et ne compte pas s'arrêter là. Si ce personnel est lui aussi accusé d'embusquage et de se comporter comme des « profiteurs de guerre », situations engendrées par les réglementations, le Service de Santé est plus préoccupé par ses compétences. Certains médecins ne sont pas au fait des dernières innovations thérapeutiques voire ne sont pas aptes à occuper leur poste notamment en chirurgie. À la fin du mois d'octobre 1914, le Service de Santé en prend conscience et débute le recensement des compétences chirurgicales indispensables à la création des secteurs chirurgicaux à la fin du mois de janvier 1915. Cependant, il conviendrait d'étudier plus en profondeur cette préparation des médecins et des pharmaciens à la guerre pour comprendre comment le Service de Santé a échoué dans ce domaine et pour connaître le niveau de compétence du corps médical français avant la guerre.

Cet échec de la formation d'avant-guerre concerne moins le personnel infirmier notamment parce qu'il est mieux formé à son rôle en cas de guerre que les médecins, ce qui est d'autant plus exact pour les infirmières des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge. Cependant, ce rôle n'est que celui d'exécutant des ordres des médecins et de ce fait il conviendrait d'approfondir les recherches également sur cette formation d'avant-guerre. Surtout, les besoins en soldats conduisent à la récupération des infirmiers militaires et à une plus forte féminisation du personnel infirmier, accrue par la multiplication des vocations au début du conflit. Ce personnel novice doit alors apprendre son rôle directement auprès des malades et des blessés et ceci sous la direction des médecins et le contrôle des infirmières expérimentées et diplômées. « L'ange blanc », symbole de l'engagement de la Croix-Rouge dans les soins des soldats, voit son mythe quelque peu terni par l'attitude de certaines d'entre elles parfois impatientes d'accomplir leur mission malgré ce que cela implique en termes de blessures et de décès. Mais ce personnel parfois frondeur fait comme les médecins, les pharmaciens et tous les autres acteurs des soins des soldats : il apprend son rôle et ce qu'est la guerre.

Le Service de Santé prend aussi conscience de l'importance du personnel administratif dans le bon fonctionnement du système hospitalier. En effet, le travail administratif, s'il est effectué correctement, permet de ne pas nuire aux droits des malades et des blessés, principalement ceux à la pension et à la réforme. Il assure le bon fonctionnement des sorties et ainsi, il ne ralentit pas le retour des soldats au front. En outre, il permet de renseigner correctement le Service de Santé sur les capacités de la formation. Enfin, ce personnel est responsable des finances de la formation et donc des deniers de l'État ou du comité à la tête de celle-ci. Or la formation de ce personnel à son rôle en temps de guerre est un échec qui est aggravé par sa pénurie alors qu'il est indispensable à l'accroissement du système hospitalier. Disposant de 2 329 officiers d'administration aux compétences variables au début de la guerre, le Service de Santé estime ses besoins à 3 600 hommes, un chiffre pratiquement atteint en août 1915 même s'il est difficile de trouver du personnel pouvant exercer cette fonction. Ce personnel novice est lui aussi formé directement à son poste, aidé par le Service de Santé qui diffuse des notices sur les principaux documents administratifs à remplir ou par les délégués régionaux dans le cas des gestionnaires des hôpitaux auxiliaires.

Suite à cette prise de conscience et dans l'esprit de ce qui a été initié en 1914, l'organisation médicale de la 9^{e} région militaire procède à une révolution rompant avec l'avant-guerre. Le cœur de cette organisation repose désormais sur les centres et services spécialisés dirigés par des spécialistes. L'organisation médicale de la 9^{e} région évolue alors au même rythme que l'organisation médicale générale. L'activité de ces centres et services spécialisés reflète l'évolution de la doctrine médicale du Service de Santé mais surtout celle des missions qui sont dévolues au système hospitalier de la 9^{e} région. En effet, bien que ce système soit performant, il devient peu à peu secondaire dans l'organisation générale des soins des soldats. C'est la conséquence de la montée en puissance du

Service de Santé de la zone des armées qui devient l'outil principal des soins des soldats à l'exemple de la prise en charge précoce des blessés qui accroît leur récupération. Cette organisation médicale est certes secondaire mais n'en demeure pas moins indispensable lorsque son homologue du front est prise à défaut suite à l'offensive allemande du 21 mars 1918. Enfin, cette organisation performante ne peut exister sans les civils, ce qui montre encore une fois que ces derniers demeurent très impliqués dans les soins des soldats et de ceux « brisés » par la guerre. L'importance des civils dans les soins des soldats est dévoilée également par l'échec de politiques sanitaires s'ils n'y sont pas associés et surtout s'ils s'y opposent.

Rompant avec ses conceptions médicales d'avant-guerre, le Service de Santé met en place une organisation médicale performante basée sur l'utilisation rationnelle des moyens et des compétences des médecins civils. Ceci débouche sur la création des centres et services spécialisés, un mouvement initié à la fin de l'année 1914 et qui ne s'achève qu'en 1917, voire en 1918. Alors qu'il devient de plus en plus urgent d'améliorer la prise en charge des évacués et des soldats en cantonnement dans la région, le Service de Santé tâtonne. Ainsi, des organisations qui semblent indispensables, tels les secteurs médicaux, ne sont mises en place qu'en 1916. Leur rôle est pourtant vital pour la préservation des effectifs. C'est là la preuve que le Service de Santé n'entreprend pas une réflexion globale sur cette organisation au début de ce mouvement. Certes il est compliqué d'avoir une réflexion à long terme pour un conflit dont le commandement envisage la fin en 1915. Cependant, on pourrait y voir aussi une adaptation aux évolutions de la prise en charge des soldats durant la guerre, le Service de Santé de la 9^{e} région s'adaptant aux soldats qu'il reçoit. Enfin, on peut tout de même s'interroger sur le fait que le Service de Santé n'ait pas d'emblée créé l'arsenal thérapeutique dont il dispose à la fin de la guerre, alors que les types de soldats auxquels il s'adresse existent déjà à cette époque.

L'une des réponses à cette question est peut-être à chercher dans l'utilisation des compétences des médecins civils mobilisés et dans la rationalisation de cette utilisation due à la rareté de certaines de ces compétences. Ces médecins ont un rôle extrêmement important dans la mise en place de cette organisation. En effet, en leur confiant la mission de l'organiser, le Service de Santé profite de leurs compétences et permet d'instaurer une approche pluridisciplinaire des soins indispensable à l'accomplissement de ses missions. Ces spécialistes, principalement des médecins parisiens chevronnés, ont quasiment carte blanche pour mettre sur pied l'organisation permettant le retour le plus rapide possible des soldats au front. Dans cette course au rendement, les médecins de la région s'illustrent au niveau national et tentent, avec plus ou moins de réussite, de valoriser leurs découvertes, leurs pratiques et leurs expériences au niveau international. En réalité, c'est finalement au niveau de la 9^{e} région que les thérapies et propositions d'amélioration du fonctionnement du système élaborées dans celles-ci sont majoritairement adoptées. Les chefs de centres et de secteurs, dirigeant chacun leur spécialité, en demeurent les maîtres. Le Service de Santé a libéré les forces

scientifiques civiles, encourageant les collaborations, les échanges et protégeant les médecins au risque de mécontenter une partie de la population pour qui le blessé n'est pas qu'un soldat, mais un citoyen. Une conception incompatible avec cette organisation destinée à rendre ses soldats à l'armée.

Cette organisation bâtie par des médecins et dans une moindre mesure par des pharmaciens civils possède les traits des mondes scientifique, hospitalier et universitaire civils. Les civils mobilisés ont carte blanche, et d'ailleurs ne se privent pas de s'accaparer certains aspects du Service de Santé. La Société de Chirurgie de Paris devient ainsi le lieu où est définie la conduite chirurgicale à tenir. Appliquant au temps de guerre ce qui se fait en temps de paix, ces médecins « civilianisent » encore plus le Service de Santé. Les services et centres spécialisés deviennent en outre des services de clinique où des médecins, parfois étrangers, sont formés aux dernières pratiques médicales à l'exemple de la technique d'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran, enseignée par les docteurs Ombrédanne et Ledoux-Lebard. Les médecins civils ont le champ libre mais uniquement – et c'est là la force du Service de Santé – tant qu'ils agissent dans le but fixé par ce dernier qui a *in fine* le dernier mot. Par exemple, les commissions de réforme ne sont pas tenues de suivre les décisions des spécialistes. La récupération des soldats, même si elle va parfois à l'encontre de la situation médicale du blessé ou heurte la population, demeure la priorité. L'armée est parfois là pour le rappeler.

Cette organisation médicale est dépendante de la situation au front, des évolutions des pratiques médicales et surtout de la doctrine du Service de Santé, définie par le milieu médical civil, qui prône la prise en charge précoce des soldats et surtout des blessés. La baisse des évacuations et l'amélioration de l'état des évacués influencent l'organisation médicale de la 9^{e} région. L'organisation radio-chirurgicale en est l'exemple le plus frappant. Fer de lance de l'organisation médicale de la 9^{e} région, elle devient peu à peu une organisation secondaire pour le Service de Santé. Sa mission principale est alors d'assurer un suivi post-opératoire des évacués. Assaillie par des difficultés communes à tous les services (le manque de personnel compétent, les problèmes matériels et les demandes de restitution de locaux) cette organisation est adaptée aux besoins de la situation. Réduisant les capacités du système hospitalier, le Service de Santé retombe dans l'un de ses travers d'avant-guerre. Il n'anticipe pas ce que peut être l'évolution du conflit. L'offensive allemande de mars 1918 vient mettre à mal un système installé dans une certaine routine basée sur la stabilité du front, d'autant plus qu'il n'a parfois pas su se mettre au niveau des dernières évolutions thérapeutiques. Si les nouvelles pratiques chirurgicales évitent le retour à la situation chirurgicale de 1914, il faut tout de même le rétablissement de la situation militaire et l'avancée des troupes alliées pour améliorer la situation médicale dans la région.

L'orientation prise par le Service de Santé de la 9^{e} région consiste à renforcer les missions qui étaient « secondaires » au début de la guerre, c'est-à-dire les soins des malades et des blessés

provenant de la région et surtout la récupération des soldats, devenue la priorité du commandement. Elles sont réalisées par tous les services spécialisés et visent pour la plupart des soldats évacués du front. À ces missions s'ajoutent les expertises médico-légales demandées à ces services spécialisés. Les besoins en hommes étendent leur récupération à ceux qui ne sont pas encore allés au front mais que des soins peuvent rendre aptes au service armé. Cette récupération concerne aussi l'économie du pays. S'inquiétant d'une pénurie de main-d'œuvre dans un contexte tendu, mais aussi pour l'après-guerre, l'État lorgne sur ces malades et ces blessés qui ne peuvent être rendus à l'armée. Ceux-ci, après des soins améliorant leur état et diminuant ainsi leur pension, peuvent rendre des services à l'économie, même durant leur hospitalisation : les conceptions thérapeutiques et hygiénistes encouragent les soins par le travail. Le soldat, même blessé, poursuit son devoir.

Les médecins des différents services spécialisés participent activement à cette récupération : elle peut parfois servir à la promotion de leurs méthodes. L'exemple de la kinésithérapie est le plus flagrant. « […] « science jeune » […] » [1], elle est promue par le docteur Wetterwald dans la région qui assure à coup de chiffres sa supériorité sur les autres méthodes de mécanothérapie qu'il utilise cependant. Cette promotion est facilitée par le soutien qu'apporte le Service de Santé à la mobilisation précoce des membres chez les blessés. Le cas du psychiatre Kahn entre aussi dans cette quête de reconnaissance de certaines méthodes de soins. Mais pour ce psychiatre dont le centre est le dernier créé dans la région, on relève aussi une volonté d'affirmation de la psychiatrie face à la neurologie. La nécessité de récupérer toujours plus de soldats mène parfois à des propositions « extrêmes » comme celle de l'ophtalmologue Ginestous de réintégrer les borgnes dans le service armé. Cette volonté de récupération, avec la bénédiction du commandement, conduit parfois à des traitements contestés par la population comme le « torpillage » du docteur Clovis Vincent dont les résultats peuvent être critiqués de par l'absence de suivi médical des soldats.

L'élément civil est à l'origine de cette organisation médicale, certes initiée par la 7e Direction puis contrôlée par le S.S.E.S.S.M., mais qui ne peut rendre tous les services attendus sans l'implication des autorités civiles, notamment médicales, et de la population. Le système hospitalier de la 9e région est un système civil avec un cadre militaire. L'importance de la collaboration des civils dans les soins et la surveillance des soldats est particulièrement vraie dans le cas des maladies relevant des secteurs médicaux et des laboratoires de bactériologie. Les médecins à la tête de ces deux organisations et surtout les médecins-chefs de secteur doivent soigner les malades et protéger les soldats de la région. Dans le premier cas, ils sont confrontés à des maladies « traditionnelles » et usent de thérapies « usuelles » qui doivent s'adapter aux maladies « nouvelles » pour la région que sont le paludisme, les séquelles des atteintes par les gaz et l'épidémie de grippe espagnole. Ces maladies

[1] MONET, Jacques et PELLERIN Denys (préf.), (2009), *La naissance de…, op. cit.* p. 378.

induisent des traitements spécifiques, hormis pour la grippe espagnole qui laisse les médecins quelque peu désarmés. Dans le second cas, cette mission se fait dans le cadre de la collaboration entre les autorités civiles et militaires d'avant-guerre, accentuée par l'entrée en guerre. Si cette collaboration rencontre des succès, l'attitude du Service de Santé qui tend à imposer une politique sanitaire nationale[1] exaspère certains services civils devenus des exécutants. De même, la gestion des tuberculeux par le Service de Santé tient plus de la volonté de se « débarrasser » de ces derniers que de collaborer avec les civils. Cependant, l'aide du Service de Santé est indispensable au bon fonctionnement des services civils et donc au maintien du bon état sanitaire de la population.

Le soutien des autorités civiles est indispensable au bon fonctionnement des centres et services spécialisés. Ne pas l'avoir peut fortement compliquer leurs actions, quant à aller à leur encontre cela conduit à annihiler ces actions. Ceci est d'autant plus vrai pour certaines maladies « sociales » dont les maladies vénériennes. L'aspect « honteux » de ces maladies et des intérêts locaux pénalisent l'action du docteur Gougerot à la tête du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région. Il souhaite mettre en place un plan de lutte complet contre les maladies vénériennes. Ce plan implique notamment des campagnes prophylactiques, la responsabilisation du soldat, la mise en place des services annexes pour traiter les populations jugées à risque et la lutte contre la prostitution. Ce plan d'action complet n'a jamais été totalement mis en place notamment à cause du refus de certaines mairies, comme celles de Châtellerault et Tours, d'abandonner aux militaires le traitement des populations civiles. Et si la situation à Angers est une réussite sur le long terme[2], c'est parce que le docteur Gougerot a su impliquer la société médicale angevine dans son action. Enfin, ce type de maladie nécessite aussi des collaborations avec les alliés notamment américains. Cependant, les échanges entre les deux services de santé dévoilent des conceptions inconciliables concernant la lutte contre les maladies vénériennes et malgré quelques actions communes, ces divergences nuisent à celle-ci.

La collaboration des civils n'est pas uniquement nécessaire dans le domaine des soins, le Service de Santé cherche à réintégrer les mutilés dans le monde économique et doit dans ce cas s'assurer de cette collaboration. Le centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des mutilés de Joué-lès-Tours n'est pas qu'une « usine » de fabrication et de réparation de prothèses. Il s'agit du principal centre de rééducation des mutilés de la 9e région où l'on veille à dispenser des formations, principalement agricoles, permettant un retour à l'emploi. Hormis pour le cas d'agriculteurs possédant des terres, ce retour ne peut se faire sans la participation du monde économique sollicité

[1] VIET Vincent, (2015), *La santé en guerre…*, *op. cit.* p. 176-180.
[2] CAILLAUD, Pauline, *La prostitution à Angers pendant la Première Guerre mondiale (1914-1919)*. Mémoire de Master 1 Histoire, Géographie, Document, spécialité Patrimoine écrit, option Archives, sous la direction de Mr Éric Pierre, Université d'Angers, 2008, 109 p.

par des bureaux de placement. Le milieu économique est d'ailleurs intégré directement aux formations proposées par l'O.A.C.M. pour les mutilés qui privilégient l'apprentissage chez un patron. Les civils sont donc aussi présents dans la rééducation professionnelle, ils en ont été à l'origine[1]. Leur présence est renforcée par la ferme du Courbat de la Croix-Rouge américaine qui marque une approche sur le long terme de la rééducation professionnelle des mutilés.

Ce système hospitalier de la 9e région militaire est temporaire, il ne doit durer que le temps de la guerre sauf pour l'organisation du temps de paix. Or le conflit qui ne devait durer que quelques mois « s'éternise » obligeant le Service de Santé à trouver des solutions pérennes pour quitter le provisoire sans pour autant se retrouver « piégé » de manière permanente. À cette difficulté s'ajoutent les évolutions propres aux conflits comme le retrait de la Russie, l'entrée en guerre des États-Unis ou le déroulement des offensives que le Service de Santé doit intégrer dans le fonctionnement du système hospitalier. Ceci le conduit à avoir une gestion double pour ce dernier, tantôt « au jour le jour » tantôt de manière pérenne, un mode de fonctionnement qui se retrouve aussi au sein des comités des sociétés de la Croix-Rouge ou des organismes à la tête des formations bénévoles. Ce fonctionnement touche toutes les composantes du système hospitalier même l'organisation médicale qui peut cependant engager des solutions à long terme pouvant parfois être intégrées au système hospitalier d'après-guerre. Le Service de Santé a pris conscience de l'importance de ces composantes dans les soins des soldats au début de la guerre. Ainsi, la vie hospitalière, la gestion du personnel de ce système militaire, l'aide au système civil et le financement sont les domaines où le Service de Santé apporte des solutions, quitte « à tâtonner ». Ces évolutions accompagnent celle du système hospitalier qui doit s'adapter aux besoins du conflit, à l'arrivée du Service de Santé américain et à des intérêts qui divergent de ceux du Service de Santé.

Les améliorations apportées à la vie hospitalière et à la gestion des hospitalisés se font à la suite de ce qui a été initié au début du conflit. Elles concernent tout d'abord l'engorgement du système, le Service de Santé lutte contre les hospitalisations indues qui pénalisent le fonctionnement des services en diminuant leur capacité hospitalière, coûtent chers et risquent de mener le soldat au « cafard ». Après une phase de tâtonnement, il accélère les procédures de réforme et de retraite en ne ciblant que les soldats qui y ont droit pour ne pas perdre des hommes ou pour ne pas trop obérer les finances de l'État. Pour pallier la méconnaissance des procédures administratives, des organismes de conseil sont créés comme la commission régionale d'expertises médico-légales en mars 1916, suivie en avril 1917 du médecin consultant médico-légal dans chaque région. Les contrôles se multiplient de la part du directeur adjoint ou des médecins inspecteurs auxquels s'ajoutent les commissions créées

[1] BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.

à la suite des lois Dalbiez du 17 août 1915 puis Mourier du 10 août 1917. La traque s'intensifie d'autant plus que le besoin en hommes se fait sentir. En outre, pour limiter les coûts de l'hospitalisation des soldats, libérer de la place et lutter contre l'ennui, les hommes attendant le règlement de leur situation médico-légale sont envoyés en convalescence ou en permission dont le régime évolue durant le conflit. L'idée n'est pas uniquement de désengorger le système hospitalier, ces hommes valides peuvent rendre d'importants services à l'économie : les formations sanitaires sont aussi des sources de main-d'œuvre.

La vie hospitalière est conçue comme un outil thérapeutique, le but étant de veiller au bien-être des hospitalisés, sous le contrôle de la population et avec sa participation, afin de lutter contre leur désœuvrement. Les éléments de cette vie hospitalière diffèrent peu du début de la guerre et ont des similitudes avec les occupations du front. L'exemple le plus frappant est *Marmoutier-Gazette*, le journal de l'hôpital auxiliaire n°1 de Sainte-Radegonde créé en mars 1915. Il est rédigé par les hospitalisés et reprend les codes des journaux des tranchées. Si l'attente est similaire avec le front, elle se fait dans des conditions beaucoup plus agréables notamment avec les sorties dont le régime est peu à peu assoupli en 1915. L'hospitalisation des soldats est parfois mise à profit pour parfaire leur éducation militaire ou hygiéniste voire pour les soumettre au « bourrage de crâne ». Une étude de la mobilisation des esprits des hospitalisés permettrait d'en dévoiler le discours et sa réception. De même, il serait intéressant de savoir si une politique d'éducation hygiéniste a été menée dans les hôpitaux durant la guerre. Quant aux relations avec les familles, jugées rapidement indispensables au bien-être des soldats et de ces dernières, elles demeurent facilitées. La crainte du Service de Santé concernant un possible retour des conflits de la loi de 1905 s'est rapidement estompée malgré quelques difficultés imputables à un manque d'aumôniers juifs et protestants. L'arrivée de soldats musulmans et annamites se fait sans grandes difficultés et tout est fait pour que leurs cultes soient respectés, ce qui implique aussi le respect des cultes funéraires. Les procédures médico-légales et cultuelles de la mort sont peu modifiées par la guerre et tout est fait pour assurer au mieux la succession des défunts. La mort semble peu frapper les hôpitaux de la région mais seules des études complémentaires sur ce sujet pourraient approfondir ce point.

La multiplication des différentes populations à prendre en charge a conduit le Service de Santé à adapter dès le début de la guerre son système hospitalier et son fonctionnement à leurs spécificités. Toutes bénéficient des évolutions médicales, ce qui inclut les prisonniers de guerre afin de respecter le principe de réciprocité pour obtenir des soins identiques pour les prisonniers français. En outre, l'utilisation de plus en plus importante de ces prisonniers pour l'économie française oblige le Service de Santé à donner les meilleurs soins permis par leur statut. Le maquis administratif qui découle des différents statuts juridiques de ces populations évolue peu durant la guerre. Les soldats et hommes venant de l'empire colonial français, hormis ceux qui sont assimilés à des citoyens français,

demeurent soignés dans des formations ou services spécifiques qui ne doivent pas leur être totalement réservés. Mis en place au début de la guerre, leur nombre s'accroit avec celui des troupes indigènes et coloniales. Cependant, ces soldats ne sont que temporairement hospitalisés dans la 9e région avant de rejoindre les régions du sud de la France pour profiter de conditions climatiques plus clémentes. En outre, si ces hommes sont à égalité avec les citoyens français devant la violence des combats au front, leur statut juridique et « l'ordre colonial » induisent une inégalité de traitement notamment pour les permissions et les congés de convalescence. Quant aux soldats alliés, leur prise en charge par le système hospitalier de la 9e région n'a pas un caractère très particulier sauf pour les soldats russes restés en France après la Révolution d'Octobre. Pour ces derniers, le Service de Santé se substitue à son homologue russe, en intégrant le personnel russe présent en France.

La gestion du personnel est un point sensible de l'organisation hospitalière de la région et pas uniquement dans le but d'utiliser au mieux les compétences des médecins pour améliorer les soins des soldats. En effet, le Service de Santé doit disposer de suffisamment de personnel médical, infirmier, administratif ou des services généraux pour assurer la bonne marche de ses services, de ceux de la Croix-Rouge et des services civils. Cette gestion doit donc satisfaire des besoins divergents et parfois antagonistes, ce qui conduit à une transformation d'une partie du personnel. Ainsi, le personnel infirmier de la région mute et se féminise, non sans difficulté. Les besoins de l'armée en soldats poussent à accroître la récupération des infirmiers masculins, même ceux du service auxiliaire, pour les troupes combattantes. L'application des lois Dalbiez puis Mourier et les politiques de réduction de ce personnel qui en découlent, conduisent à sa quasi-disparition. Au 1er janvier 1915, la 9e région compte 3 898 infirmiers du service armé, ils ne sont plus que 259 au 1er juillet 1918. Or ce personnel parfois patiemment formé est difficilement remplacé, quantitativement et qualitativement, par les infirmiers annamites trop peu nombreux, les religieuses très demandées et les infirmières militaires. Ces dernières sont trop peu nombreuses dans la région alors que leur nombre a augmenté du fait de la création du corps des infirmières militaires temporaires le 8 mars 1916 et du cadre permanent en 1917. Dans le même temps, le nombre d'infirmières de la Croix-Rouge s'accroît. Les comités gèrent leur personnel infirmier dans le but de le conserver jusqu'à la fin du conflit et forment les femmes s'étant engagées au début de celui-ci afin de se hisser au niveau médical exigé par les soins des soldats. Les infirmières de la Croix-Rouge sont de plus en plus présentes dans les formations militaires et deviennent indispensables. La féminisation du personnel se traduit aussi par le remplacement du personnel infirmier d'exploitation par un personnel féminin salarié, au nombre de 1 117 en octobre 1918, difficile à recruter face à la concurrence de l'industrie qui offre de meilleurs salaires. Cette mutation ne concerne pas le personnel administratif qui souffre de l'absence de grandes réformes administratives pour faciliter sa tâche. À ceci s'ajoute le manque de personnel compétent

pour permettre le fonctionnement du système hospitalier dans des conditions optimales. Malgré les enjeux, le Service de Santé n'a pas su réformer son fonctionnement administratif.

Cette gestion est d'autant plus délicate en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens. Le Service de Santé doit pourvoir à ses besoins, parfois contradictoires, tout en ne nuisant pas à ses alliés et au système civil. La recherche de médecins et de pharmaciens le conduit à faire feu de tout bois. Ainsi, il abaisse progressivement les conditions nécessaires à l'obtention du grade de médecin auxiliaire ou de médecin aide-major de 2e classe. Il intègre aussi du personnel jugé auparavant inapte à faire campagne, cible le personnel étranger et tardivement s'ouvre aux docteures et aux étudiantes en médecine. La prise en charge des soldats le plus tôt possible conduit à privilégier le front plutôt que l'intérieur dans la répartition des moyens humains. Et si des tentatives de rééquilibrer celle-ci ont lieu, elles ne mettent pas fin à un manque chronique de médecins et de spécialistes aux conséquences parfois tragiques. Dans la continuation de l'année 1914, les formations des sociétés de la Croix-Rouge voient leurs médecins et pharmaciens récupérés par le Service de Santé et remplacés par un personnel mobilisé. Si cela ne provoque pas de grandes difficultés à ces formations auxiliaires, il en est autrement pour les services et la couverture médicale civile. La poursuite du prélèvement des médecins et des pharmaciens pénalise le fonctionnement des services civils aux premiers rangs desquels figurent les hôpitaux. Les autorités civiles continuent de faire appel aux médecins réfugiés et tentent de conserver leurs médecins mais les règles d'affectation, notamment l'interdiction d'être mobilisé chez soi, contrarient ces projets. Ainsi, le chirurgien tourangeau Lapeyre ne peut être affecté à l'hospice général de Tours, où il exerce en temps de paix, à la fin de sa convalescence, en octobre 1915, malgré la pression de la mairie relayée au ministère par le sénateur Pic-Paris. Quant à la couverture médicale civile, les différentes enquêtes menées par le Service de Santé et surtout les préfets montrent des disparités ainsi que l'aide indispensable que doit fournir le premier nommé. Les maires réclament des médecins, le Service de Santé doit agir au risque de menacer la santé de la population civile et donc des troupes en cantonnement dans la région. Des médecins militaires sont alors affectés aux civils sans aucune garantie d'être conservés jusqu'à la fin des hostilités. Les pharmaciens sont aussi concernés par cette situation conduisant à l'assouplissement des règles de fonctionnement des officines. Le mois d'avril 1916 marque une normalisation de l'affectation des médecins à la population civile dont on rappelle les règles fondamentales : l'interdiction de percevoir des honoraires et d'être affecté chez soi. Malgré des tensions, le système tient jusqu'à la démobilisation. Effectuée durant l'épidémie de grippe espagnole, celle-ci montre les limites de cette collaboration et les intérêts divergents des autorités civiles ayant besoin de médecins pour faire face à l'épidémie et du Service de Santé qui souhaite renvoyer le personnel médical dans ses foyers le plus rapidement possible. Ceci montre par ailleurs l'impact de la mobilisation massive des médecins et

des pharmaciens qu'il conviendrait d'étudier notamment en renouvelant l'histoire de la santé publique durant ce conflit.

L'argent est le nerf de la guerre même médicale. Le Service de Santé, les hôpitaux mixtes et les comités des sociétés de la Croix-Rouge le savent dès avant le conflit et cherchent à anticiper l'inflation qui accompagnera l'entrée en guerre. Celle-ci a bien eu lieu et elle est d'autant plus problématique qu'elle perdure au-delà de la fin des hostilités. Cette inflation augmente les dépenses. En 1917, le Service de Santé de la 9e région a dépensé plus de 23 000 000 de francs pour plus de 3 600 000 journées d'hospitalisation contre près de 16 000 000 en 1915 pour plus de 5 500 000 journées[1]. Pour les hôpitaux complémentaires, dont le coût de la journée d'hospitalisation double pratiquement entre 1914 et 1917, tous les postes de dépense sont concernés : alimentation, chauffage, matériel, la palme revenant au personnel, plus de 4 100 %, suite à l'emploi d'un plus grand nombre de salariés. Cette augmentation des coûts touche différemment les acteurs de ce système hospitalier avec des problématiques et des enjeux qui leur sont propres. En effet, si le Service de Santé doit veiller à ne pas trop obérer les finances de l'État principalement tournées vers l'industrie de guerre, l'augmentation des dépenses dans les hôpitaux complémentaires ne menace pas leur existence du fait qu'ils fonctionnent sur ces finances. D'autre part, les formations du Service de Santé ne doivent durer que le temps de ce conflit ce qui n'est pas le cas des hôpitaux mixtes bien qu'ils soient soutenus financièrement par les mairies. Ces hôpitaux doivent équilibrer leurs comptes notamment parce qu'ils soignent également les civils et qu'ils continuent à le faire après les hostilités. Pour les commissions administratives, il n'est pas question de faire peser le coût de l'hospitalisation des militaires sur les civils. Enfin, pour les comités des sociétés de la Croix-Rouge, cette question est très sensible car l'accroissement des dépenses s'il n'est pas compensé par celui des recettes peut conduire à la suppression des formations du comité voire de ce dernier. La perte de ces formations auxiliaires peut alors mettre à mal le système hospitalier mais la baisse du nombre d'hospitalisations dans la 9e région permet aux formations et aux comités financièrement affaiblis de se désengager.

Dès avant la guerre, les acteurs des soins des soldats ont conscience de l'aspect capital de leur financement. L'inflation liée à l'état de guerre accentue cette question qui est posée différemment selon les acteurs. Ainsi, il est à déplorer l'absence d'étude sur le financement de ces soins pour le Service de Santé et surtout sur la part des dépenses de santé dans les budgets de l'État en guerre. Concernant les comités de la Croix-Rouge, ceux-ci mettent à profit leur expérience d'avant-guerre dans la collecte d'argent et multiplient les sources de financement en faisant parfois appel aux

[1] Même si plus de 7 700 000 francs ont été dépensés pour le magasin régional du Service de Santé de Châteauroux en 1917. Si l'on soustrait ce montant, le montant des dépenses en fonction du nombre de journées d'hospitalisation est supérieur en 1917. Le prix moyen dans six hôpitaux complémentaires de la région est d'1,93 francs en 1915 contre 3,69 francs en 1917.

hospitalisés comme lors des fêtes organisées dans les hôpitaux. La propagande, outil privilégié d'avant-guerre, se montre indispensable pour attirer de nouveaux membres, et donc de nouvelles cotisations, et des dons. Ces derniers, de toutes natures, continuent d'affluer auprès des formations du système hospitalier même s'ils sont moins importants qu'au début de la guerre. Ils sont contrôlés notamment par le Service de Santé qui ne souhaite plus voir se diffuser l'image d'hôpitaux défavorisés et sont aussi une source de financement pour les comités. Ceux-ci bénéficient également d'aides ponctuelles de la part de leur comité central, des collectivités locales et de l'État. Mais la principale recette des comités est l'indemnité journalière qui, dans le cas de l'hôpital auxiliaire n°102 du comité de l'U.F.F. d'Angers, couvre plus de la moitié des dépenses de fonctionnement de cet hôpital. Ceci explique les réclamations des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge pour augmenter le montant de cette indemnité fixé à un franc avant la guerre, doublé à la fin de l'année 1914 et qui n'atteint trois francs qu'à la fin du conflit. Cette augmentation touche également les structures bénévoles et pour laquelle les commissions administratives se battent parfois depuis de longues années. Soutenues par les autorités civiles locales, elles rouvrent le front des négociations pour obtenir que le Service de Santé tienne ses engagements et paie exactement ce qu'il doit. Conscient qu'il doit négocier avec un grand nombre d'hôpitaux du pays, ce dernier tient à limiter les augmentations qui concernent également les tarifs de l'hospitalisation des civils. Agissant ainsi, les commissions administratives s'organisent et font revivre des réseaux d'avant-guerre dans le but de faire front commun sur ce point, une association qui ne voit pas le jour durant la guerre. La guerre modifie les rapports, parfois tendus auparavant, entre les commissions administratives et le Service de Santé et à la fin des hostilités, elles obtiennent pratiquement ce qu'elles réclament. Le Service de Santé assume sa part des dépenses et fait peser le financement de l'hospitalisation des soldats essentiellement sur le budget de l'État.

Face à l'envolée des coûts de l'hospitalisation des soldats, des économies sont indispensables pour permettre aux acteurs du système hospitalier de limiter leurs dépenses. Cette politique d'économie peut être très mal perçue par la population et se fait parfois en contradiction avec la volonté d'offrir les meilleures conditions d'hospitalisation aux soldats. Elle révèle aussi que cette hospitalisation n'est pas toujours une priorité pour l'État qui privilégie l'industrie de guerre dans le cas de l'approvisionnement en charbon. Ceci conduit le Service de Santé à ordonner des mesures d'économie comme l'emploi d'un mode de chauffage alternatif, le recyclage des déchets, le regroupement de soldats pour limiter le nombre de pièces chauffées ou la mise en réserve de formations. Ces mesures peuvent aller à l'encontre du respect des règles d'hygiène dans le cas des regroupements. La lutte contre le gaspillage et les coûts devient un principe de base du fonctionnement du système hospitalier. Les mesures de recyclage sont valorisées et diffusées et les hospitalisés sont mis à contribution pour des travaux d'entretien que l'on justifie parfois comme étant

un traitement de rééducation fonctionnelle et une lutte contre l'oisiveté. Cette chasse aux coûts et au gaspillage s'observe aussi sur le terrain délicat de l'alimentation des soldats qui doit répondre à des nécessités nutritionnelles et qualitatives. Principal poste de dépense et donc d'économie, les administrateurs développent la culture et l'élevage au sein des formations ou obtiennent des terrains dans ce but. Le S.S.E.S.S.M. favorise ce mouvement commun à d'autres services de l'armée par la création des jardins potagers le 31 mai 1916. Là encore les hospitalisés sont mis à contribution, sous couvert de bien-être et de traitement médical, et contribuent à la diminution des coûts. L'ouverture d'un magasin d'approvisionnement du Service de Santé à Tours le 1er janvier 1917 est caractéristique de cette politique de diminution des coûts qui se fait alors sur une échelle plus importante. La centralisation des approvisionnements en matériel et aliments donne d'importants résultats bien qu'elle ne concerne pas l'ensemble des formations de la région. Cependant, elle se fait parfois au détriment de la qualité des marchandises et surtout, ce qui est regrettable, n'apporte pas toujours les économies espérées. Ce magasin montre tout de même l'organisation industrielle qui a été parfois mise en place par le Service de Santé et ceci dès avant la guerre à l'image du magasin général de Châteauroux. Avant la guerre, cette structure sert notamment à stocker le matériel des ambulances du 9e corps d'armée. Durant le conflit, elle devient peu à peu une usine de fabrication de matériel de literie et de matériel de pansements afin d'approvisionner tout le territoire. Cette organisation aurait fait réaliser plus de 14 000 000 de francs d'économie au Service de Santé au 1er avril 1918 soit plus que le montant de ses dépenses dans la région en 1916. Cette logique industrielle et centralisatrice est poursuivie avec la pharmacie régionale et la blanchisserie de la place de Tours. La première est créée au début de la guerre puis développée dans le but de diminuer les coûts de l'approvisionnement en matériel médical. Cette organisation permet de réaliser des économies dans ce domaine au détriment des finances de l'État et au risque de faire apparaître les pharmaciens comme des profiteurs de guerre. L'hospitalisation des soldats doit être économe.

L'entrée en guerre avait fait prendre conscience au Service de Santé de la faiblesse de son système hospitalier le conduisant à accroître celui-ci parfois de manière « anarchique ». Après cette période douloureuse, le système hospitalier entendu ici par l'ensemble des structures sanitaires, accompagne l'évolution de l'organisation médicale tout en répondant aux besoins du Service de Santé, difficiles à estimer. Il doit aussi intégrer ceux des autorités civiles, des particuliers et des armées étrangères ainsi que les éléments constitutifs de son existence et précédemment cités. Dans ces conditions, l'évolution du système hospitalier ne peut se faire qu'« au jour le jour » et aucun modèle ne peut durer jusqu'à la fin des hostilités, elle-même imprévisible. Dans un premier temps, le système hospitalier de la 9e région mute. Cette transformation se fait sur fond de diminution des évacuations sur la région et de renforcement de l'hospitalisation des soldats au front même si 1915 est l'année où l'on compte le plus de journées d'hospitalisation. Le mouvement de création de

nouvelles formations de février 1915 à décembre 1916 est porté par l'installation et le développement des centres et services spécialisés. Il accroît l'emprise du système hospitalier sur les locaux scolaires et se concentre sur les principaux pôles hospitaliers de la région. Il s'essouffle cependant mais est relayé par l'augmentation des capacités hospitalières des formations déjà existantes ce qui soulève parfois des critiques notamment des hôpitaux auxiliaires qui consentent à ces efforts coûteux et parfois inutiles. L'année 1916 est celle où la 9e région dispose du maximum de lits hospitaliers durant la guerre alors qu'elle est aussi celle où le nombre de journées d'hospitalisation est le moins élevé de la guerre. Cette situation peut paraître absurde mais résulte du fait qu'il est impossible de prévoir les besoins de la guerre. Le Service de Santé profite de cette période de stabilité pour régulariser l'utilisation de certains locaux mais la situation se tend au sujet des locaux scolaires. Outre la concurrence de l'enseignement privé, les autorités civiles et le personnel éducatif dénoncent le « sacrifice » de l'éducation des enfants suite à l'utilisation des locaux scolaires. Ce sacrifice est d'autant plus critiqué qu'il leur apparait inconcevable de par celui des pères de ces enfants qui se battent pour leur futur. Le Service de Santé tente de pallier au mieux la situation, en fournissant des baraquements, mais doit agir selon ses intérêts. Les discussions à ce sujet dans des commissions départementales dédiées à l'utilisation des locaux vont dans le sens du Service de Santé. Cependant, celui-ci doit se résoudre à supprimer des formations face à la surcapacité du système hospitalier et restitue des locaux scolaires. Il recentre alors son organisation sur les principaux pôles hospitaliers de la région et face à l'impossibilité de prévoir les besoins futurs, pratique des mises en réserve de formations qui tendent à se transformer en fermetures définitives.

À partir de 1917, le Service de Santé cherche à posséder un système hospitalier lui permettant d'accomplir sa mission jusqu'à la fin des hostilités tout en préparant la démobilisation. Par ailleurs, il prend conscience de la surcapacité du système par ailleurs trop onéreux. Il procède alors à des fermetures de formations, essentiellement en 1917, justifiées par la situation mais incomprises par certains acteurs, dont les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge qui cherchent à sauver les formations fermées, parfois par orgueil. Ces fermetures renforcent la position des principaux pôles hospitaliers, où se trouvent les principaux services, rationnalisant le fonctionnement du système hospitalier. Les procédures de fermeture sont modifiées notamment pour faciliter la future démobilisation et aussi pour permettre l'étude de l'action du Service de Santé durant ce conflit. Cette période est marquée par les fermetures mais des formations sont créées notamment pour y installer des services spécialisés à l'image de l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon qui accueille en mars 1917 le service central de chirurgie du secteur d'Angers. Cette période est aussi marquée par l'anticipation de la démobilisation par le Service de Santé. Probablement porté par l'espoir de l'offensive du Chemin des Dames, il enquête auprès des sociétés d'assistance, des hôpitaux mixtes et probablement auprès des hôpitaux bénévoles pour savoir si ces formations pourraient fonctionner

après la fin des hostilités et combien de temps. Le but est alors de préparer un système hospitalier de transition. L'arrivée des Américains en France influe sur le système hospitalier de la région, d'autant que Tours devient le quartier général du *Service of Supply* et oblige le Service de Santé à collaborer avec son homologue américain. Il convient alors de faire de la place pour les importants besoins de ce précieux allié, quitte pour cela à sacrifier quelque peu le système hospitalier et ses services à l'exemple des hôpitaux complémentaires n°3 et n°58. Cette installation est négociée afin de satisfaire les intérêts de chacun ainsi que ceux des civils en sauvant autant que possible les locaux scolaires. La situation militaire et médicale favorise leur restitution en 1917 dans l'optique d'assurer dans les meilleures conditions la rentrée d'octobre. Des restitutions partielles complètent les restitutions totales d'écoles qui sont cependant suspendues un temps par l'offensive allemande du printemps 1918. Dans ces restitutions, l'attitude de la mairie de Tours est symptomatique de la fin de l'emprise totale du Service de Santé sur les locaux scolaires. Elle mène un combat pour récupérer ses locaux, quitte pour cela à critiquer le fondement de l'organisation médicale de la 9^{e} région : la concentration des services spécialisés à Tours. Cette organisation est louée par les médecins et permet l'approche pluridisciplinaire des soins. Malgré cela, le Service de Santé cède en partie aux désirs de la mairie aidée par la situation médicale. En échange, il entend que celle-ci stoppe ses demandes de restitution d'écoles. Or la mairie de Tours revient à la charge à la fin de l'année 1917 et veille à ne plus subir les actions du Service de Santé. L'« Union sacrée » du début de la guerre est bien loin.

La démobilisation clôt l'action du Service de Santé durant la Première Guerre mondiale et bien qu'elle ait été anticipée par celui-ci, elle connaît quelques ratés imputables à une mauvaise gestion durant la guerre et à des intérêts contraires aux siens. Sur le plan structurel, la démobilisation du système hospitalier est réussie et la plupart des locaux sont rendus en décembre 1918. Elle est organisée de façon à disposer de suffisamment de lits pour accompagner la démobilisation des soldats, ce qui conduit à surestimer les besoins hospitaliers, tout en rendant les locaux scolaires le plus rapidement possible. Cependant, il convient de ne pas mettre les malades et les blessés à la rue pour satisfaire les désirs des autorités civiles et du personnel éducatif qui comprennent la situation du Service de Santé et parviennent tout de même à accélérer la récupération des écoles. C'est ainsi que la mairie de Tours « sacrifie » temporairement l'hospice général malgré les différends qui l'ont opposé au Service de Santé. La démobilisation concerne également le Service de Santé américain alors en pleine montée en puissance qui doit stopper ses réquisitions. Son plan d'hospitalisation est alors renégocié avec les autorités militaires françaises et revu à la baisse ce qui permet la restitution de locaux au Service de Santé français puis aux propriétaires. Avant d'effectuer celle-ci, un nettoyage et des travaux de réparation des locaux sont nécessaires et sont exécutés dans le souci, là encore, de réaliser des économies. Les fermetures des hôpitaux, surtout pour les hôpitaux auxiliaires, donnent lieu à des cérémonies d'adieux du personnel où l'on commémore le combat mené au sein de l'hôpital,

où l'on rend hommage aux disparus et où l'on prépare le futur du comité. En effet, les comités des sociétés de la Croix-Rouge voient dans la lutte contre la tuberculose, un moyen de poursuivre les soins des soldats. Cette démobilisation est aussi un processus assez long. Le règlement des indemnités liées à l'occupation des locaux et aux dégradations qui y ont été faites met parfois de longs mois avant d'être exécuté alors que les travaux de remise en état sont urgents. La démobilisation est parfois trop rapide surtout en ce qui concerne le personnel administratif indispensable à l'inventaire du matériel et à la clôture des comptes. Le respect des droits des mobilisés s'oppose au bon déroulement de ces opérations qui dévoilent par ailleurs des erreurs de gestion administrative. Enfin, la question du matériel accumulé tout au long du conflit par le Service de Santé n'est pas totalement réglée et ce dernier se débarrasse de cet encombrant matériel par des cessions onéreuses et gracieuses. Cependant, l'absence d'archives à ce sujet ne permet pas de savoir si du matériel a été conservé dans l'optique d'un futur conflit et ce qu'il est advenu du magasin régional de Châteauroux. Il n'en demeure pas moins que des hôpitaux civils ont bénéficié de ces cessions pour acquérir du matériel qui leur faisait défaut avant la guerre.

La démobilisation qui s'achève parfois des années après la fin des hostilités clôt ce travail mais pas les interrogations qu'il soulève et dont certaines ont déjà été évoquées dans cette conclusion. La première est inhérente à la définition du sujet : comment a-t-on soigné les soldats de la Première Guerre mondiale dans les autres régions ? Des études comparatives permettraient de confirmer certains traits de cette hospitalisation comme le renforcement du rôle de surveillance de la population civile et militaire à l'intérieur du fait de la baisse des évacuations. Elles montreraient des spécificités de la 9^{e} région ou bien dévoileraient que l'organisation structurelle ou médicale de cette région est commune à d'autres ce qui signifierait que le Service de Santé a eu une approche centralisatrice des soins des soldats. Comme nous l'avons démontré, le Service de Santé laisse carte blanche aux médecins-chefs des centres spécialisés tout en les contrôlant, ce qui lui permet de faire remonter les meilleures organisations. Les réunions qui se tiennent dans les sociétés médicales ou au S.S.E.S.S.M. permettent d'élaborer des doctrines et des organisations médicales parfois propres à chaque spécialité. Il conviendrait alors d'étudier l'application des décisions prises dans ces cénacles dans les régions militaires. La pluralité des situations en France et dans l'Empire colonial permettrait de donner une vision globale de ces soins. En effet, il convient de ne pas de se limiter à la métropole car les cadres de la 19^{e} région, des colonies et de l'outre-mer (Antilles, Réunion et Pacifique) pourraient montrer des organisations originales.

Une autre question revient à redéfinir la place de la Première Guerre mondiale dans l'histoire du Service de Santé et plus particulièrement sur le retour d'expérience de cette guerre. Quel a été son impact sur l'organisation du Service de Santé durant l'entre-deux-guerres, sur sa préparation à un éventuel conflit et quelle a été son organisation durant la Deuxième Guerre mondiale ? Quelle a été

la doctrine du Service de Santé concernant les soins des soldats et avec quels types de structures ? Tout ce que nous pouvons dire à ce sujet c'est que certains établissements qui ont accueilli des formations sanitaires durant la Première Guerre mondiale l'ont également fait au début de la Seconde, comme le collège privé de Marmoutier à Sainte-Radegonde[1]. Ce questionnement est d'autant plus intéressant que la préparation du système hospitalier de la 9e région avant la Grande Guerre a été globalement un échec.

Par ailleurs, il conviendrait de mener des études sur différents acteurs de l'hospitalisation des soldats au niveau local mais aussi national pour comparer les ressorts de leurs attitudes face au Service de Santé et dans les soins des soldats. Cela pourrait montrer pour certains, une volonté de mener un front commun contre le Service de Santé. À ce titre, il serait intéressant d'étudier le rôle des maires et conseils municipaux des régions de l'intérieur, de la zone des armées et de l'outre-mer mais aussi celui des conseils généraux ou des représentants des différents ministères. En outre, le corps préfectoral joue un rôle particulièrement intéressant dans cette histoire et il serait bon de s'intéresser à la composition de ce corps et son rôle durant la Première Guerre mondiale.

Nous l'avons déjà évoqué mais il nécessaire tout de même de le redire ici, le rôle des comités d'assistance de la Croix-Rouge a été fondamental dans les soins des soldats. L'étude de ces comités, avant et après la guerre, permettrait de mieux comprendre ces sociétés, leur fonctionnement, leur composition, leur préparation aux conflits et leur rôle dans la vie locale en temps de paix et particulièrement dans la lutte contre la tuberculose. Si une étude au niveau national est nécessaire, elle ne doit pas se limiter à cette échelle, car ces comités jouissent d'une grande indépendance vis-à-vis des instances nationales auxquelles ils participent. Il serait aussi intéressant de prolonger cette étude par celle des œuvres de guerre.

L'une des questions les plus importantes soulevée par ce travail concerne les conséquences de la Première Guerre mondiale sur le corps médical français et ce, à différents niveaux. Sophie Delaporte évoque une historiographie « […] silencieuse […] » sur « […] l'impact de cet événement majeur du XXe siècle sur la médecine civile et militaire de l'après-guerre, notamment sur l'enseignement dans les écoles du Service de Santé et dans les facultés de médecine, et plus généralement sur les pratiques des médecins. »[2] Dans son article « *La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871)* », Bertrand Taithe évoque « […] un 'temps court' dans lequel les violences de la guerre permettent des diffusions et des échanges

[1] A.M. Tours. Lettre datée du 30 septembre 1948 d'auteur inconnu et adressée au général Michel. Trois hôpitaux ont été organisés par la Croix-Rouge lors de la mobilisation en 1939 : le couvent de Marmoutier, la maison de santé Saint-Gatien et l'école Mirabeau.
[2] DELAPORTE Sophie, (2003), *Les médecins…, op. cit.* p. 208.

inusités. »[1] Le titre de l'ouvrage de Jean Quénu, *Notre internat*, où il évoque notamment sa guerre, montre que certains médecins ont considéré celle-ci comme une formation qui a bien eu lieu dans certains services spécialisés. Ainsi, on peut se demander si la Première Guerre mondiale n'a pas permis une « mise à niveau » des médecins français nécessaire par la diversité des formations médicales et des niveaux des écoles et facultés de médecine. La pratique médicale d'après-guerre diffère-t-elle de celle d'avant-guerre ? Cette question est légitime à l'exemple du docteur Gougerot qui forme les médecins dans son centre dans le but de les préparer à leur rôle après la guerre au sein des services annexes dont il espère qu'ils soient conservés. D'autre part, on peut se demander si la guerre a permis le développement des services médicaux civils après le conflit. Il conviendrait d'étudier ces questions aux niveaux international, national et local.

En outre, si aucune découverte médicale n'a été faite durant ce conflit, on peut tout de même se demander si celui-ci n'a pas été le point de départ de découvertes. Plus précisément, des médecins et des pharmaciens ont-ils poursuivi des recherches menées durant la guerre ? Cette question se pose notamment avec le parcours de Marcel Belin (1885 – 1950) qui le conduit après la guerre à fonder l'Institut Bactériologique de Tours en 1919 et à développer du virus aphteux pour produire du vaccin[2]. On peut ainsi se demander si une industrie médicale a pu se développer sur les bases de ce qui a été fait durant la guerre.

De même, il conviendrait d'étudier les relations entre les différents services de santé et les échanges scientifiques internationaux durant la guerre afin d'observer si des transferts d'innovations ou de pratiques médicales ont eu lieu. L'exemple de la formation des radiologues américains par le docteur Ledoux-Lebard relève de ce questionnement et il serait intéressant de savoir quelle a été la réception de cet enseignement et si celui-ci a été diffusé aux États-Unis. À l'exemple de l'échec de la collaboration franco-américaine concernant la lutte antivénérienne, il conviendrait d'étudier ces échecs de « transfert ». On peut se demander si la présence du corps médical américain, composé notamment de professeurs de médecine, et les échanges avec son homologue français n'ont pas influencé l'enseignement médical en France. En effet, la présence à Tours de Robert Debré, père de la réforme des C.H.U. en 1958, durant cette période[3] peut laisser penser qu'il aurait découvert ainsi la formation des médecins américains[4].

---

[1] TAITHE Bertrand « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : Bourdelais P., Faure O., Les nouvelles pratiques de santé XVIII^{e}-XX^{e} siècles, Paris, Belin, coll. Histoire et Société, 2005, p. 227-242.

[2] http://www.orhibio.org/wiki/index.php?title=Belin. Site consulté le 5 juillet 2015.

[3] Robert Debré, par ailleurs lié à la Touraine, est affecté au laboratoire bactériologique de Tours du 10 avril 1917 au 25 novembre 1918.

[4] D'autre part, Édouard Rist réalise deux voyages aux États-Unis pour faire la propagande de la médecine française. Il est probable qu'il ait fait part de ses impressions à Robert Debré sur ses voyages.

La gestion du personnel médical a été l'une des bases de la révolution médicale du Service de Santé. L'étude des archives du Service du personnel du Service de Santé pourrait éclairer cette gestion et peut-être dévoiler des réseaux qui auraient permis à certains médecins quelques passe-droits. Mais plus généralement, l'étude des réseaux des médecins et des pharmaciens pourrait aider à mieux comprendre la diffusion des techniques durant la guerre[1]. Surtout, il conviendrait d'étudier la constitution des réseaux durant celle-ci pour connaître leurs influences après la guerre.

Vincent Viet montre l'échec de la création d'un ministère de la Santé Publique après la guerre alors que tous les éléments sont réunis[2]. Cela conduit à la question des conséquences des politiques sanitaires mises en place durant la guerre et leur continuation après celle-ci. Ainsi, si le docteur Gougerot échoue à imposer les services annexes à toutes les villes principales de la 9^{e} région, certains demeurent toujours en activité comme à Angers tandis que certaines villes auparavant réticentes s'en dotent, à l'exemple de Tours. De même, les tentatives d'éducation hygiéniste menées dans les hôpitaux ont-elles rencontré les résultats escomptés ?

Nous pourrions multiplier les questionnements tant le sujet et les archives s'y référant se prêtent à de nombreuses études. Nous terminerons cependant sur une question qui nous a toujours intéressé. Plus de cent ans après le début de ce conflit, que représente la médecine durant la Première Guerre mondiale pour les médecins, pharmaciens et infirmiers d'aujourd'hui ?

[1] Voir à ce sujet la thèse de Claire Marchand, référence déjà citée.
[2] VIET Vincent, (2015), *La santé en guerre…*, *op. cit.* p. 621-626.

Index des noms de personnes

A

Abt, 318
Archambault, Paul, 467
Auterive, 136
Auvray, Paul 403, 938

B

Baillaud, 169
Bar, 465
Barnsby, David, 115, 328, 329, 1037, 1038, 1040
Barnsby, Henry, 148, 149, 154, 155, 164, 221, 251, 408, 468, 469, 471, 472, 1005, 1006, 1014, 1037, 1038, 1040, 1055, 1114, 1115
Barois, Léon, 33, 69, 96, 209, 463, 1041
Baruk, Jacques, 78, 202, 203, 212, 302, 303, 304, 305, 972, 1042
Baudouin, Félix, 82, 465, 466, 471, 941, 1043
Baumgartner, Amédée, 217, 259, 942, 1044
Belgrand, 235, 470
Belle, Antoine, 72, 938
Bergonié, Jean, 85, 917
Bernard, 267, 270, 924, 980
Bernard, Claude, 315
Bernard, Maurice, 64
Bernard, Léon, 15, 1055, 1073
Berton, Maurice, 472, 1045
Besnard, René, 566, 595, 596
Bliss, 520
de Boë, Désiré, 462, 1017
Boidin, Louis, 217, 317, 325, 1029, 1046
Bonnin (officier d'administration), 446, 532, 614
Boquel, André, 42, 353, 462, 1027, 1051
Bosc, Gaston, 471
Bouchacourt, Léon, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 153, 154, 155, 189, 190, 198, 212, 259, 260, 463, 622, 1051, 1107
Bourcier, Claudine, 20, 143
Boureau, René, 149, 202, 212, 222, 360, 371, 372, 374, 375, 448, 468, 470, 535, 604, 921, 975, 1003, 1043, 1053, 1139
Bourgeois, Léon, 333
Bouvet, Jules, 200, 923
Bretonneau, ,Pierre-Fidèle , 472
Bribon, 461
Brin, Henry, 213, 215, 217, 221, 251, 258, 460, 469, 960, 1005, 1014, 1054, 105500
Brulé, 344
Brun, 104

C

Cailletou, 466
Camus, Maurice, 405, 470, 1056
Carrel, Alexis, 244, 443
Carvallo, Joachim, 62, 991, 1057
Castelain, Fernand, 86, 197, 213, 216, 241, 270, 938, 1058
Cestan, Raymond, 199, 213, 217, 221, 295, 296, 298, 299, 301, 918, 998, 1060
Chambard, 103
Charpentier, Albert, 221, 222, 918, 1062
Chateignier, 455
Chaumier, Edmond, 177, 460, 998, 1063, 1116, 1118, 1146
Chauvin, 472
Chavaillon, 466
Chevé, Marie, 111, 471, 1065
Clemenceau, Georges, 583
Cointreau (madame), 41, 440, 447, 495, 610, 611
Cosse, Élie, 86, 268, 465, 1068
Courbe, Henri, 397, 1003
Courcoux, Alfred, 197, 215, 216, 232, 316, 317, 953, 954, 1069
Cousin (docteur), 360, 361, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 921
Crocicchia, 566
Crosse, 460, 461

D

Dakin, Henry, 244
Danon, 226
Dauvillier, 226
Debré, Robert, 316, 641, 1072
Delaroche, 106
Delbet, Pierre, 96, 250, 258
Delorme, Edmond, 15, 90, 91, 93, 94, 96, 99, 158, 226
Denéchau, Désiré, 196, 213, 219, 231, 313, 316, 318, 322, 324, 332, 1029, 1047, 1074
Derouau, Admira, 352, 925
Deschamps, Baptiste, 242, 243, 464, 1142
Deslis, Jules, 610, 611, 1009
Dessane, Marcel, 228, 264, 265, 465, 1075, 1115
Devaux, 85, 86, 198, 205, 288, 292, 918, 976
Drouot, 599, 600, 602, 614, 615, 616
Dubois, Pierre (général de division) 32, 98, 1078
Dubreuil-Chambardel, Émile, 25, 1077
Durand (général), 443
Durand (officier d'administration), 537
Duret, Paul, 336, 337, 340, 341, 1080
Duroux, Émile, 194, 213, 215, 217, 260, 949, 1081

F

Faix, André, 470
Farb, 403
Fargin-Fayolle, Roch, 234, 280, 283, 284, 285, 947, 1082
Férouelle, 111
Foucher, Octave, 106
Freppel (monseigneur), 25

G

Galtier-Boissière, Émile, 15, 1054
Gandar, 1011
Gaudeau, Daniel, 471, 1093
Ginestous, Étienne, 225, 267, 272, 628, 1086
Godart, Justin, 12, 16, 18, 189, 242, 322, 350, 381, 402, 571, 594, 595, 596, 619, 620
Godet, 33
Gougerot, Henri, 199, 200, 206, 217, 222, 231, 232, 234, 235, 240, 241, 335, 336, 337, 338, 339, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 380, 422, 588, 629, 641, 642, 920, 950, 976, 1080, 1088
Gourichon, 321, 326
de Grandmaison, Georges, 57, 474, 1010, 1090
Grasset, Paul, 461, 1090
Guérard (madame), 176, 1064
Guillaume-Louis, Paul, 52, 87, 113, 150, 251, 252, 358, 468, 471, 976, 1093
Guiraud, 467

H

Hautant, Albert, 198, 206, 215, 216, 226, 242, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 283, 935, 994, 1094
Haven Emerson, 232
Hennique, 72, 1003, 1015
Herriot, Édouard, 201, 362
Herscher, Maurice, 196, 206, 224, 225, 231, 315, 318, 319, 320, 322, 324, 325, 330, 331, 927, 1095
Hirtz, Eugène, 226
Hordliczska, Louise, 176
Hoy, 411
Hyades, Paul, 389

J

Jablonski, Thadeus, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 329, 330, 623, 1096
Jabouille, 467
Job, 194, 196, 202, 206
Jouhaud, Léon, 20, 143, 174
Jousselin, Edmond, 85, 104, 151, 260, 985, 1096
Jousselin (docteur), 136, 137

K

Kahn, Pierre-Adolphe, 203, 211, 235, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 464, 467, 468, 628, 949, 971, 976, 1097
Kessler, 379
Kirmisson, Édouard, 222, 223

L

Labey, Georges, 192, 193, 221, 222, 248, 250, 255, 917, 960, 1099
de La Coste, 60, 181, 1019
Laignel-Lavastine, Maxime, 199, 202, 205, 207, 215, 216, 221, 222, 236, 239, 297, 298, 299, 305, 918, 1101, 1142
Landriau, Marie, 97, 98, 99, 101, 104, 123, 181, 182, 186, 204, 1103
de Lapersonne, 267, 1060
Lapeyre, Louis, 194, 212, 213, 215, 221, 222, 239, 249, 250, 251, 255, 256, 442, 444, 461, 469, 470, 471, 588, 633, 936, 948, 1014, 1111, 1114, 1127
Laveran, Alphonse, 323, 324
Lebard, 473
Lebreton, 477
Ledoux-Lebard, René, 198, 205, 217, 219, 221, 222, 226, 227, 228, 232, 235, 245, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 286, 287, 293, 322, 341, 463, 464, 465, 627, 641, 918, 919, 1052, 1062, 1075, 1107, 1114, 1115, 1125
Legludic, Henry, 42, 176, 441, 460, 610, 611, 1110
Leguin, 463
Lejars, Félix, 48, 170, 172, 1093
Lemarie, 434
Lemesle, 106
Labbé, Léon, 96
Lepage, Alfred, 33, 119
Léri, 297
Lesguillon, 119
Leullier, Marie, 85, 223, 923, 1108
Levasseur, Arthur, 365, 368, 369, 370, 371, 374, 376, 377, 431, 437, 446, 447, 448, 449, 450, 452, 455, 484, 488, 494, 533, 537, 539, 541, 542, 545, 546, 547, 548, 549, 575, 578, 585, 587, 588, 597, 616
Lévesque, 176, 439, 611
Lévy, 346
Lieffring, Nicolas, 154
Luquel, 157
de Luze, 538, 952

M

Menier, Gaston, 56, 57, 72, 498, 940, 1113
Menier Georges (madame), 57, 940
Magé, Joseph, 152
Magnan, Jean, 86, 274, 465, 471, 993, 994, 1014
Maillard, 466
Mâreau, 42, 460, 1110
Marion, 226
Martin, 200, 282, 923, 980
Mauclaire, Louis, 226, 227
Maufrais, Louis, 20
Ménétrez, Jean, 119, 1113
Menuet, François, 104, 153, 265, 464, 465, 1114
Mercier, Raoul, 465, 998, 1115
Messimy, Adolphe 216
Métadier, Paul, 59, 85, 86, 198, 288, 976, 1028, 1117
Michel, 467
Mignon, Alfred, 14, 100, 216, 218, 456, 457, 458, 459
Moissonnier, Étienne, 176, 460, 1118
Monod, Émile, 200, 209, 211, 216, 280, 282, 283, 284, 935, 947, 1119
Montaudon, 412
Montet, 463, 470
Monprofit, Ambroise, 221, 1054
Morin, Fernand, 566, 596
Mourier, Louis, 189

N

Nattan-Larrier, Louis, 197, 215, 220, 316, 316, 317, 329, 330, 953, 954, 1121

O

Oberthür, Joseph, 199, 299, 302, 998, 1125
d'Ollone (comtesse), 442
Ombrédanne, Louis, 192, 194, 200, 201, 205, 207, 208, 215, 216, 221, 222, 226, 227, 228, 229, 232, 236, 237, 238, 245, 251, 253, 255, 257, 273, 280, 281, 282, 283, 288, 298, 322, 359, 455, 463, 468,

627, 918, 919, 935, 939, 974, 975, 1013, 1053, 1065, 1075, 1108, 1124, 1125
Orillard, 532

P

P. de Champtassin, 198, 290, 918
Papin, Paul, 42, 353, 354, 441, 610, 611, 955, 1126
Périvier, 119
Perré, 440
Perrin (délégué du comité central de l'U.F.F.), 440
Perrin, 470, 471
Perrin, François, 20
Pershing, John, 585, 586
Petit (de Niort), 109
Phélebon, Roger 421
Phelip, 459
Pic-Paris, Eugène, 470, 510, 511, 633, 1127
Pitard, 466
Poline, Arthur 238, 1128
de Pourtalès (comtesse), 162, 1005

Q

Queille, 234
Quénu, Édouard, 159, 1038
Quénu, Jean, 20, 148, 156, 167, 641

R

Régaud, Claudius, 235
Rist, Édouard, 197, 215, 216, 217, 230, 316, 317, 954, 1131
Robineau, Maurice, 192, 193, 195, 217, 221, 223, 232, 237, 238, 240, 248, 254, 255, 256, 257, 260, 288, 385, 396, 422, 925, 941, 942, 1134
Rocaz, 196, 231, 241, 312, 313, 315, 316, 321, 322, 323, 331, 332, 921, 942, 948, 979
Rousseau, 611
Roux, Émile, 99, 100
Ruthon, Victor, 104, 105

S

Sangnier, 444
Saint-Paul (sœur), 522
Sourdillon, 59, 1028
Speckmann, 388

T

Tardieu, 26
Terreux, 451, 452, 484
Terrien, Adrien, 197, 215, 216, 217, 220, 223, 224, 240, 241, 267, 268, 269, 270, 272, 938, 1059, 1136
Thomas, Joseph, 360, 374, 921, 1138
Tixier, Jeanne, 465, 466
Torterue, 55, 937
Toubert, Joseph, 189, 246
Tourlet, 105, 146
Troussaint, Ange, 14, 35, 43, 70, 76, 91, 124, 144, 148, 150, 156, 165, 166, 215, 428, 441, 456, 457, 481, 522, 585
Trousseau, Armand, 472
Turlais, Constant, 196, 319, 320, 326, 935, 943, 959, 1140

V

Vasse du Saussay, 25, 1004, 1141
de Vasselot de Régné, 181
Velpeau, Alfred, 472
Viallet, 226, 263
Vincent, 200, 335, 920
Vincent, Clovis, 199, 221, 242, 298, 300, 301, 628, 918, 998, 1142
Vincent, Hyacinthe, 98, 99, 319
Vinsonneau, Camille, 86, 1143

W

Weill, 403
Weiss, Louise, 76
Weiss, Théodore, 24, 90
Wetterwald, Xavier, 198, 211, 289, 290, 291, 292, 628, 918, 1109, 1144
Widal, Fernand, 319
Wolff, Edmond, 102, 103, 159, 1145
Wright, Almroth, 99

Table des tableaux

TABLEAU 1. REPARTITION DES FORMATIONS CREEES AU MOIS D'AOUT 1914 PAR LES SOCIETES D'ASSISTANCE DE LA CROIX-ROUGE SELON LE LOCAL UTILISE. 44
TABLEAU 2. NOMBRE DE FORMATIONS ET DE LITS CREES PAR LES SOCIETES D'ASSISTANCE DE LA CROIX-ROUGE DURANT LES MOIS D'AOUT ET SEPTEMBRE 1914. 59
TABLEAU 3. COMPARATIF DES INDEMNITES JOURNALIERES VERSEES PAR LE SERVICE DE SANTE AUX ARMEES A L'HOSPICE GENERAL DE TOURS, A L'ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE ET A L'HOSPICE GENERAL DE LOUDUN EN 1914..... 74
TABLEAU 4. ÂGE ET CLASSE DES CHEFS DE CENTRE OU DE SERVICE SPECIALISE LORS DE LEUR NOMINATION A CE POSTE. 210
TABLEAU 5. VILLE DE RESIDENCE D'AVANT-GUERRE DES CHEFS DE CENTRE OU DE SERVICE SPECIALISE. 211
TABLEAU 6. VILLE D'INTERNAT DES CHEFS DE CENTRE OU DE SERVICE SPECIALISE..... 213
TABLEAU 7. NOMBRE DE BLESSES HOSPITALISES A L'INTERIEUR EN FONCTION DE L'ANNEE DE LEUR BLESSURE..... 245
TABLEAU 8. MALADIES TRAITEES PAR LE CENTRE DE PSYCHIATRIE DE LA 9E REGION MILITAIRE. 305
TABLEAU 9. ÉTAT DES RECUPERES PAR LE SERVICE CENTRAL DE PSYCHIATRIE DE TOURS DE SON OUVERTURE JUSQU'AU 31 OCTOBRE 1918. 307
TABLEAU 10. ANNEES D'ARRIVEE ET DE DEPART DU PERSONNEL INFIRMIER DE L'HOPITAL AUXILIAIRE N°102 D'ANGERS 439
TABLEAU 11. EFFECTIF DU PERSONNEL CIVIL DANS LES STRUCTURES MILITAIRES DE LA 9E REGION DU 1ER SEPTEMBRE 1914 AU 1ER OCTOBRE 1918..... 454
TABLEAU 12. NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION DANS LA 9E REGION MILITAIRE SELON LE TYPE DE LA FORMATION DE 1914 A 1917. 483
TABLEAU 13. MONTANT DES DEPENSES REALISEES PAR LE SERVICE DE SANTE DE LA 9E REGION MILITAIRE DU DEBUT DE LA GUERRE A LA FIN DU DEUXIEME TRIMESTRE 1918. 486
TABLEAU 14. ÉVOLUTION DU PRIX MOYEN DE LA JOURNEE D'HOSPITALISATION DES MILITAIRES DANS SIX HOPITAUX COMPLEMENTAIRES DE 1915 A 1917. 487
TABLEAU 15. ÉVOLUTION DU PRIX DE REVIENT ANNUEL DE LA JOURNEE D'HOSPITALISATION A L'INTERIEUR DE 1914 A 1919..... 488
TABLEAU 16. ÉVOLUTION DU PRIX DE QUELQUES DENREES ET MATIERES PREMIERES LIEES A L'ENERGIE, DE LA CREATION DE L'HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°5 AU 1ER TRIMESTRE 1917..... 489
TABLEAU 17. ÉVOLUTION DES BUDGETS DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS DE 1913 A 1918. 492
TABLEAU 18. COUT DE LA JOURNEE D'HOSPITALISATION A L'HOPITAL AUXILIAIRE N°102 DE 1914 A 1919 COMPARE A D'AUTRES FORMATIONS SANITAIRES. 494
TABLEAU 19. ÉVOLUTION DES DEPENSES CONCERNANT L'HOPITAL AUXILIAIRE N°102 DU 1ER MAI 1914 AU 15 NOVEMBRE 1919..... 495
TABLEAU 20. BILAN DES RECETTES ET DES DEPENSES DU COMITE DE L'U.F.F. D'ANGERS DU 1ER MAI 1914 AU 15 NOVEMBRE 1919. 496
TABLEAU 21. RECETTES ANNUELLES DU COMITE DE L'U.F.F. D'ANGERS DUES AUX QUETES, FETES, MESSES ET SOUSCRIPTIONS DURANT LA GUERRE. 501

TABLEAU 22. HOPITAL AUXILIAIRE N°102. COMPARAISON ENTRE LES RECETTES OBTENUES PAR LA PRESENCE DES SOLDATS ET LES DEPENSES TOTALES DE L'HOPITAL. 503
TABLEAU 23. HOPITAL AUXILIAIRE N°102. COMPARATIF DES RECETTES PONCTUELLES PROVENANT DE L'ÉTAT, DES COLLECTIVITES ET DU COMITE CENTRAL PAR RAPPORT AUX DEPENSES 505
TABLEAU 24. COMPARAISON DES PRIX DE CESSION ET DES PRIX D'ACHAT DANS LE COMMERCE DE DIFFERENTS MEDICAMENTS OU PRODUITS PHARMACEUTIQUES 548
TABLEAU 25. ÉVOLUTION DU BENEFICE REALISE PAR LA BLANCHISSERIE MILITAIRE DU SERVICE DE SANTE DE TOURS. 552
TABLEAU 26. TYPE DE BATIMENT EMPLOYE SELON L'ORGANISME A L'ORIGINE DE LA STRUCTURE CREEE DE FEVRIER 1915 A DECEMBRE 1916. 560
TABLEAU 27. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS HOSPITALIERS DANS LA 9E REGION. 561
TABLEAU 28. NOMBRE DE FORMATIONS « FERMEES » SELON L'ŒUVRE A SA TETE ET LE TYPE DE LA FORMATION DE FEVRIER 1915 A DECEMBRE 1916 572
TABLEAU 29. TYPE DE BATIMENT UTILISE PAR LES ORGANISMES POUR LEURS FORMATIONS FERMEES DE FEVRIER 1915 A DECEMBRE 1916 573
TABLEAU 30. REPARTITION DES FERMETURES, SELON LE TYPE DE LA FORMATION, EN 1917 ET 1918 (EXCEPTES NOVEMBRE ET DECEMBRE 1918) 579
TABLEAU 31. NOMBRE DE FORMATIONS CREEES EN FONCTION DE LEUR TYPE, DE JANVIER 1917 A OCTOBRE 1918. 582
TABLEAU 32. REPARTITION, SELON LE TYPE, DES FORMATIONS SANITAIRES EXISTANTES AU 11 NOVEMBRE 1918. 599
TABLEAU 33. REPARTITION DES RESTITUTIONS, SELON LE TYPE DE LA FOMATIONS, EN DECEMBRE 1918. 601

Table des figures

FIGURE 1. EMPLACEMENT DES STRUCTURES MILITAIRES CREEES AU MOIS D'AOUT 1914 PAR RAPPORT A CELLES EXISTANTES AVANT LA GUERRE. 39
FIGURE 2. EMPLACEMENT DES FORMATIONS DE LA CROIX-ROUGE CREEES AU MOIS D'AOUT 1914 SELON LA SOCIETE D'ASSISTANCE DE LA CROIX-ROUGE A L'ORIGINE DE LEUR CREATION. 45
FIGURE 3. EMPLACEMENT DES FORMATIONS BENEVOLES CREEES AU MOIS D'AOUT 1914 SELON LE TYPE DE LA FORMATION. 50
FIGURE 4. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°36 AU CHATEAU DE CHENONCEAU. SALLE DE BLESSES SITUEE AU PREMIER ETAGE DE LA GALERIE. 57
FIGURE 5. EMPLACEMENT DES FORMATIONS PRESENTES DANS LA 9E REGION MILITAIRE A LA FIN DU MOIS DE SEPTEMBRE 1914, SELON LEUR DATE DE CREATION. 66
FIGURE 6. EMPLACEMENT DES FORMATIONS CREEES DU MOIS D'OCTOBRE 1914 AU MOIS DE JANVIER 1915 SELON L'ORGANISME A LEUR ORIGINE. 71
FIGURE 7. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 DE TOURS. EXTRACTION DE PROJECTILES SOUS LE CONTROLE INTERMITTENT DE L'ECRAN RADIOSCOPIQUE. TECHNIQUE DES DOCTEURS LEDOUX-LEBARD ET OMBREDANNE. 227
FIGURE 8. ÉVOLUTION COMPAREE DU NOMBRE DE SERVICES ET DE LITS CHIRURGICAUX DANS LA 9E REGION DE JANVIER 1916 A OCTOBRE 1918. 247
FIGURE 9. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'OPERATIONS PRATIQUEES DANS LA 9E REGION ET DE CELLES REALISEES PAR LES CHIRURGIENS-CHEFS DES SECTEURS CHIRURGICAUX. 253
FIGURE 10. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RADIOGRAPHIES ET DE RADIOSCOPIES REALISEES DANS LA 9E REGION DE JANVIER 1915 A NOVEMBRE 1918. 262
FIGURE 11. ACTIVITE DU SERVICE CENTRAL D'OPHTALMOLOGIE DE TOURS DE MARS 1915 A OCTOBRE 1918. 268
FIGURE 12. NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES AU SERVICE CENTRAL D'OPHTALMOLOGIE DE TOURS DE MARS 1915 A OCTOBRE 1918. 271
FIGURE 13. ÉVOLUTION DES ENTREES AU SERVICE CENTRAL D'O.R.L. DE LA 9E REGION EN FONCTION DE LA PROVENANCE DU SOLDAT D'AVRIL 1915 A OCTOBRE 1918. 276
FIGURE 14. ACTIVITE DES SERVICES D'O.R.L. DE LA 9E REGION D'AVRIL 1915 A OCTOBRE 1918. 277
FIGURE 15. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 DE TOURS. CENTRE DE MECANOTHERAPIE. ARTHROMOTEUR DU DOCTEUR P. DE CHAMPTASSIN. 291
FIGURE 16. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 DE TOURS. CENTRE DE MECANOTHERAPIE. MASSAGES. 292
FIGURE 17. ÉVOLUTION DES ENTREES ET DES SORTIES AU SERVICE CENTRAL DE NEUROLOGIE DE LA 9E REGION D'AOUT 1915 A FEVRIER 1919. 294
FIGURE 18. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 DE TOURS. CENTRE DE NEUROLOGIE. LA VISITE DU DOCTEUR CLOVIS VINCENT. 301
FIGURE 19. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES ET DE LITS MEDICAUX DANS LA 9E REGION DE JANVIER 1916 A DECEMBRE 1918. 312
FIGURE 20. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°37 DE SAINTE-RADEGONDE (INDRE-ET-LOIRE). HOPITAL POUR CONTAGIEUX. CABINE D'ISOLEMENT DES DIPHTERIQUES. 314
FIGURE 21. ÉVOLUTION PAR DECADE DU NOMBRE DE CAS DE MALADIES ET DE L'EFFECTIF MILITAIRE DE LA 9E REGION MILITAIRE DU 10 JUILLET 1916 AU 30 OCTOBRE 1919. 321

FIGURE 22. ÉVOLUTION DES CAS DE GRIPPE ESPAGNOLE ET DU NOMBRE DE MORTS DUS A CETTE MALADIE DU 10 JUILLET 1918 AU 30 AVRIL 1919. 326
FIGURE 23. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°3 A L'ECOLE SUPERIEURE DE JEUNES FILLES DE TOURS. CENTRE DE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE. BARAQUES DESTINEES AUX MALADES VENERIENS. 338
FIGURE 24. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°5. CENTRE D'APPAREILLAGE DES MUTILES. ATELIER DE MOULAGE DES PROTHESES. 366
FIGURE 25. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°5. CENTRE DE REEDUCATION DES MUTILES. ATELIER AGRICOLE. 374
FIGURE 26. CENTRE SPECIAL DE REFORME DE TOURS ANCIENNEMENT HOPITAL-DEPOT DE CONVALESCENTS N°49. 387
FIGURE 27. SALLE DE RECREATION DE L'HOPITAL AUXILIAIRE N°13 D'AMBOISE. 397
FIGURE 28. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°5 A JOUE-LES-TOURS. FOYER DES MUTILES. 399
FIGURE 29. HOPITAL AUXILIAIRE N°10 A TOURS. CHAMBRE POUR OFFICIERS. 400
FIGURE 30. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DECES A L'HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 DU MOIS DE SEPTEMBRE 1914 AU MOIS D'AVRIL 1919. 406
FIGURE 31. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 AU LYCEE DESCARTES A TOURS. SALLE DES MORTS. 411
FIGURE 32. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°21 A POITIERS. BLESSES FRANÇAIS ET SENEGALAIS ACCOMPAGNES D'UNE PARTIE DU PERSONNEL DE L'HOPITAL. 416
FIGURE 33. HOPITAL AUXILIAIRE N°101 A POITIERS. INFIRMIERS ANNAMITES. 434
FIGURE 34. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2. SALLE 2 (1917-1918). 436
FIGURE 35. DIRECTION DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE DE LA 9E REGION. SALLE DES SECRETAIRES. 452
FIGURE 36. HOTEL-DIEU DE POITIERS. ÉVOLUTION, GENERALE ET SELON LES POSTES, DES DEPENSES DE 1912 A 1921. 490
FIGURE 37. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION A L'HOTEL-DIEU DE POITIERS EN FONCTION DU TYPE D'HOSPITALISE ET PRIX DE REVIENT JOURNALIER TOTAL DE 1912 A 1921. 491
FIGURE 38. INSTALLATION RADIOLOGIQUE DE L'HOPITAL AUXILIAIRE N°2 DE TOURS. 524
FIGURE 39. HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°2 AU LYCEE DESCARTES DE TOURS. ATELIER DES SAPEURS. 532
FIGURE 40. BASSE-COUR DE L'HOPITAL COMPLEMENTAIRE N°9 DE PARTHENAY CONTENANT AUSSI LES CAGES A LAPIN. 535
FIGURE 41. ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES CESSIONS DE MARCHANDISES AUX FORMATIONS SANITAIRES DE LA 9E REGION PAR LE MAGASIN D'APPROVISIONNEMENT DE TOURS DURANT LE CONFLIT. 539
FIGURE 42. INTERIEUR DU MAGASIN REGIONAL DU SERVICE DE SANTE DE CHATEAUROUX. 544
FIGURE 43. MAGASIN REGIONAL DU SERVICE DE SANTE DE CHATEAUROUX. ATELIER. 545
FIGURE 44. BUANDERIE DE L'HOPITAL AUXILIAIRE N°2. 550
FIGURE 45. BLANCHISSERIE MILITAIRE DU SERVICE DE SANTE DE LA PLACE DE TOURS. 551
FIGURE 46. NOMBRE DE BLESSES ET DE TRAINS SANITAIRES PASSES PAR LA GARE DE SAINT-PIERRE-DES-CORPS DU 23 AOUT 1914 AU 30 SEPTEMBRE 1916. 555
FIGURE 47. INFIRMERIE DE GARE DE LA S.S.B.M. DE SAINT-PIERRE-DES-CORPS. 557
FIGURE 48. EMPLACEMENT DES STRUCTURES CREEES, SELON L'ORGANISME QUI EN EST A L'ORIGINE, DU MOIS DE FEVRIER 1915 AU MOIS DE DECEMBRE 1916. 559
FIGURE 49. FERMETURES DE FORMATIONS DE FEVRIER 1915 A DECEMBRE 1916. 570
FIGURE 50. EMPLACEMENT DES FORMATIONS, SELON L'ORGANISME A LEUR ORIGINE, FERMEES DU MOIS DE FEVRIER 1915 AU MOIS DE DECEMBRE 1916. 574
FIGURE 51. ÉVOLUTION DES FERMETURES DE FORMATIONS SANITAIRES DE JANVIER 1917 A OCTOBRE 1918. 577

FIGURE 52. EMPLACEMENT DES FORMATIONS FERMEES DE JANVIER 1917 A L'ARMISTICE SELON L'ORGANISME A L'ORIGINE DE LA FORMATION..... 580
FIGURE 53. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FERMETURES DE FORMATIONS SANITAIRES PRESENTES DANS DES LOCAUX SCOLAIRES DE JANVIER 1917 A OCTOBRE 1918. 591
FIGURE 54. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FERMETURES DE FORMATIONS DE NOVEMBRE 1918 A DECEMBRE 1919. 601

Table des matières

REMERCIEMENTS **3**

RESUME **6**

RESUME EN ANGLAIS **7**

SOMMAIRE **8**

ABREVIATIONS **10**

INTRODUCTION **11**

PREMIERE PARTIE : LES ECHECS DE LA PREPARATION A LA GUERRE. **31**

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE **32**

CHAPITRE 1 : REPENSER LE SYSTEME HOSPITALIER DE LA PREMIERE GUERRE MONDIALE **33**

A) AOUT 1914 : LE PLAN D'HOSPITALISATION D'AVANT-GUERRE CONFRONTE A SES REALITES. 34

1) Le Service de Santé aux Armées doit réviser ses plans. *34*

a) Le Service de Santé de la 9e région entre en guerre sans trop de difficultés… 34

b) … mais doit très rapidement modifier le plan d'hospitalisation 36

c) L'augmentation des capacités hospitalières du temps de paix du 9e corps d'armée comme première réponse à la situation médicale. 38

2) Les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge passent à l'action, soutenues par la population. *41*

a) L'« engouement » de l'entrée en guerre. 41

b) Le plan d'avant-guerre dépassé par l'« engouement » de la population. 43

c) Les infirmeries de gare, portes d'entrée du système hospitalier. 46

3) Les hôpitaux bénévoles, symbole de la participation de la population aux soins de ses soldats. *47*

a) Le Service de Santé, assailli par les offres de locaux et face aux besoins, cède à la tentation. 48

b) La mise en place d'un système d'hospitalisation secondaire. 49

c) Les mairies à la tête des hôpitaux bénévoles. 51

B) UN SYSTEME HOSPITALIER TENTACULAIRE. 53

1) Les acteurs « historiques » poursuivent les ouvertures de formations. *54*

a) Le Service de Santé poursuit l'extension de son organisation. 54

b) Offres patriotiques et arrière-pensées politiques. 56

c) Les créations des comités de la Croix-Rouge : des formations sanitaires fragiles ? 58

2) L'essor des œuvres bénévoles. *61*

a) Les structures de soins particulièrement sollicitées pour soigner les soldats. 61

b) Des créations de formations bénévoles parfois problématiques. 62

c) L'arrivée de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires. 64

3) Maîtriser les dérives d'un système hypertrophié. *65*

a) Un système hospitalier devenu tentaculaire et complexe. 66

b) Raccourcir les durées d'hospitalisation. 67

c) Renforcer la direction régionale du Service de Santé pour mieux contrôler le système hospitalier. 69

C) PRELUDE AU DEVELOPPEMENT DES SPECIALITES MEDICALES. 70
1) Achever l'extension du système hospitalier et continuer de corriger ses défauts. *71*
a) Le ralentissement des créations et le début des fermetures. 71
b) L'inquiétude des ressources financières. 73
c) La poursuite de la lutte contre les hospitalisations abusives. 75
2) La création de formations spécialisées pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier et ses actions thérapeutiques. *77*
a) Maîtriser le flot des convalescents. 78
b) L'organisation des premières formations de l'O.A.C.M. 79
c) L'élaboration d'un système de lutte militaire contre les maladies contagieuses 81
3) Vers les centres de spécialité dans la 9e région. *83*
a) L'éclosion des services spécialisés en France. 83
b) Les premiers services spécialisés de la 9e région militaire. 85
CHAPITRE 2 : UNE GUERRE MEDICALE SUR PLUSIEURS FRONTS. 89
A) UN SYSTEME MEDICAL PARFOIS ARCHAÏQUE. 89
1) L'échec de la doctrine chirurgicale. *90*
a) L'optimisme du Service de Santé à l'entrée en guerre. 90
b) Le choc de la réalité du conflit. 92
2) Soigner les défauts et prévenir les difficultés. *94*
a) Répartir les soldats dans les formations sanitaires selon les compétences thérapeutiques de ces dernières. 94
b) Gagner la lutte contre les maladies contagieuses. 97
3) Faire pénétrer la radiologie dans la pratique médicale. *100*
a) La mission Bouchacourt. 101
b) La radiologie dans la 9e région militaire : un « […] particularisme choquant […] ». 102
c) Éduquer les médecins à la radiologie. 105
B) COMBATTRE SUR UN AUTRE FRONT : LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. 107
1) L'affaiblissement de la couverture médicale civile *108*
a) La raréfaction du personnel civil. 108
b) Une charge de travail accrue par les soins des soldats. 110
c) Un système civil à la recherche de personnel. 111
2) Une organisation médicale civile affaiblie par la mobilisation *113*
a) Le système médical civil de plus en plus à l'étroit. 114
b) L'accroissement des populations à risque. 115
3) L'alliance des civils et des militaires contre les maladies épidémiques. *116*
a) Une collaboration renforcée par l'état de guerre. 117
b) Une lutte active pour contrôler les épidémies. 119
C) UNE AMELIORATION DE L'HOSPITALISATION DES SOLDATS ALLANT AU-DELA DE LEURS SOINS 121
1) Accompagner les soldats jusqu'à la mort. *122*
a) Assurer le bien-être des malades et blessés. 122
b) La population aux petits soins pour ses soldats 125
c) La mort des soldats 127
2) De « nouveaux » soldats à soigner. *128*

a) Les soins des soldats indigènes et des tirailleurs sénégalais. 128
b) Soigner les prisonniers de guerre. 131
c) La prise en charge des malades et blessés alliés. 134
3) Les soins des soldats, une source de conflits. *135*
a) Des comités de la Croix-Rouge sous tension. 135
b) L'occupation des locaux scolaires, une question sensible. 137
c) La crainte du conflit religieux. 140
CHAPITRE 3 : UNE ARMEE MEDICALE A PERFECTIONNER. **143**
A) REMETTRE A PLAT LA GESTION DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS. 143
1) Des médecins et des pharmaciens trop peu nombreux. *144*
a) Le Service de Santé à la recherche de personnel. 144
b) Les comités de la Croix-Rouge face à la prédation du Service de Santé. 146
c) Une mauvaise estimation d'avant-guerre ? 147
2) Les embusqués et les « […] profiteurs médicaux de guerre […] ». *150*
a) Une situation engendrée par la réglementation… 150
b) … mais qui est vivement critiquée. 151
3) La gestion des compétences médicales. *153*
a) Des médecins incompétents ? 153
b) Les erreurs du Service de Santé avant la guerre. 156
c) Le recensement des compétences chirurgicales. 158
B) UN PERSONNEL INFIRMIER PARFOIS LOIN DU MYTHE. 160
1) Vers la féminisation du corps infirmier de la région. *160*
a) La multiplication des vocations d'infirmières. 160
b) Un personnel masculin insuffisant. 163
c) Les infirmiers militaires, une source de soldats pour l'armée. 164
2) Un personnel compétent ? *166*
a) L'échec de la formation des infirmiers militaires ? 166
b) Apprendre auprès des malades et blessés. 168
3) Des « anges blancs » ? *171*
a) Une attitude pas toujours irréprochable. 171
b) Une fonction jalousée. 174
c) Un personnel parfois frondeur. 175
C) UN PERSONNEL GESTIONNAIRE CROULANT SOUS LES REGLEMENTS. 176
1) L'urgence de constituer un personnel administratif. *177*
a) L'échec de la préparation des cadres administratifs à la guerre. 177
b) Une pénurie de personnel qualifié. 179
2) Une menace pour le fonctionnement du système hospitalier. *182*
a) La simplification des tâches administratives. 182
b) L'explication de texte du délégué régional. 184
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE **187**
DEUXIEME PARTIE : LA REVOLUTION MEDICALE DU SYSTEME HOSPITALIER DE LA 9E REGION. **188**

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE 189

CHAPITRE 4 : LES SPECIALISTES A LA TETE DU SYSTEME HOSPITALIER. 190

A) LES CENTRES DE SPECIALITE, BASE DE LA NOUVELLE ORGANISATION MEDICALE. 190

1) La sectorisation chirurgicale et médicale de la 9e région. 191

a) Le découpage chirurgical de la 9e région. 191

b) Une première organisation corrigée. 193

c) Les secteurs médicaux, *bis repetita* ? 195

2) Un arsenal médical complété par les centres de spécialités. 197

a) L'achèvement du processus débuté en 1914. 197

b) L'émergence de nouvelles spécialités. 199

c) Combler le retard. 201

3) L'approche pluridisciplinaire des soins des soldats. 203

a) Intégrer ces centres dans les pratiques médicales de la région. 204

b) La collaboration des spécialités, clé de l'efficacité du système hospitalier. 205

c) L'hôpital complémentaire n°2, un centre hospitalier pluridisciplinaire. 206

B) L'ÈRE DES SPECIALISTES. 208

1) La société médicale parisienne à la tête de l'organisation médicale. 209

a) Des médecins mobilisés provenant des anciennes classes. 209

b) Les médecins parisiens à la tête des services. 211

c) Des médecins ayant une formation médicale parisienne. 212

2) Une médecine de spécialistes. 214

a) Des praticiens confirmés à la tête des services. 214

b) De l'utilité d'accorder le grade en fonction des compétences. 215

3) Les chefs des centres et services spécialisés, un personnel embusqué ? 217

a) Les principes de roulement entre le personnel des armées et celui de l'intérieur. 217

b) Un personnel « protégé » ? 219

C) UN MILIEU FECOND POUR LA RECHERCHE MEDICALE. 220

1) La recherche médicale dans la 9e région. 221

a) Au niveau local, la recherche de solutions médicales nationales. 221

b) Les améliorations apportées au fonctionnement du système hospitalier. 224

c) Le cas particulier de la localisation et de l'extraction des projectiles. 226

2) Les tentatives d'uniformisation des pratiques médicales. 228

a) De la difficulté d'uniformiser au niveau national, de l'impossibilité de le faire au niveau international. 229

b) Des médecins, chefs de leur spécialité. 231

c) Les centres de spécialités, des « écoles de médecine » ? 233

3) Les limites de cette organisation médicale. 236

a) Les conflits avec les commissions médico-légales. 236

b) Les refus de soins et les aggravations de blessures. 238

c) Des médecins au service de l'armée. 241

CHAPITRE 5 : LA 9E REGION, UN FRONT PEU A PEU SECONDAIRE DANS CETTE GUERRE MEDICALE. 244

A) LA 9E REGION, FRONT SECONDAIRE DE LA RADIO-CHIRURGIE. 245

1) Une organisation chirurgicale performante mais pas toujours adaptée aux besoins. 246
a) Vers une organisation chirurgicale secondaire. 246
b) Une organisation chirurgicale performante empêtrée dans la routine. 248
c) Des évolutions de l'organisation chirurgicale pas toujours bénéfiques. 249
d) Une démobilisation réussie. 250
2) Une activité routinière. 252
a) Une chirurgie ordinaire mais non sans difficultés. 252
b) L'organisation chirurgicale de la 9e région confrontée aux offensives. 255
c) Une organisation menacée par l'offensive allemande de mars 1918. 257
3) La radiologie, un outil indispensable aux soins des soldats. 259
a) Une organisation radiologique performante. 259
b) Radioscoper ou radiographier ? 261
c) Des difficultés inhérentes à la « jeunesse » de la radiologie comme discipline médicale. 263
B) UNE ACTIVITE REGIONALE IMPORTANTE. 265
1) Un centre d'ophtalmologie adapté à toutes les missions. 266
a) Une organisation régionale stable. 266
b) Les soins ophtalmologiques dans la 9e région. 268
c) Les consultations ophtalmologiques, un service externe pour les soldats de la région. 270
2) L'O.R.L. dans la 9e région militaire. 272
a) Une organisation pénalisée par les restitutions de locaux. 272
b) Une activité peu à peu tournée vers la région. 275
3) Le centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales, entre soin des « gueules cassées » et récupération des édentés. 279
a) Un centre en quête d'une organisation optimale. 279
b) Les soins des blessés de la face dans la 9e région. 281
c) La récupération des édentés. 283
C) LA RECUPERATION DES EVACUES. 285
1) La physiothérapie au cœur de la rééducation fonctionnelle des blessés. 286
a) La multiplication des organisations pour récupérer les soldats. 286
b) Un rôle thérapeutique important mais une activité en constante diminution. 288
c) Une guerre de chapelles ? 290
2) Le centre neurologique, un service des plus actif. 293
a) Un centre important. 294
b) Le traitement des blessés et des malades « nerveux ». 297
c) La prise en charge des soldats « brisés » par la guerre. 299
3) L'avènement de la psychiatrie militaire ? 302
a) Un centre régional de psychiatrie pour éviter l'internement des militaires. 303
b) Un conflit avec la neurologie ? 304
c) La récupération des malades psychiques, clé de la légitimation de la psychiatrie militaire. 306
CHAPITRE 6 : LA COLLABORATION DES CIVILS INDISPENSABLE AU BON FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISATION MEDICALE. 310
A) UNE COLLABORATION OBLIGATOIRE ENTRE CIVILS ET MILITAIRES POUR SOIGNER LES SOLDATS ET SURVEILLER LES CIVILS. 311

1) La 9e région militaire sous étroite surveillance médicale. 311

a) L'activité des secteurs médicaux durant la guerre. 311

b) Experts en diagnostics et formations spécifiques. 313

c) Le laboratoire de bactériologie, un outil indispensable. 315

2) Soigner les malades militaires dans la 9e région. 317

a) Surveiller la garnison. 317

b) La lutte contre les maladies « habituelles ». 320

c) Des maladies « nouvelles » pour le Service de Santé de la 9e région. 323

3) Collaborer avec les services civils pour protéger la santé des militaires. 327

a) La surveillance de la santé publique parfois source de conflits entre les militaires et les civils. 328

b) L 'échec de la lutte contre la tuberculose. 331

B) LES MALADIES VENERIENNES ET DERMATOLOGIQUES, UNE SOURCE DE CONFLITS ENTRE LES MILITAIRES ET LES CIVILS. 334

1) Une organisation régionale plus délicate à mettre en place. 335

a) Une organisation régionale classique. 335

b) La mairie de Tours, un « adversaire » du centre. 337

2) La lutte contre les maladies vénériennes et dermatologiques basées sur la responsabilité individuelle des soldats. 340

a) Adapter la lutte à la vie des soldats. 340

b) L'échec d'une collaboration franco-américaine dans la lutte contre les maladies vénériennes. 343

c) Des dispositions spécifiques pour les populations étrangères. 345

3) Un bilan mitigé chez les civils. 347

a) Soigner la population ouvrière avec elle ou malgré elle ? 347

b) Le service annexe, cœur du dispositif de lutte contre les maladies vénériennes. 350

c) La lutte contre la prostitution, une lutte perdue d'avance ? 354

C) L'ASSOCIATION DES MILITAIRES ET DES CIVILS POUR LA REINSERTION DES INVALIDES DE GUERRE. 357

1) Vers la centralisation de la prise en charge des mutilés. 357

a) À l'aube du centre régional. 358

b) Le centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des invalides de Joué-lès-Tours. 359

c) Des œuvres civiles très présentes dans l'appareillage et la réinsertion des invalides de la guerre. 362

2) L'appareillage des mutilés, une « industrie » de guerre. 364

a) La montée en puissance de la production de prothèses. 365

b) Fabriquer des prothèses à moindre coût. 368

c) Apprendre et créer de nouveaux modèles de prothèses. 370

3) La réinsertion professionnelle des invalides par le Service de Santé. 372

a) Une rééducation principalement agricole. 373

b) Une réinsertion professionnelle difficile à quantifier. 375

c) La Croix-Rouge américaine entre en action. 378

CONCLUSION DEUXIEME PARTIE 381

TROISIEME PARTIE : UN SYSTEME HOSPITALIER EVOLUANT « AU JOUR LE JOUR » 382

INTRODUCTION TROISIEME PARTIE 383

CHAPITRE 7 : LA VIE HOSPITALIERE DANS LA 9E REGION. 384

A) AMELIORER LES PROCEDURES MEDICO-LEGALES POUR AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME HOSPITALIER. 384

1) Éviter l'engorgement en accélérant les sorties définitives. 385

a) Accélérer les procédures de réforme et de retraite. 385

b) Lutter contre les hospitalisations abusives. 389

2) Faciliter les sorties temporaires pour fluidifier le système hospitalier. 391

a) Le contrôle des congés de convalescence. 391

b) Les régimes permissionnaires au secours des hôpitaux et de l'économie. 393

B) VIES ET MORTS DES HOSPITALISES. 395

1) La vie hospitalière, une autre approche thérapeutique des soins des soldats. 396

a) Occuper les soldats 396

b) Conserver les liens avec la famille. 400

c) Des hôpitaux « neutralisés » 402

2) Le décès dans les hôpitaux, une mort aux différentes facettes 404

a) Le temps médical de la mort. 405

b) Le temps médico-légal de la mort. 408

c) Le temps cultuel. 410

C) L'HOSPITALISATION DES POPULATIONS PARTICULIERES 413

1) Les soins des soldats coloniaux et indigènes, une hospitalisation aux multiples règles. 413

a) Une prise en charge médicale générale et spécifique. 413

b) Un maquis administratif. 417

2) Les soldats étrangers. 419

a) Les soins des prisonniers de guerre, entre régime de la réciprocité et restrictions. 419

b) L'hospitalisation des soldats alliés. 423

CHAPITRE 8 : LES EVOLUTIONS DE LA GESTION DU PERSONNEL DU SYSTEME HOSPITALIER. 427

A) UN PERSONNEL SECONDAIRE EN MUTATION. 427

1) La féminisation du personnel infirmier des hôpitaux du Service de Santé. 428

a) Le personnel infirmier masculin en voie de disparition ? 428

b) Les infirmiers militaires, un personnel indispensable à conserver. 431

c) Des femmes de plus en plus présentes dans les hôpitaux militaires. 435

2) L'affirmation des infirmières de la Croix-Rouge dans les soins des soldats. 438

a) Conserver suffisamment de personnel jusqu'à la fin de la guerre. 438

b) La formation des infirmières des sociétés de la Croix-Rouge en temps de guerre. 441

c) Les sociétés de la Croix-Rouge pourvoyeuses des hôpitaux en personnel infirmier. 443

3) L'absence de grandes réformes administratives. 445

a) Un cadre administratif militaire insuffisant. 446

b) Des délégués régionaux toujours indispensables pour les hôpitaux auxiliaires. 448

c) Des évolutions trop tardives pour être efficaces dans le domaine administratif. 449

d) La féminisation du personnel d'exploitation. 452

B) UNE GESTION DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS PAR LE SERVICE DE SANTE QUI N'EST PAS SANS RISQUE POUR SES ALLIES. 456
1) La délicate gestion des médecins et des pharmaciens. 456
a) Le Service de Santé à la recherche du moindre médecin ou pharmacien valide. 456
b) Les sociétés de la Croix-Rouge menacées par l'appétit du Service de Santé. 460
c) Les médecins incompétents et les profiteurs de guerre écartés de la nouvelle organisation hospitalière ? 463
2) Assurer le fonctionnement des hôpitaux civils. 465
a) Les remplacements « naturels ». 465
b) La conservation du personnel : les demandes des autorités civiles et les stratégies personnelles. 468
3) Maintenir le système sanitaire civil à flot. 472
a) Combler les besoins au jour le jour. 472
b) Avril 1916 : la normalisation de l'emploi des médecins mobilisés auprès de la population civile. 475
c) Une démobilisation faite dans un contexte difficile. 479
CHAPITRE 9 : SOIGNER LES FINANCES. 482
A) UN SYSTEME HOSPITALIER DE PLUS EN PLUS COUTEUX. 482
1) Le coût de l'hospitalisation des blessés : une problématique différente entre hôpitaux complémentaires et hôpitaux mixtes. 483
a) Des règles de gestion du temps de paix inapplicables en temps de guerre. 483
b) La hausse des coûts d'hospitalisation dans les hôpitaux complémentaires. 486
c) Les hôpitaux mixtes face à l'augmentation des coûts. 489
2) Les comités locaux des sociétés de la Croix-Rouge menacés par l'inflation. 493
a) Le cas de l'hôpital auxiliaire n°102. 493
b) La crainte de se retrouver sans le sou. 496
B) FINANCER LE SYSTEME HOSPITALIER. 498
1) La concurrence sur la levée de fonds. 499
a) Les moyens habituels de financement. 499
b) L'indemnité journalière au cœur du financement des formations auxiliaires et bénévoles. 502
c) Des soutiens ponctuels indispensables au financement. 504
d) Les remboursements des cas particuliers 506
2) Les hôpitaux mixtes en guerre contre le Service de Santé. 508
a) Des négociations fastidieuses. 509
b) Un front national contre le Service de Santé ? 513
c) Des relations modifiées par la guerre. 516
3) Les dons au secours des hôpitaux et de leurs finances. 518
a) Des dons contrôlés. 518
b) Des dons indispensables aux soins des soldats et aux finances. 521
C) UN SYSTEME HOSPITALIER SOUMIS A UN REGIME D'ECONOMIES. 524
1) Le Service de Santé prescrit des mesures d'économies. 525
a) Une hospitalisation voulue économe. 525
b) Faire face aux pénuries de charbon. 526
c) Récupérer et recycler. 529
d) Les hospitalisés et le personnel infirmier, une main-d'œuvre économique. 530

2) Réduire le coût de l'alimentation par tous les moyens : une question délicate. 533

a) Le développement des cultures et des élevages. 534

b) Vers une centralisation des approvisionnements pour diminuer les coûts. 538

c) Une centralisation parfois excessive et nuisible. 540

3) Une organisation parfois industrielle. 543

a) Le magasin général d'approvisionnement du Service de Santé de Châteauroux, une usine de fabrication de matériel médical. 543

b) La pharmacie régionale de la 9e région : un système d'approvisionnement coûteux pour l'État. 546

c) La blanchisserie de la place de Tours. 549

CHAPITRE 10 : UN SYSTEME HOSPITALIER MODELE EN FONCTION DES BESOINS. 553

A) LES ANNEES 1915-1916 : UN SYSTEME EN PLEINE MUTATION. 553

1) Les dernières extensions du système hospitalier. 554

a) La baisse des évacuations sur la 9e région. 554

b) Les derniers accroissements du système. 558

c) L'accroissement des capacités hospitalières des formations existantes. 560

2) Une utilisation des locaux sous tensions. 562

a) Régulariser l'utilisation des locaux. 562

b) Soigner les soldats ou éduquer les enfants, le problème de l'utilisation des locaux scolaires. 564

c) Pacifier les relations sur l'utilisation des locaux. 567

3) L'hésitation du Service de Santé sur les besoins hospitaliers de la 9e région. 569

a) Un contexte peu à peu favorable aux fermetures. 570

b) Un système hospitalier recentré sur les principaux pôles d'hospitalisation. 571

c) Un Service de Santé hésitant : les formations mises en réserve. 574

B) FINIR LA GUERRE ET PREPARER LA PAIX. 576

1) Prévoir la démobilisation. 576

a) Un système hospitalier surdimensionné et trop onéreux. 577

b) Un système basé sur les principaux pôles hospitaliers de la 9e région. 579

c) Adapter les procédures à la démobilisation. 581

d) Prévoir la démobilisation. 582

2) Faire de la place au Service de Santé américain. 585

a) L'installation progressive du système hospitalier américain. 585

b) Le Service de Santé américain dans la 9e région. 587

c) Une installation négociée. 589

3) Une situation favorable à la libération des locaux scolaires. 591

a) Les restitutions de locaux scolaires. 591

b) La municipalité de Tours contre l'hospitalisation des soldats dans ses écoles ? 593

c) Veiller à ne plus perdre de locaux. 596

C) LA DEMOBILISATION DU SYSTEME HOSPITALIER : UNE DEMOBILISATION REUSSIE ? 598

1) Une démobilisation réussie sur le plan structurel. 598

a) La difficile adaptation du système hospitalier aux besoins hospitaliers de la démobilisation. 599

b) Solder la guerre. 602

c) La place des Américains dans la démobilisation. 604

2) La restitution des formations. 607

a) Fermer, nettoyer et réparer. 608
b) Les adieux du personnel de la Croix-Rouge. 610
3) La démobilisation, un long processus. *611*
a) Le règlement des indemnités d'occupation. 612
b) Une démobilisation du personnel parfois trop rapide. 613
c) Le stockage et la cession du matériel, une démobilisation sur le long terme. 615
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE **618**
CONCLUSION **619**
INDEX DES NOMS DE PERSONNES **643**
TABLE DES TABLEAUX **647**
TABLE DES FIGURES **649**
TABLE DES MATIERES **652**
BIBLIOGRAPHIE **663**
SOURCES **677**
ANNEXES **712**
TABLE DES ANNEXES 713
I- BASE DE DONNEES. 722
II- TABLEAUX ET GRAPHIQUES. 749
III- CARTES ET TABLEAUX. 788
IV- PERSONNEL. 828
V- SPECIALITES MEDICALES 833
A) Informations générales. *833*
B) Chirurgie. *838*
C) Radiologie. *842*
D) Ophtalmologie. *844*
E) Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L.). *846*
F) Neurologie. *850*
G) Psychiatrie. *852*
H) Médecine générale. *853*
VI- FINANCES. 858
VII- PHOTOGRAPHIES 876
VIII- ORGANISATIONS DU 9E CORPS D'ARMEE, DE L'O.A.C.M. ET DE LA CROIX-ROUGE. 889
TABLE DES NOTICES 905
NOTICE DES FORMATIONS SANITAIRES 917
I- Structures du Service de Santé aux Armées *917*
II- Hôpitaux civils et mixtes *954*

III- Hôpitaux bénévoles *978*
IV- Hôpitaux auxiliaires *1003*
A) Association des Dames Françaises 1003
B) Société de Secours aux Blessés Militaires 1003
C) Union des Femmes de France 1026
V- Formations de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires *1032*
NOTICES BIOGRAPHIQUES 1037

Bibliographie

I- Ouvrages généraux.

1) Historiographie.

DELACROIX, Christian, DOSSE, François et GARCIA Patrick. *Les courants historiques en France 19e-20e siècle*. Paris : Armand Colin, coll. « Collection U », 2005 2e éd. [1999], 405 p.
LE GOFF, Jacques et NORA, Pierre (dirs.). *Faire de l'histoire, nouveaux problèmes, nouvelles approches, nouveaux objets*. Paris : Gallimard, 2011 [1974], 995 p.
PROST, Antoine. *Douze leçons sur l'histoire*. Paris : Éditions du Seuil, 2010 2e éd. [1996], 283 p.
TRAVERSO, Enzo. *L'histoire comme champ de bataille : interpréter les violences du XXe siècle*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « La Découverte/poche », 2011, 299 p.

2) Histoire de France.

BARJOT, Dominique, CHALINE, Jean-Pierre et ENCREVÉ, André. *La France au XIXe siècle : 1814-1914*. Paris : P.U.F., 2005, 688 p.
BECKER, Jean-Jacques et BERSTEIN, Serge. *Victoire et frustrations : 1914-1929*. Paris : Seuil, coll. « Nouvelle histoire de la France contemporaine », 1990, 455 p.
DUCLERT, Vincent et ROUSSO, Henri (dir.). *La République imaginée 1870-1914*. Paris : Belin, 2010, 861 p.
LEJEUNE, Dominique. *La France de la Belle Époque : 1896-1914*. Paris : Armand Colin, coll. « Cursus, série Histoire », 2007 5e éd. [1991], 192 p.
MAYEUR, Jean-Marie. *Les Débuts de la Troisième République : 1871-1898*. Paris : Éditons du Seuil, coll. « Nouvelle histoire de la France contemporaine », 1973, 258 p.
REBÉRIOUX, Madeleine. *La République radicale ? 1898 - 1914*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « Nouvelle histoire de la France contemporaine », 1975, 259 p.

3) Ouvrages généraux.

ARON, Émile. *Figures tourangelles*. Chambray-lès-Tours : Éditions C.L.D., 1986, 205 p.
ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS ÉLÈVES DU LYCÉE DESCARTES. *Le Lycée Descartes 1807-1957*. Tours : Association Amicale des Anciens Élèves du Lycée Descartes, 1958, 95 p.
BARD, Christine. *Les femmes dans la société française au 20e siècle*. Paris : Armand Colin, coll. « Collection U », 2001, 285 p.
BOULAIRE, Cécile (dir.) et MOLLIER, Jean-Yves (préf.). *Mame. Deux siècles d'édition pour la jeunesse*. Tours ; Rennes : Presses Universitaires François Rabelais coll. « Perspectives historiques » ; Presses Universitaires de Rennes coll. « Histoire », 2012, 563 p.
BRAVARD, Alice et CHARLE, Christophe (préf.). *Le grand monde parisien : 1900-1939*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, 388 p.
BREJON DE LAVERGNÉE, Matthieu et BOUDON, Jacques-Olivier (préf.). *La société de Saint-Vincent-de-Paul au XIXe siècle. 1833-1871 : un fleuron du catholicisme social*. Paris : Éditions du Cerf, coll. « Histoire religieuse de la France », 2008, 713 p.
HAROUEL, Véronique. *Histoire de la Croix-Rouge*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? », 1999, 127 p.
LALOUETTE, Jacqueline. *La République anticléricale XIXe-XXe*. Paris, Éditions du Seuil, 2002, 472 p.
LALOUETTE, Jacqueline. *La séparation des Églises et de l'État, genèse et développement d'une idée 1789-1905*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « L'Univers historique », 2005, 449 p.
LALOUETTE, Jacqueline (dir.). *L'Hôpital entre religions et laïcité du Moyen Âge à nos jours.* Paris : Letouzey & Ané, coll. « Mémoire chrétienne au présent », 2006, 303 p.
OZOUF, Mona, *L'École, l'Église et la République 1871-1914*. Paris : Points, coll. « Points. Histoire », 2007, 259 p.

II- Histoire de l'armée.

BOULANGER, Philippe. *La France devant la conscription. Géographie historique d'une institution républicaine 1914-1922*. Paris : Economica et Institut de Stratégie Comparée, coll. « Commission Française d'Histoire Militaire », 2001, 391 p.
BOULANGER, Philippe. « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse ». *Annales de démographie historique,* 1/2002, n° 103, p. 11-34.
CHANET, Jean-François. *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2006, 321 p.
CRÉPIN, Annie. *Histoire de la conscription*. Paris : Gallimard, coll. « Folio histoire », 2009, 528 p.
CRÉPIN, Annie. *Défendre la France. Les Français, la guerre et le service militaire, de la guerre de Sept Ans à Verdun*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2005, 424 p.
CRÉPIN, Annie. *La conscription en débat ou le triple apprentissage de la nation, de la citoyenneté, de la République (1798-1889)*. Arras : Artois Presses Université, 1998, 257 p.
FORCADE, Olivier, DUHAMEL, Éric, VIAL, Philippe (dirs.). *Militaires en République 1870-1962. Les officiers, le pouvoir et la vie publique en France*. Paris : Publications de La Sorbonne, 1999, 734 p.
GIRARDET, Raoul. *La Société militaire de 1815 à nos jours*. Pars : Perrin, 1998, 341 p.
PÉDRONCINI, Guy (dir.). *Histoire militaire de la France. Tome 3 : de 1871 à 1940*. Paris : P.U.F., coll. « Quadrige », 1997 2e éd. [1992], 518 p.
ROYNETTE, Odile. *« Bons pour le service » L'expérience de la caserne en France à la fin du XIXe siècle*. Paris : Éditions Belin, coll. « Histoire et société », 2000, 461 p.
SERMAN, William. *La vie professionnelle des officiers français au milieu du XIXe siècle*. Paris : Éditions Christian, coll. « Vivre l'histoire », 1994, 221 p.
SERMAN, William. *Les officiers français dans la nation 1848-1914*. Paris : Aubier Montaigne, coll. « Historique », 1982, 283 p.
SERMAN, William et BERTAUD, Jean-Paul. *Nouvelle histoire militaire de la France 1789-1919*. Paris : Fayard, 1998, 855 p.

III- Histoire de la Première Guerre mondiale.

1) Historiographie.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Annette. *14-18, retrouver la Guerre*. Paris : Gallimard, coll. « Folio histoire », 2000, 396 p.
BACH, André. « D'un différend, de ses origines et de sa nature ». *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 5-19.
BECKER, Jean-Jacques. « De quelques observations à propos de deux articles de ce numéro de Matériaux sur la Grande Guerre ». *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 28-30.
OFFENSTADT, Nicolas. *14-18 Aujourd'hui. La Grande Guerre dans la France contemporaine*. Paris : Odile Jacob, 2010, 200 p.
ROUSSEAU, Frédéric. « « Consentement ». Requiem pour un mythe « savant » ». *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 20-22.
PROST, Antoine, WINTER, Jay. *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « L'Histoire en débats », 2004, 349 p.

2) Encyclopédies et dictionnaires.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.). *Encyclopédie de la Grande Guerre. Tome I*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], 760 p.

- BECKER, Jean-Jacques. « Prévision des états-majors et effondrement des plans ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome I*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 301-317.
- MICHEL, Marc. « Les troupes coloniales dans la guerre ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome I*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 439-448.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.). *Encyclopédie de la Grande Guerre. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], 1050 p.

- HINZ, Uta et BEAUPRÉ, Nicolas (trad.). « Prisonniers ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 327-338.
- WINTER, Jay. « La grippe espagnole ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 539-546.
- WINTER, Jay. « Victimes de la guerre : morts, blessés et invalides ». In : AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Jean-Jacques (dirs.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918. Tome II*. Paris : Perrin, coll. « Tempus », 2012 2e éd. [2004], p. 715-728.

BECKER, Jean-Jacques. *Dictionnaire de la Grande Guerre*. Paris : André Versaille éditeur, 2008, 263 p.

CABANES, Bruno, DUMÉNIL Annes (dirs.) et BECKER Jean-Jacques (préf.). *Larousse de la Grande Guerre*. Paris : Larousse, 2007, 475 p.

COCHET, François et PORTE, Rémy (dirs.). *Dictionnaire de la Grande Guerre 1914-1918*. Paris : Robert Laffont, coll. « Bouquins », 2008, 1120 p.

HORNE, John (dir.). *A companion to World War I*. Chichester, Oxford, Malden : Blackwell Publishing Ltd, 2010, 696 p.

LE NAOUR, Jean-Yves. *Dictionnaire de la Grande Guerre*. Paris : Larousse, coll. « À présent », 2014 2e éd. [2008], 495 p.

WINTER, Jay (dir.) et BECKER, Annette (coord.). *La Première Guerre mondiale. Volume 1 : Combats*. Paris : Fayard, coll. « Cambridge history », 2013, 847 p.

- PRIOR, Robin. « Le front de l'Ouest ». In : Jay WINTER (dir.) et BECKER, Annette (coord), *La Première Guerre mondiale. Volume 1 : Combats*, Paris, Fayard, coll. « Cambridge history », 2013, p. 223-256.

WINTER, Jay (dir.) et BECKER, Annette (coord.). *La Première Guerre mondiale. Volume 2 : États.* Paris : Fayard, 2014, 887 p.

WINTER, Jay (dir.) et BECKER, Annette (coord.). *La Première Guerre mondiale. Volume 3 : Sociétés.* Paris : Fayard, 2014, 860 p.

3) Ouvrages généraux.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et BECKER, Annette. *La Grande Guerre : 1914-1918*. Paris : Gallimard, coll. « Découvertes Gallimard », 1998, 159 p.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane, BECKER, Annette, INGRAO, Christian et ROUSSO Henry (dirs.). *La violence de guerre 1914-1945 : approches comparées des deux conflits mondiaux*. Bruxelles : Éditions Complexe, coll. « Histoire du temps présent », 2002, 348 p.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane, BECKER, Annette, CŒURÉ, Sophie, DUCLERT, Vincent, MONIER, Frédéric (dirs.). *La politique et la guerre. Pour comprendre le XXe siècle européen*. Paris : Éditions Agnès Viénot et Noesis, 2002, 655

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane et PROCHASSON, Christophe (dirs.). *Sortir de la Grande Guerre. Le monde et l'après-1918*. Paris : Éditions Tallandier, 2008, 511 p.
AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. *Combattre : une anthropologie historique de la guerre moderne XIX^e^-XX^e^ siècle*. Pars : Éditions du Seuil, coll. « Les livres du nouveau monde », 2008, 327 p.
AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. *L'Enfant de l'ennemi, 1914-1918 : viol, avortement, infanticide pendant la Grande Guerre*. Paris : Flammarion, coll. « Champs histoire», 2013 3e éd. [1995], 264 p.
BEAUPRÉ, Nicolas et ROUSSO, Henri (dir.). *Les grandes guerres 1914-1945*. Paris : Belin, 2012, 1143 p.
BEAUPRÉ, Nicolas. *La France en guerre 1914-1918*. Paris : Éditions Belin, coll. « Histoire », 2013, 221 p.
BECKER, Annette. *Oubliés de la Grande Guerre. Humanitaires et culture de guerre 1914-1918. Populations occupés, déportés civils, prisonniers de guerre*. Paris : Éditions Noêsis, 1998, 396 p.
BECKER, Jean-Jacques. *La Grande Guerre*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? » 2004, 127 p.
BECKER, Jean-Jacques. *La Première Guerre mondiale*. Paris : Éditions Belin, coll. « Belin Sup Histoire », 2003, 368 p.
BECKER, Jean-Jacques et KRUMEICH, Gerd. *La Grande Guerre, une histoire franco-allemande*. Paris : Tallandier, 2008, 379 p.
BECKER, Jean-Jacques et RÉMOND René (préf.). *1914 : comment les Français sont entrés dans la guerre, contribution à l'étude de l'opinion publique, printemps-été 1914*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 637 p.
BECKER, Jean-Jacques et BECKER, Annette. *La France en guerre 1914-1918 : la grande mutation*. Bruxelles : Éditions Complexe, coll. « Questions au XXe siècle, 1988, 221 p.
BECKER, Jean-Jacques, WINTER, Jay, KRUMEICH, Gerd, BECKER, Annette et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. *Guerre et cultures 1914-1918*. Paris : Armand Colin, 1994, 445 p.
BECKER, Jean-Jacques et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane. *La France, la nation, la guerre : 1850-1920*. Paris : SEDES, coll. « Regards sur l'Histoire », 1995, 387 p.
BECKER, Jean-Jacques. *Le traité de Versailles*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? », 2002, 127 p.
BECKER, Jean-Jacques et Centre de Recherche de l'Historial de la Grande Guerre (dirs.). *Histoire culturelle de la Grande Guerre*. Pars : Armand Colin, 2005, 271 p.
BECKER, Jean-Jacques. *L'année 14*. Paris : Armand Colin, coll. « Poche », 2013 2e éd. [2004], 351 p.
BACH, André (Général). *Justice militaire 1915-1916*. Paris : Vendémiaire, coll. « Chroniques », 2013, 597 p.
BACH, André (Général). *Fusillés pour l'exemple 1914-1915*. Paris : Tallandier Éditions, 2003, 617 p.
BOCK, Fabienne et BECKER, Jean-Jacques (préf.). *Un parlementarisme de guerre*. Paris : Belin, coll. « Temps présents », 2002, 350 p.
BONIFACE, Jean-Michel et JEUDY, Jean-Gabriel. *Les camions de la victoire : le service automobile pendant la Grande Guerre, 1914-1918*. Paris : Massin, coll. « Camions de France », 1996, 234 p.
BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, 389 p.

- BERTSCHY, Sylvain. « *Grande Guerre et infirmité : la fin des inutiles au monde ?* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 199-212.
- VIET, Vincent. « *Médecins et médecine de guerre : les origines confisquées de la politique de santé publique en France.* » In : BOULOC, François, CAZALS, Rémy et LOEZ, André (dirs). *Identités troublées 1914-1918. Les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*. Toulouse : Éditions Privat, 2011, *op. cit.* p. 213-225.

CABANES, Bruno et HUSSON, Édouard (coords.). *Les sociétés en guerre 1911-1946*. Paris : Armand Colin, coll. « Collection U », 2003, 286 p.

CABANES, Bruno. *La victoire endeuillée. La sortie de guerre des soldats français (1918-1920)*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « L'univers historique », 2004, 555 p.
CANINI, Gérard (dir.). *Les Fronts invisibles, nourrir, fournir, soigner. Actes du Colloque international sur la logistique des armées au combat pendant la Première Guerre mondiale organisé à Verdun les 6-8 juin 1980*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1984, 383 p.
CAPDEVILA, Luc, ROUQUET, François, VIRGILI, Fabrice et VOLDMAN, Danièle. *Hommes et Femmes dans la France en guerre (1914-1945)*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2003, 362 p.
CAUCANAS, Sylvie, CAZALS, Rémy (éds.). *Traces de 14-18. Actes du colloque international tenu à Carcassonne du 24 au 27 avril 1996*. Carcassonne : Les Audois, 1997, 244 p.
CAZALS, Rémy. *Les mots de 14-18*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2003, 123 p.
CLARK, Christopher. *Les somnambules. Été 1914 : comment l'Europe a marché vers la guerre*. Paris : Flammarion, 2013, 668 p.
COCHET, François. *La Grande Guerre. Fin d'un monde, début d'un siècle*. Paris : Perrin, 2014, 517 p.
CONDETTE, Jean-François (dir.). *Les Écoles dans la guerre. Acteurs et institutions éducatives dans les tourmentes guerrières XVII^e siècle – XX^e siècle*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2014, 548 p.
COSSON, Olivier. *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*. Paris : Les Indes savantes, coll. « La boutique de l'histoire », 2013, 379 p.
CRONIER, Emmanuelle. *Permissionnaires dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions Belin, coll. « Histoire », 2013, 350 p.
DUCASSE, André, MEYER, Jacques, PERREUX, Gabriel et GENEVOIX, Maurice (préf.). *Vie et mort des Français 1914-1918*. Paris : Hachette, 1968 3e éd. [1960], 547 p.
DUROSELLE, Jean-Baptiste. *La Grande Guerre des Français 1914-1918. L'incompréhensible*. Paris : Perrin, 1994, 515 p.
FERRO, Marc. *La Grande Guerre 1914-1918*. Paris : Éditions Gallimard, coll. « Folio Histoire », 1990 2e éd. [1969], 412 p.
FRÉMEAUX, Jacques. *Les peuples en guerre (1911-1946)*. Paris : Ellipses Éditions, 2004, 206 p.
GOYA, Michel. *La chair et l'acier : l'armée française et l'invention de la guerre moderne 1914-1918*. Paris : Tallandier, 2004, 479 p.
HARDIER, Thierry, JAGIELSKI, Jean-François et PÉDRONCINI Guy (préf.). *Combattre et mourir pendant la Grande Guerre (1914-1925)*. Paris : Éditions Imago, 2001, 375 p.
HISTORIAL DE LA GRANDE GUERRE. *Catalogue de l'exposition « Gaz ! Gaz ! Gaz ! La guerre chimique 1914-1918 »*. Péronne ; Milan : Historial de la Grande Guerre ; 5 Continents Editions, 2010, 111 p.
HORNE, John et KRAMER, Alan. *1914, les atrocités allemandes : la vérité sur les crimes de guerre en France et en Belgique*. Paris : Tallandier, 2011 2e éd. [2005], 674 p.
KEEGAN, John. *La Première Guerre mondiale*. Pars : Perrin et Agnès Viénot Éditions, 2003, 557 p.
KEEGAN, John, COLONNA, Jean et BOURGUILLEAU, Antoine (trads.). *Anatomie de la bataille : Azincourt 1415, Waterloo 1815, la Somme 1916*. Paris : Perrin, 2013, 414 p.
LAFON, Alexandre. *La camaraderie au front 1914-1918*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, 2014, 541 p.
LEPICK, Olivier et CHAUNU, Pierre (préf.). *La Grande Guerre chimique : 1914-1918*. Paris : P.U.F., 1998, 351 p.
LE NAOUR, Jean-Yves. *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre. Les mœurs sexuelles des Français 1914-1918*. Paris : Aubier, 2002, 411 p.
LE NAOUR, Jean-Yves. *Le soldat inconnu vivant*. Paris : Hachette littératures, 2008, 221 p.
LLOSA, Marie. « La conserve alimentaire au service du soldat : une production de guerre ? » *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 80-83.
LOEZ, André et MARIOT, Nicolas (dirs.). *Obéir/désobéir. Les mutineries de 1917 en perspective*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « Recherches », 2008, 446 p.

LOEZ, André. *14-18. Les refus de la guerre. Une histoire des mutins*. Paris : Éditions Gallimard, coll. « Folio Histoire », 2010, 690 p.
LOEZ, André et OFFENSTADT, Nicolas. *La Grande Guerre. Carnet du centenaire*. Paris : Albin Michel, 2013, 256 p.
MOSSE, George L., AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.) et MAGYAR Edith (trad.). *De la Grande Guerre au totalitarisme. La brutalisation des sociétés européennes*. Oxford ; Paris : Oxford University Press ; Hachette Littératures, 1990 ; 1999, 293 p.
OFFENSTADT, Nicolas. *Le Chemin des Dames*. Paris : Stock, coll. « Les Essais », 2005, 525 p.
PEDRONCINI, Guy. *Les mutineries de 1917*. Paris : P.U.F., coll. « Dito » 1996 3e éd. [1968], 328 p.
PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, 360 p.
- RASMUSSEN, Anne. « Du vrai et du faux sur la Grande Guerre bactériologique. Savoirs, mythes et représentations des épidémies ». In : PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, p. 189-217.
- DELAPORTE, Sophie. « Discours médical et simulation ». In : PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, p. 218-233.
- DUPOUY, Stéphanie. « La vérité troublée. Georges Dumas, psychiatre du front ». In : PROCHASSON, Christophe et RASMUSSEN, Anne (dirs.). *Vrai et faux dans la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2004, p. 234-254.

RENOUVIN, Pierre. *La Crise européenne et la Première Guerre mondiale*. Paris : P.U.F., 1969 5e éd. [1934], 780 p.
RIDEL, Charles et AUDOIN-ROUZEAU Stéphane (préf.). *Les embusqués*. Paris : Armand Colin, 2008, 350 p.
ROUSSEAU, Frédéric. *Guerres, paix et sociétés : 1911-1946*. Neuilly : Atlande, coll. « Clefs concours. Histoire contemporaine », 2004, 735 p.
ROUSSEAU, Frédéric. *La Grande Guerre en tant qu'expériences sociales*. Paris : Ellipses, coll. « Le Monde, une histoire », 2006, 175 p.
ROYNETTE, Odile. *Les mots des tranchées : l'invention d'une langue de guerre 1914-1919*. Paris : Armand Colin, coll. « Le Fait guerrier », 2010, 286 p.
SAINT-FUSCIEN, Emmanuel. *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française*. Paris : Éditions E.H.E.S.S., coll. « En temps & lieux », 2011, 311 p.
SERVENTI, Silvano. *La cuisine des tranchées. L'alimentation en France pendant la Grande Guerre*. Paris : Les Éditions du Sud-Ouest, 2014, 191 p.
SOUTOU, Georges-Henri et DUROSELLE, Jean-Baptiste (préf.). *L'or et le sang. Les buts de guerre économiques de la Première Guerre mondiale*. Paris : Fayard, 1989, 963 p.
VALLAUD, Pierre. *14-18, la Première Guerre mondiale*. Paris : Acropole, 2011, 607 p.
WINTER, Jay, BAGGETT, Blaine et CAMBAU, Ania (trad.). *14-18 : le grand bouleversement*. Paris : Presses de la Cité, 1997, 432 p.
WINTER, Jay. *Entre deuil et mémoire : la Grande Guerre dans l'histoire culturelle de l'Europe*. Paris : Armand Colin, 2008, 309 p.

4) Les soldats.

AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane. *14-18, les combattants des tranchées à travers leurs journaux*. Paris : Armand Colin, coll. « L'Histoire par la presse », 1986, 223 p.
MEYER, Jacques. *La vie quotidienne des soldats pendant la Grande Guerre*. Paris : Hachette, 1991 2e éd. [1967], 373 p.
MIQUEL, Pierre. *Les poilus : la France sacrifiée*. Paris : Plon, 2000, 539 p.
MONTES, Jean-François. « L'office national des anciens combattants et victimes de guerre ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1/ 2002 (n° 205), p. 71-83.

PERREUX, Jacques. *La vie quotidienne des soldats pendant la Grande Guerre*. Paris : Hachette, 1966, 379 p.
PROST, Antoine. *Les anciens combattants et la société française 1914-1939, Volume 1 Histoire*. Paris : Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 237 p.
PROST, Antoine. *Les anciens combattants et la société française 1914-1939, Volume 2 Sociologie*. Paris : Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 261 p.
PROST, Antoine. *Les anciens combattants et la société française 1914-1939, Volume 3 Mentalités et Idéologies.* Paris : Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 268 p.
PROST, Antoine. *Les anciens combattants (1914-1939).* Paris : Gallimard, coll. « Collection Archives », 1977, 262 p.
ROUSSEAU, Frédéric. *La guerre censurée : une histoire des combattants européens de 14-18*. Paris : Éditions du Seuil, 1999, 412 p.

5) Les civils.

ALARY, Éric. *La Grande Guerre des civils 1914-1919*. Paris : Perrin, 2013, 455 p.
POURCHER, Yves. *Les jours de guerre : la vie des Français au jour le jour entre 1914 et 1918*. Paris : Hachette, 1995, 546 p.

6) Les femmes.

MORIN-ROTUREAU, Évelyne. *Combats de femmes 1914-1918, les Françaises pilier de l'effort de guerre*. Paris : Éditions Autrement, 2014 2e éd. [2004], 283 p.
THÉBAUD, Françoise et PERROT, Michelle (préf.). *Les femmes au temps de la guerre de 14*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2013 3e éd. [1986], 478 p.

7) L'économie et l'industrie.

BOULOC, François. *Les profiteurs de guerre 1914 -1918*. Paris : Éditions Complexe, 2008, 386 p.
BOULOC, François. « Des temps heureux pour le patronat : la mobilisation industrielle en France ». *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 76-79.
PORTE, Rémy et BECKER Jean-Jacques (préf.). *La mobilisation industrielle « premier front » de la Grande Guerre ?* Paris : SOTECA 14-18 Éditions, 2005, 366 p.

8) La religion.

BONIFACE, Xavier. *L'aumônerie militaire française (1914-1962).* Paris : Les Éditions du Cerf, coll. « Histoire religieuse de la France », 2001, 596 p.
BONIFACE, Xavier. *Histoire religieuse de la Grande Guerre*. Paris : Fayard, 2014, 494 p.
MOULINET, Daniel. *Prêtres soldats dans la Grande Guerre. Les clercs bourbonnais sous les drapeaux*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Mémoire Commune », 2014, 331 p.

9) Les prisonniers.

CAUCANAS, Sylvie, CAZALS, Rémy et PAYEN, Pascal (dirs.). *Les prisonniers de guerre dans l'histoire. Contacts entre peuples et cultures*. Toulouse ; Carcassonne : Éditions Privat ; Les Audois, 2003, 321 p.
COCHET, François. *Soldats sans armes : la captivité de guerre, une approche culturelle*. Bruxelles : Bruylant, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, coll. « Histoires », 1998, 463 p.
FOUILLET, Bruno. « La ville de Lyon au centre des échanges de prisonniers de guerre (1915-1919) ». *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2005/2 n°86, p. 25-42.
LAHAIE, Olivier. « Les interrogatoires de prisonniers allemands par les services de renseignements français (1914-1918) ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1/2014, n° 253, p. 5-25.

PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XX^e siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, 374 p.

- JONES, Heather. « Droit international et prisonniers de guerre occidentaux lors de la Grande Guerre ». In : PATHÉ, Anne-Marie et THÉOFILAKIS, Fabien (dirs.). *La captivité de guerre au XX^e siècle. Des archives, des histoires, des mémoires*. Paris : Armand Colin et ministère de la Défense, coll. « Recherches », 2012, p. 48-58.

TATE, Hazuki. « Hospitaliser, interner et rapatrier : la Suisse et les prisonniers de guerre ». *Relations internationales*, 2014, 4, n°159, p. 35-47.

10) Les soldats et travailleurs coloniaux.

GALIC, Robert. *Les colonies et les coloniaux dans la Grande Guerre. L'Illustration, ou l'Histoire en images*. Paris : L'Harmattan, 2013, 247 p.

MA, Li. « La Chine et les travailleurs chinois dans la Première Guerre mondiale ». *Monde chinois*, 4/2012, N° 32, p. 92-106.

MA, Li (dir.). *Les travailleurs chinois en France dans la Première Guerre mondiale*. Paris : C.N.R.S. Éditions, 2012, 560 p.

MICHEL, Marc. *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel à l'Afrique (1914-1918)*. Paris : Éditions Karthala, 2003, 302 p.

LE NAOUR, Jean-Yves. *La honte noire. L'Allemagne et les troupes coloniales françaises, 1914-1945*. Paris : Hachette Littératures, 2003, 279 p.

11) Les soldats étrangers.

ADAM, Rémi. *Histoire des soldats russes en France, 1915-1920 : les damnés de la guerre*. Paris : L'Harmattan, 1996, 383 p.

CLÉMENT, David. *Tours à l'heure américaine (1917-1919)*. Mémoire de master 2 d'Histoire contemporaine sous la direction de Mme Michèle COINTET, Université François Rabelais de Tours, 1994, 184 p.

KASPI, André. *Le temps des Américains : le concours américain à la France en 1917-1918*. Paris : Institut d'histoire des relations internationales contemporaines, 1976, 375 p.

12) Les villes.

CHASSAIGNE, Philippe et LARGEAUD, Jean-Marc (dirs.). *Villes en guerre (1914-1945)*. Paris : Armand Colin, 2004, 350 p

DARMON, Pierre. *Vivre à Paris pendant la Grande Guerre*. Paris : Fayard, 2003, 448 p.

WINTER, Jay et ROBERT, Jean-Louis (dirs.). *Capital Cities at War : Paris, London, Berlin 1914-1919. Volume 1*. Cambridge : Cambridge University Press, coll. « Studies in the Social and Cultural History of Modern Warfare », 1997, 622 p.

WINTER, Jay et ROBERT, Jean-Louis (dirs.). *Capital Cities at War : Paris, London, Berlin 1914-1919. Volume 2 : A Cultural History*. Cambridge : Cambridge University Press, coll. « Studies in the Social and Cultural History of Modern Warfare », 2007, 545 p.

13) Histoire locale.

JACOBZONE, Alain. 14-18 : *En Anjou, loin du front*. La Botellerie-Vauchrétien : Éditions Ivan Davy, 1988, 326 p.

CAILLAUD, Pauline, *La prostitution à Angers pendant la Première Guerre mondiale (1914-1919)*. Mémoire de Master 1 Histoire, Géographie, Document, spécialité Patrimoine écrit, option Archives, sous la direction de Mr Éric Pierre, Université d'Angers, 2008, 109 p.

IV- Histoire de la médecine.

1) Histoire générale.

BONAH, Christian et RASMUSSEN, Anne. *Histoire et médicaments aux XIX^e^ et XX^e^ siècles.* Paris : Éditions Glyphe, 2008 2e éd. [2005], 274 p.

BORSA, Serge et MICHEL, Claude-René. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e^ siècle*. Paris : Hachette, coll. « La vie quotidienne », 1985, 246 p.

BOURDELAIS, Patrice et FAURE, Olivier (dirs.). *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e^ – XX^e^ siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, 383 p.

- TAITHE, Bertrand. « La diffusion des pratiques de santé et la guerre : le siège de Paris (septembre 1870 – janvier 1871) ». In : BOURDELAIS Patrice et FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e^ – XX^e^ siècles)*. Paris : Belin, coll. « Histoire et Société », 2005, p. 227-242.

CAROL, Anne. *Les médecins et la mort XIX^e^-XX^e^ siècle*. Paris : Aubier, coll. « Collection historique », 2004, 335 p.

CHEVANDIER, Christian. *L'hôpital dans la France au XX^e^* siècle. Paris : Perrin, coll. « Pour l'histoire », 2009, 490 p.

DACHEZ, Roger. *Histoire de la médecine de l'Antiquité au XX^e^ siècle*. Paris : Tallandier, 2008, 634 p.

DARMON, Pierre. *L'homme et les microbes XVII^e^-XX^e^ siècle*. Pars : Fayard, 1998, 592 p.

FAURE, Olivier. *Histoire sociale de la médecine XVIII^e^-XX^e^ siècles*. Paris : Anthropos, 1994, 272 p.

GRMEK, Mirko (dir.). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « Science ouverte », 1999, 442 p.

FAURE, Olivier et DESSERTINE, Dominique. *Les cliniques privées deux siècles de succès*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2012, 281 p.

HECKETSWEILER, Philippe. *Histoire de la médecine, des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*. Paris : Ellipses, 2010, 836 p.

LECOURT, Dominique, DELAPORTE, François, PINELL, Patrice et SINDING, Christiane. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : P.U.F., coll. « Quadrige », 2004, 1270 p.

LÉONARD, Jacques, BÉNICHOU, Claude, (éd.) LEBRUN François et PETER, Jean-Pierre (préf.). *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e^ siècle*. Paris : Sciences en situation, coll. « Sciences en situation », 1992, 287 p.

LÉONARD, Jacques. *La France médicale, médecins et malades au XIX^e^ siècle*. Paris : Gallimard, coll. « Collection Archives », 1978, 286 p.

LÉONARD, Jacques. *Archives du corps, la santé au XIX^e^ siècle*. Rennes : Ouest France, 1986, 329 p.

MARCHAND, Claire. *La médecine et l'alimentation. Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940).* Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jean-Pierre Williot, Université François Rabelais de Tours, 2014, 4 vol. 861 p.

SOURNIA, Jean-Charles. *Histoire de la médecine*. Paris : La Découverte, coll. « La Découverte-poche », 1997 2e éd. [1992], 358 p.

2) Le personnel médical.

CHEVANDIER, Christian. *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Paris : Publications de la Sorbonne, coll. « Histoire contemporaine », 2011, 310 p.

GIROIRE, Henri, WORMS, Robert (préf.). *Clovis Vincent, 1879-1947 : pionnier de la neuro-chirurgie française*. Paris : O. Perrin, 1971, 195 p.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Paris : Hachette littératures, 1984, 366 p.

KNIBIEHLER, Yvonne et HESS, Odile. *Histoire des infirmières en France au XX^e^ siècle*. Paris : Hachette littératures, 2008 2e éd. [1984], 441 p.

LÉONARD, Jacques. *Les médecins de l'Ouest au XIX^e^ siècle*. Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Louis GIRARD, Université de Paris IV, 1976, 3 vol., 1570 p.

LÉONARD, Jacques. *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e^ siècle*. Paris : Hachette, 1977, 285 p.
MARCHAND, Claire. *Vie et œuvres du Docteur Edmond Chaumier (1853-1931). Entre recherches médicales et innovations techniques : la transformation de la médecine traditionnelle à la fin du XIX^e^ siècle en Indre-et-Loire*. Mémoire de Master 2 d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jean-Pierre Williot, Université François Rabelais de Tours, 2008, 2 vol. 269 p.
RENAUDET, Isabelle. « Les passeurs de savoirs : élites médicales, transferts de savoirs et modernité scientifique (France-Espagne, XIX^e^ siècle – premier tiers du XX^e^ siècle) ». *Bulletin d'Histoire Contemporaine de l'Espagne*, 2012, n°47, p. 315-317.
VAN DOORNE, Laurence. *Louis Ombredanne (1871-1956) : l'homme au masque*. Thèse d'exercice de doctorat de médecine sous la direction d'Henri BRICARD, Université de Caen, 1996.
VERGEZ-CHAIGNON, Bénédicte. *Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952*. Paris : Hachette littératures, coll. « La vie quotidienne », 2002, 318 p.

3) L'hygiène.

BEAUCHAMP, Chantal. *Délivrez-nous du mal ! Épidémies, endémies, médecine et hygiène au XIX^e^ siècle dans l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher*. Maulévrier : Hérault-Éditions, 1990, 398 p.
BOURDELAIS, Patrice (dir.). *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques XVIII^e^-XX^e^ siècles*. Paris : Belin, 2001, 540 p.
MURARD, Lion et ZYLBERMAN, Patrick. *L'hygiène dans la République. La Santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Paris : Fayard, 1996, 805 p.

4) Spécialités médicales.

BLONDEL, Christine. « La reconnaissance de l'électricité médicale et ses « machines à guérir » par les scientifiques français (1880-1930) ». *Annales historiques de l'électricité,* 1/2010, N° 8, p. 37-51.
CHAPUIS, Élisabeth, PÉTARD, Jean-Pierre et PLAS, Régine (dirs.). *Les psychologues et les guerres*. Paris : L'Harmattan, coll. « Histoire des Sciences Humaines », 2010, 231 p.
CROCQ, Louis. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob, 1999, 422 p.
EDELMAN, Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIX^e^ siècle à la Grande Guerre*. Paris : Éditions La Découverte, coll. « L'espace de l'Histoire », 2003, 346 p.
GUÉRIN, Vincent. « *Ne plus être un monde à part » La transformation d'un hôpital psychiatrique : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977)*. Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mme Christine BARD, Université d'Angers, 2011, 2 vol. 590 p.
HOCHMANN, Jacques. *Histoire de la psychiatrie*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? », 2011 2^e^ éd. [2004], 127 p.
MONET, Jacques et PELLERIN Denys (préf.). *La naissance de la kinésithérapie (1847-1914)*. Paris : Éditions Glyphe, coll. « Société, histoire et médecine », 2009, 421 p.
TILLES, Gérard. *Dermatologie des XIX^e^ et XX^e^ siècles. Mutations et controverses*. Paris : Springer-Verlag France, 2011, 269 p.

5) La médecine et la guerre.

COOTER, Roger, HARRISON, Mark et STUROY, Steve (dirs.). *War, medecine and modernity*. Stroud : Sutton, 1998, 258 p.

6) Histoire médicale locale.

ARON, Émile. *La médecine en Touraine des origines à nos jours*. Chambray-lès-Tours : Éditions C.L.D., 1992, 283 p.
PETIT, Jacques-Guy et SAINT-ANDRÉ, Jean-Paul (dirs). *Médecine et hôpitaux en Anjou du Moyen Âge à nos jours*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2009, 331 p.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS DE TOURS. *Catalogue de l'exposition « Touraine, Jardin de Santé et Pépinière de Savants 19 juin 2009 – 30 août 2009 »*. Tours : Presses Universitaires de Tours, 2009, 41 p.

V- Histoire du Service de Santé aux Armées.

1) Ouvrages et articles généraux.

CRISTAUX, Pierre (médecin général inspecteur) et WEY, Raymond (médecin général inspecteur) (dirs.). *Les hôpitaux militaires au XX^e^ siècle*. Paris : Le Cherche Midi, 2006, 325 p.
COMITÉ D'HISTOIRE DU SERVICE DE SANTÉ, LEBEBVRE, Pierre (dir.) et DRUON, Maurice (préf.). *Histoire de la médecine aux armées. Tome 3. De 1914 à nos jours*. Paris : Lavauzelle, 1987, 421 p.
DEBENEDETTI, Raymond (médecin général inspecteur). *La médecine militaire*. Paris : P.U.F., coll. « Que sais-je ? », 1967 2^e^ éd. [1961], 128 p.
DEROO, Éric (dir.) et GALLO, Max (préf.). *La médecine militaire : le Service de Santé des Armées*. Ivry-sur-Seine : E.C.P.A.D., 2008, 230 p.
FERRANDIS, Jean-Jacques. « Le Musée du Service de Santé des armées au Val-de-Grâce (1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05) ». *Histoire des Sciences médicales*, 1999, Tome 33, n°2, p.183-190.
OFFICE NATIONALE DES ANCIENS COMBATTANT ET VICTIMES DE GUERRE, *SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HÔPITAUX ET FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE Les hôpitaux dans la guerre*. Paris : Le Cherche midi, coll., 2008, 245 p.

2) Le Service de Santé aux Armées durant la Première Guerre mondiale.

FOURNIER, Jean-Pierre. « Évolution du Service de Santé Militaire français pendant la guerre de 1914-1918 ». Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Jules Maurin, Université Montpellier III, 1996, 681 p.
FOURNIER, Jean-Pierre. *1914-1918, l'école de la souffrance*. Saint-Cyr-sur-Loire : Alan Sutton, 2008, 128 p.
LARCAN, Alain et FERRANDIS, Jean-Jacques. *Le Service de Santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale*. Paris : Éditions L.B.M., 2008, 597 p.
OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 1 : France nord-ouest*. Paris : Ysec Éditions, 2008, 301 p.
OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 2 : Paris, France centre-est*. Paris : Ysec Éditions, 2010, 319 p.
OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 3 : France sud-ouest*. Paris : Ysec Éditions, 2011, 333 p.
OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 4 : France sud-est*. Paris : Ysec Éditions, 2014, 335 p.
PERROLAT, Sébastien. « Le Service de Santé dans la tourmente de 1914-1918 : évolution de la prise en charge des blessés et des pratiques de soins. » Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Mr Frédéric Chauvaud, Université de Poitiers, 2006, 4 vol. 955 p.
VIET, Vincent. *La santé en guerre 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*. Paris : Presses de Sciences Po, 2015, 660 p.

3) Organisations étrangères.
GILLET, Mary C. *The Army Medical Department 1917-1941*. Washington D.C. : Center of Military History United States Army, coll « Army historical series », 2009, 644 p.
MELIS, L. *Contribution à l'histoire du service de santé de l'armée au cours de la guerre 1914-1918*. Bruxelles : Institut cartographique militaire, 1932, 546 p.
REZNICK, Jeffrey S. *Healing the nation. Soldiers and the culture of caregiving in Britain during the Great War*. Manchester et New-York : Manchester University Press, 2011 2e éd. [2004], 172 p.

VI- Le personnel médical durant la guerre.

DELAPORTE, Sophie. *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale*. Thèse de doctorat d'Histoire contemporaine sous la direction de Stéphane Audoin-Rouzeau, Université de Picardie Jules Verne, 1999, 3 vol., 754 p.
DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.). *Les médecins dans la Grande Guerre 1914-1918*. Paris : Bayard, 2003, 224 p.
DEQUIDT, Hélène. « La crise d'identité du monde médical français en 14-18 ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1994, n° 175, p. 87-101.

VII- La médecine durant la Première Guerre mondiale.

1) Chirurgie.
BOURKE, Joanna. *Dismembering the male : men's bodies, Britain and the Great War*. London : Reaktion Books, coll. « Picturing history », 1996, 336 p.
DEBUE-BARAZER, Christine. « La gangrène gazeuse pendant la Première Guerre mondiale (Front occidental) ». *Annales de démographie historique* ,1/2002 no 103, p. 51-70.
DEBUE-BARAZER, Christine et PERROLAT, Sébastien. « 1914-18 : guerre, chirurgie, image. Le Service de Santé et ses représentations dans la société militaire ». *Sociétés & Représentations*, 1/2008, n° 25, p. 233-253.
DELAPORTE, Sophie. « Le corps et la parole des mutilés de la grande guerre ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1/2002, n° 205, p. 5-14.
DELAPORTE, Sophie et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.). *Gueules Cassées de la Grande Guerre*. Paris : Agnès Viénot Éditions, 2004 3e éd. [1996], 263 p.
MONESTIER, Martin, MINE, Jean (préf.), TABBAGH, Xavier (intro.). *Les gueules cassées, les médecins de l'impossible 1914-1918*. Paris : le Cherche Midi, 2009, 281 p.
RIAUD, Xavier, BÉRENHOLC, Charles (préam.) et LAFFORGUE, Pierre (préf.). *Première Guerre mondiale et stomatologie : des praticiens d'exception*. Paris : L'Harmattan, 2008, 220 p.

2) Maladies contagieuses et épidémiques.
BOURON, Françoise. « La grippe espagnole (1918-1919) dans les journaux français ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 1/2009 n° 233, p. 83-91.
RASMUSSEN, Anne. « Dans l'urgence et le secret ». *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 1/2007 n° 25, p. 171-190.
RASMUSSEN, Anne. « À corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre ». *Corps*, 2/2008, n° 5, p. 41-48.
3) Psychologie et psychiatrie.
DELAPORTE, Sophie. « Les réponses thérapeutiques ». *14-18 Aujourd'hui, Today, Heute*, 2000, n°3, p. 36-55.
GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, 327 p.

- TISON, Stéphane. « Des soldats à l'asile : étude prospective de la 4e Région militaire (Alençon, Le Mans, Mayenne) ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 101-115.
- GUÉRIN, Vincent. « Un Service ouvert pour les militaires : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1914-1919) ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 117-127.
- VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle. « Entre désorganisation et adaptation : L'asile d'aliénés du Rhône pendant le premier conflit mondial ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 129-137.
- FAU-VINCENTI, Véronique. « Corps en guerre, raison désaxée ? » In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 153-161.
- LE NAOUR, Jean-Yves. « Pour la patrie et par la douleur. Le corps médical face aux psychonévroses de guerre ». In : GUIGNARD, Laurence, GUILLEMAIN, Hervé et TISON, Stéphane (dirs.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2013, p. 163-172.

GUILLEMAIN, Hervé et TISON Stéphane. *Du front à l'asile 1914-1918*. Paris : Alma éditeur, coll. « Essai Histoire », 2013, 417 p.

LE NAOUR, Jean-Yves. *Les soldats de la honte*. Paris : Perrin, 2011, 277 p.

RASMUSSEN, Anne. « L'électrothérapie en guerre : pratiques et débats en France (1914-1920) ». *Annales historiques de l'électricité*, 1/2010, n° 8, p. 73-91.

ROUDEBOUSH, Marc. « Un patient se défend ». *14-18 Aujourd'hui, Today, Heute*, 2000, n°3, p. 56-67.

TATU, Laurent et BOGOUSSLAVSKY, Julien. *La folie au front. La grande bataille des névroses de guerre (1914-1918)*. Paris : Éditions Imago, 2012, 188 p.

4) Dermatologie-vénéréologie.

LE NAOUR, Jean-Yves. « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) ». *Annales de démographie historique*, 1/2002 (n°103), p. 107-120.

5) Droit des blessés.

VIET, Vincent. « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 2/2012, n° 59-2, p. 85-107.

VIET, Vincent. « Le droit du travail s'en va-t-en guerre (1914-1918) ». *Revue française des affaires sociales*, 1/2002, n° 1, p. 155-167.

VIII- Méthodologie concernant les témoignages et récits.

CAZALS, Rémy. « Non, on ne peut pas dire : « À tout témoignage on peut opposer un autre » ». *Matériaux pour l'histoire de notre temps,* 3/2008, N° 91, p. 23-27.

CRU, Jean Norton. *Témoins : essai d'analyse et de critique des souvenirs de combattants édités en français de 1915 à 1928*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, coll. « Collection Témoins et témoignages », 1993, 727 p.

ROUSSEAU, Frédéric. *Le procès des témoins de la Grande Guerre : l'affaire Norton Cru*. Paris : Éditions du Seuil, 2003, 314 p.

Sources

A) Sources manuscrites.

1) Archives départementales de l'Indre.

5 M 42 (M3904). Enregistrement des diplômes (1842-1941).
5 M 48 (M 3910). Liste des médecins exerçant dans le département.
HDEPOT 2/10. Hôpital de La Châtre. Extraits du registre des délibérations (1907-1920).
HDEPOT 2/26. Hôpital de La Châtre. Budgets (1914-1919).
HDEPOT 2/41 (M 52-53). Hôpital de La Châtre. États des militaires hospitalisés (1914-1916).
HDEPOT 2/42 (M 53-54). Hôpital de La Châtre. États des militaires hospitalisés (1916-1918).
HDEPOT 2/43. Hôpital de La Châtre. États des militaires hospitalisés (1918-1920).
HDEPOT 2/227 (Q 123-127). Hôpital de La Châtre. Première Guerre mondiale. Relations avec les autorités, aide aux militaires, gestion.
HDEPOT 2/228 (Q 128-131). Hôpital de La Châtre. Première Guerre mondiale. Traitement des militaires.
HDEPOT 3/L2. Hôpital de Châtillon-sur-Indre. Réunions de la commission administrative (1893-1936).
5 M 65 (M 3927). Conseil départemental d'hygiène. Délibérations (1908-1920).
5 M 68 (M 3927). Conseil départemental d'hygiène. Extraits des délibérations, affaires soumises aux commissions sanitaires (1910-1939).
PR 60/1. Bulletin de l'Association Amicale des Officiers de Réserve et de l'Armée Territoriale de l'Indre (juillet 1913).
R 379. Guerre, communiqués officiels. Affaires diverses (1914-1918).
R 425. Foyer du soldat (1914-1918).
R 869. Guerre 1914-1918.
R 877. Étrangers de Bitray. Austro-Allemands transférés du dépôt de Montbazon au dépôt de Bitray le 22 avril 1916.
R 879. Affaires militaires. Divers (1911-1918).
R 892. Guerre 1914-1918. Application de la loi du 17 août 1915. Affaires diverses (1915-1917).
R 895. Guerre 1914-1918. Mobilisation 1914. Enquête sur les pharmaciens du département de l'Indre, liste des hôpitaux. Place et secteur à Châteauroux. (1914-1918).
R 996. Foyer du soldat (1914-1918).
R 1068. Guerre 1914-1918. Commission de répartition des immeubles (1918-1920).
R 1162. Croix-Rouge française : correspondance (1939-1940). Croix-Rouge, aide de l'armée, revue des hôpitaux (1911-1912).
X 36. Hospice Buzancay. Affaires diverses (1824-1938).
X 65. Hospice de Levroux. Affaires diverses (An VIII-1933).

2) Archives départementales d'Indre-et-Loire.

1 J 1074. Ensemble de pièces sur la période de la guerre 1914-1918, au moment où l'asile Sainte-Marguerite de Tours est devenu l'hôpital militaire auxiliaire n° 5 (1914-1918).
1 J 1074/1. Album de photographies concernant l'hôpitaux auxiliaire n°5.
1 J 1074/2. Plan de l'hôpital auxiliaire n°5.
1 J 1074/3. Deux chansons « la Sabourette » (1914) et « Testoin l'ermite ».
1 J 1074/4. Deux tracts pour des concerts (1916).
1 J 1074/5. Deux lettres (1918).
1 J 1074/6. Discours prononcé par M. Deslis, administrateur, pour la fermeture de l'hôpital Sainte-Marguerite (1918).
1 M 309. 9^{e} corps d'armée de Tours, information du préfet : correspondance (1887-1914).

1 M 341. Bâtiments civils et militaires. – Bâtiments civils, mise à disposition du lycée Descartes et de l'école supérieure de filles à Tours : correspondance (1914). Bâtiments militaires, construction et occupation de la caserne d'artillerie du Petit-Beaumont à Tours : correspondance (1913-1915). Équipements travaillant pour la défense nationale, surveillance : instructions ministérielles, état des établissements, rapports de police, correspondance (1915-1919). Équipements et installations civiles, surveillance : instructions, correspondance, rapports de police (1917-1919). (1913-1919).
1 M 346. Contrôle de l'information (1914-1919). Instructions, correspondance, avis (1914-1919).
1 M 357. Hôpitaux, services sociaux et d'assistance aux blessés, sollicitations pour l'hospitalisation des soldats : correspondance (1915-1917) ; contrôle des structures d'aide : correspondance (1914-1916). (1914-1917).
1 M 358. Victimes de guerre. - Œuvre de guerre, contrôle et réglementation : liste et dossiers des œuvres, circulaires, brochures, documents comptables, état des souscriptions dans les communes, affichettes, correspondance (1914-1918). Comité de répartition des fonds recueillis aux colonies pour les victimes de guerre, instruction des demandes de subvention : correspondance, rapports, statuts des associations (1915-1918). Offrandes patriotiques aux blessés de terre et de mer, dépôt à la préfecture : inventaire (s. d.) (1915-1918).
1 Z 184. Personnel médical et officiers de santé, recensement des médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, herboristes et vétérinaires : fiches, états nominatifs (1886-1936).
1 Z 209. Correspondance des hospices, fournitures, contrôle du sous-préfet de Chinon.
2 P 1043. Bénéfices de guerre. Minutes des situations (1914-1928). Carnets d'enregistrement des déclarations (1914-1919).
2 P 1054. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Esvres, Genillé, Le Grand-Pressigny, Ferrière-Larçon, Fondettes, Francueil.
2 P 1055. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Huismes, Ile Bouchard, Joué-lès-Tours, La Chapelle-sur-Loire, La Croix.
2 P 1056. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. La Haye-Descartes, La Membrolle, Langeais, Larçay, La Riche, Lerné.
2 P 1060. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Saint-Avertin, Savigné-sur-Lathan, Saint-Christophe, Saint-Cyr-sur-Loire, Saint-Denis Hors, Saint-Ep.
2 P 1061. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Sainte-Maure, Saint-Paterne, Sainte-Radegonde, Saint-Symphorien, Semblançay, Sonzay, Sorigny.
2 P 1062. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. A-Ba.
2 P 1064. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Bo-Br.
2 P 1065. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Bu-Ch-Cl.
2 P 1066. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Co-Da.
2 P 1067. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. De-Do-Dr-Du.
2 P 1068. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. F.
2 P 1069. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. G.
2 P 1071. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. I-K.
2 P 1074. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Ma-Me-Mi.
2 P 1076. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Pa-Pe-Pi.
2 P 1078. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Ro-Ru-Sa-Sc-Si.
2 P 1079. Bénéfices de guerre. Dossiers individuels. Tours. Ta-Th-Ti-Tr-Tu-Va-Ve-Vi-W-Y.
2 R 8. « Répartition et emplacement des troupes de l'armée française » (Paris, Imprimerie nationale, 1891, 1894-1896, 1911-1912, 1914, 1923, 1930, 1933, 1935-1936) (1891-1936).
2 R 28. Chevaux, juments, mulets, mules, voitures attelées, automobiles et motocyclettes, classement : avis d'itinéraires de la commission de classement, réclamations adressées à la commission (affiches). 1891-1894, 1908-1910, 1914. (1891-1914).
2 Z 179. Loches. Personnel médical et officier de santé, recensement des médecins, chirurgiens, pharmaciens et herboristes, sages-femmes et vétérinaires : listes nominatives, correspondance. (An IX-1907).

2 Z 175. Loches. Conseil d'hygiène et commission sanitaire d'arrondissement, fonctionnement : instructions, arrêtés préfectoraux, registres d'inscription des procès-verbaux des séances, correspondance. (1849 – 1923).
2 Z 177. Loches. Maladies, surveillance : instructions, rapports, correspondance (1899 – 1926).
2 Z 313. Hospices et hôpitaux, gestion et contrôle : extraits de délibérations des commissions administratives, procès-verbaux d'adjudication de travaux et de fournitures, règlements, questionnaire-enquête sur l'activité hospitalière de 1888, états comptables, affiches, correspondance. (An X – 1926). Hospices et hôpitaux de Ligueil (1854 – 1925) et de Preuilly-sur-Claise (1889 – 1925).
2 Z 314. Hospices et hôpitaux, gestion et contrôle : extraits de délibérations des commissions administratives, procès-verbaux d'adjudication de travaux et de fournitures, règlements, questionnaire-enquête sur l'activité hospitalière de 1888, états comptables, affiches, correspondance. (An X – 1926). Hospices et hôpitaux de Loches (An X – 1926).
3 F 116. Enquête sur la reprise et le développement de la vie économique en Poitou.
3 F 119. Enquête sur la reprise et le développement de la vie économique en Indre-et-Loire.
3 R 14. Assistance aux militaires : comité de répartition des sommes remises en faveur des militaires blessés : correspondance (1915) ; comité départemental d'assistance aux soldats tuberculeux : correspondance, réunions (1916-1918) ; orphelinat des armées : projet d'installation en Indre-et-Loire (La Haute-Barde à Beaumont-la-Ronce) (1915) ; établissements pour mutilés, invalides et maladies contagieuses (Saint-Joseph à Sainte-Radegonde, villa Sainte-Marie à Saint-Cyr) : correspondance, installation (1915) ; hospitalisation de militaires blessés : états nominatifs (1914-1915) ; station sanitaire des Brandelles (Esves-le-Moutier) pour militaires tuberculeux : organisation, comptabilité, correspondance (1915-1916). (1914 – 1918).
5 M 96. Service départemental d'hygiène publique. Création et fonctionnement. Législation et réglementation (1902 – 1907).
5 M 98. Services de désinfection. Création et fonctionnement. Service départemental (1888 – 1940). Fonctionnement : états statistiques des maladies et opérations de désinfection effectuées (1909 – 1940), correspondance (1914 – 1919).
5 M 121. Maladies épidémiques. Mesures prophylactiques motivées par l'état de guerre.- Information du ministre de l'Intérieur : correspondance (1914 – 1919). Dépenses effectuées : instructions, états des frais de fonctionnement du service sanitaire, correspondance (1914 – 1915). (1914 – 1919).
5 M 144. Autres maladies épidémiques. Épidémies, prévention : instructions, rapports, correspondance, notes pour la presse ; déclaration des cas : rapports de gendarmerie, rapports des services d'hygiène, états statistiques, listes nominatives (An XIII – 1940). Grippe (1834 – 1935).
5 M 158. Autres soins : instructions, correspondance, affiche (1918 – 1940). Maladies vénériennes (1923 – 1940).
5 M 171. Laboratoire de bactériologie. Etude d'un projet de laboratoire départemental : rapport, correspondance, circulaires, enquêtes (1907 – 1921) ; création : délibération de la commission administrative de l'hospice de Tours, note, correspondance, plans (1922 – 1925) ; organisation et fonctionnement : rapport, correspondance, statistique, circulaires (1922 – 1939) ; nomination d'un chef de laboratoire : affiche de concours, correspondance, délibération de la Commission administrative de l'hospice (1922 – 1923) (1907 – 1939).
5 M 16. Médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, autorisation d'exercice en Indre-et-Loire : listes, états nominatifs. (An XI – 1940).
5 M 17. Médecins, chirurgiens dentistes, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, herboristes : registres d'inscription des diplômes (classement par date d'enregistrement à la préfecture). Arrondissement de Tours (1859 – 1935).
5 M 18. Médecins, chirurgiens dentistes, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, herboristes : registres d'inscription des diplômes (classement par date d'enregistrement à la préfecture). Arrondissement de Loches (1877 – 1912).

5 M 20. Médecins et chirurgiens dentistes.- Exercice de la profession : liste des chirurgiens de carrière, correspondance (1914) ; vérification et authentification des diplômes : circulaires, correspondance (1935 – 1936), procès-verbal de la réunion de la commission de vérification du 15 mars 1940, listes (1930 – 1939). Exercice par des praticiens étrangers : correspondance (1936 – 1940), liste des médecins et chirurgiens dentistes étrangers ou naturalisés exerçant en Indre-et-Loire (1936). Répartition des praticiens sur le territoire : correspondance (1935). (1914 – 1940).
5 M 21. Pharmaciens.- Exercice de la profession : correspondance (an X – 1867) ; enquête sur les pharmacies hospitalières : questionnaire vierge, correspondance (1893). Exercice en temps de guerre : instructions (1914). Exercice par des médecins pro-pharmaciens : correspondance (1920 – 1933). (An X – 1933).
5 M 174. Pharmacies, drogueries, épiceries, fabriques et dépôts d'eaux minérales, inspection : procès-verbaux de visite, rapports, correspondance, résumés statistiques, relevés statistiques généraux. (1816 – 1938).
8 R 24. Circulation automobile, sauf-conduits délivrés par les autorités militaires : états nominatifs, demandes acceptées et refusées.
8 R 31. Réquisitions de chevaux et d'automobiles, recensement : correspondance, réclamations, états nominatifs.
8 R 35. Immeubles réquisitionnés, loués ou occupés pendant la guerre, recensement effectué par la commission départementale des questions immobilières : enquêtes, états numériques, instructions, correspondance.
8 R 36. Bâtiments privés susceptibles d'être utilisés par les services de santé, recensement : instructions, états numériques et descriptifs, convention.
8 R 41. Dénonciation, délation : correspondance anonyme, enquêtes de police. (1914 – 1920).
9 M 33. Brevet d'invention, enregistrement : registre d'inscription des demandes de brevet. (1881 – 1924 (4 février)).
H dépôt 4 O 116. Offices de l'hospice général de Tours. Inventaires du mobilier (1925 – 1937).
H dépôt 4 L 82. Dispensaire anti-vénérien, fonctionnement général et fermeture : correspondance, note manuscrite, délibérations, plans. (1921 – 1957).
H dépôt 4 L 1. Commission administrative. Tableau des membres de 1802 à 1942 : affiche, XX^{e} s.
H dépôt 4 L 52. Hospice général de Tours.- Commission administrative, délibérations. (1912 (30 septembre) – 1916 (15 mars)).
H dépôt 4 L 53. Hospice général de Tours.- Commission administrative, délibérations. (1916 (22 mars) – 1921 (7 mars)).
H dépôt 4 L 124. Plans du rez-de-chaussée de l'asile des aliénés (s.d.).
H dépôt 4 L 125. Plan représentant le bâtiment des vieillards (XX^{e} s).
H dépôt 4 L 140. Asile Gatien de Clocheville. Comité d'administration, délibérations. (1907 (30 décembre) – 1915 (31 août)).
H dépôt 4 L 141. Asile Gatien de Clocheville. Comité d'administration, délibérations. (1916 (11 janvier) – 1928 (2 octobre)).
H dépôt 4 L 153. Asile Gatien de Clocheville. Livre d'or (1881 – 1996).
H dépôt 4 M 7. Hospice général de Tours. Livres de détail de l'ordonnateur. (1919 (4 novembre) – 1921 (18 février)).
H dépôt 4 M 59. Hospice général de Tours. Receveur. Sommiers des revenus. (1920 – 1921).
H dépôt 4 M 85. Hospice général de Tours. Prix de la journée d'hospitalisation des militaires. Réception de documents demandés aux hôpitaux de France sur la majoration des prix : notes récapitulatives, correspondance, rapport, délibérations, appendice d'une convention, (1909 – 1916).
H dépôt 4 M 86. Hospice général de Tours. Prix de la journée d'hospitalisation des militaires. Révisions des tarifs : conventions du 11 octobre 1916, délibérations, correspondance, appendices et avenants aux conventions, arrêtés, notes manuscrites, plan, (1895 – 1931).
H dépôt 4 M 90. Asile Gatien de Clocheville. « Livres des dépenses ordinaires », (1908 – 1921).
H dépôt 5 J 5. Hôpital de Château-la-Vallière. Malades militaires, réglementation : décrets, circulaires, dépêches, formulaires types vierges, notes de service, correspondance, bordereaux

d'envoi, notes manuscrites, bulletin de correspondance, article de presse (classement chronologique). (1914 - 1918).
H dépôt 5 K 2. Hôpital de Château-la-Vallière. Personnel. Salaires, fixation et paiement : arrêté préfectoral, notes manuscrites. (1876, 1916).
H dépôt 5 K 7. Hôpital de Château-la-Vallière. Personnel, pensionnaires et malades, contrôle des journées de présence : tableaux mensuels et nominatifs reliés. (1914 – 1915).
H dépôt 5 K 8. Hôpital de Château-la-Vallière. Personnels militaires : état nominatif des gradés et soldats employés. (1915).
H dépôt 5 L 9. Hôpital de Château-la-Vallière. Fêtes organisées par les blessés : programmes. (1915).
H dépôt 5 M 35. Hôpital de Château-la-Vallière. Comptes de gestion. (1901 – 1931).
H dépôt 5 O 14. Hôpital de Château-la-Vallière. Salles et literie prêtée : tableaux par communes, correspondance, notes manuscrites, tableaux du nombre de lits de l'hôpital et des annexes. (1915, 1917).
H dépôt 5 P 19. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1914 – 1916).
H dépôt 5 P 20. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1914 (2e trimestre, n°1-73)).
H dépôt 5 P 21. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1915 (1er trimestre, n°74-175)).
H dépôt 5 P 22. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1915 (2e trimestre, n°176-261)).
H dépôt 5 P 23. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1915 (3e trimestre, n°262-365)).
H dépôt 5 P 24. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1915 (4e trimestre, n°366-472)).
H dépôt 5 P 25. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1916 (n°473-545)).
H dépôt 5 P 26. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1917 (n°546-591)).
H dépôt 5 P 27. Hôpital de Château-la-Vallière. Justificatifs des dépenses quotidiennes : mémoires, bons, reçus, mandats, correspondance, bordereaux, extrait des délibérations du conseil municipal de Château-la-Vallière, feuilles de congés de transport de vin, récépissé de transport par chemin de fer (classement chronologique). (1918-1922 (n°592-635)).
H dépôt 5 Q 8. Hôpital de Château-la-Vallière. Malades hospitalisés. Malades militaires. Registre matricule. (1871 – 1916).

H dépôt 5 Q 9. Hôpital de Château-la-Vallière. Guerre 1914-1918. Cahier des entrées et des sorties. (1914 – 1916).
H dépôt 5 Q 10. Hôpital de Château-la-Vallière. Présence des blessés militaires : compte rendu général, tableaux journaliers, nominatifs et numériques, notes. (1914 – 1916).
H dépôt 5 Q 11. Hôpital de Château-la-Vallière. Mouvement des militaires : états nominatifs, feuilles d'évacuation, correspondance. Renvois par l'hôpital civil de Château-la-Vallière vers les hôpitaux-dépôts de convalescents de Saumur et de Tours ou en permission, (1915 – 1916).
H dépôt 5 Q 12. Hôpital de Château-la-Vallière. Mouvement des militaires : états nominatifs, feuilles d'évacuation, correspondance. Renvois par l'hôpital complémentaire de Tours vers l'hôpital annexe de Château-la-Vallière, (1914 – 1916).
H dépôt 5 Q 13. Hôpital de Château-la-Vallière. Mouvement des militaires : états nominatifs, feuilles d'évacuation, correspondance. Renvois par l'hôpital de Volvic vers Château-la-Vallière, (1916).
H dépôt 5 Q 14. Hôpital de Château-la-Vallière. Cahier du mouvement des blessés par classe. (1915–1916).
H dépôt 5 Q 15. Hôpital de Château-la-Vallière. Registre des soldats blessés. (1914-1918).
H dépôt 5 Q 16. Hôpital de Château-la-Vallière. Ordres de transport pour soldats isolés. Registres. (1914 (28 octobre – 3 décembre)).
H dépôt 5 Q 17. Hôpital de Château-la-Vallière. Ordres de transport pour soldats isolés. Registres. (1914 (3 décembre) – 1915 (4 février)).
H dépôt 5 Q 18. Hôpital de Château-la-Vallière. Ordres de transport pour soldats isolés. Registres. (1915 (4 février – 2 août)).
H dépôt 5 Q 19. Hôpital de Château-la-Vallière. Ordres de transport pour soldats isolés. Registres. (1915 (2 août – 15 décembre)).
H dépôt 5 Q 20. Hôpital de Château-la-Vallière. Ordres de transport pour soldats isolés. Feuilles de route (classement chronologique). (1914 – 1916).
H dépôt 4 K 32. Hospice général de Tours. Organisation de concours : affiches. Une place de médecin-adjoint chargé du service de radiographie et de radioscopie, 25 mai 1914.
H dépôt 4 K 33. Hospice général de Tours. Organisation de concours : affiches. Trois places d'internes titulaires, trois places d'internes provisoires en médecine et en chirurgie et un nombre limité de places d'élèves externes, 4 août 1919.
H dépôt 4 K 34. Hospice général de Tours. Organisation de concours : affiches. Deux places d'internes titulaires, trois places d'internes provisoires en médecine et en chirurgie et un nombre limité de places d'élèves externes, 9 août 1920.
H dépôt 4 K 35. Hospice général de Tours. Organisation de concours : affiches. Trois places d'internes titulaires, trois places d'internes provisoires en médecine et en chirurgie et un nombre limité de places d'élèves externes, 8 août 1921.
T 1140. Inspection académique, correspondance, problèmes de place, préfecture, écoles de filles.
X Preuilly 89. Hospice de Preuilly-sur-Claise. Travaux et entretien. (1860-1895).
X Preuilly 90. Hospice de Preuilly-sur-Claise. Travaux et entretien. (1900-1935).
X Tours 56. Hospice général de Tours. Alimentation des militaires aliénés à l'asile et à l'annexe de Parçay-Meslay, 1918. Plainte des autorités militaires suite à une visite d'un médecin militaire.
X Tours 313. Hospice général de Tours. Hospitalisation des militaires, réglementations et généralités. (An XII-1921).
X Tours 378. Hospice général de Tours. Travaux au service des militaires. (1810-1930).

3) Archives départementales de Maine-et-Loire.

62 ALPHA 2. Police des mœurs (1876-1938).
62 ALPHA 12. Prostitution (1903-1939).
79 ALPHA 3. Direction départementale de la Santé. Versement du 24 février 1950. Laboratoire départemental (1896-1940).

114 ALPHA 34. Hôpital mixte, pavillon militaire (1913-1940).
1 ETP 197. École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers.
1 ETP 582. École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers. Correspondance concernant les mutilés de guerre (1917-1919).
1 Hs K 41. Médecins et chirurgien, professeurs à l'École de médecine, arrêtés de nomination, correspondance (1809-1932).
1 Hs L 31. Demandes des médecins et des chirurgiens (1901-1922).
1 Hs L 141. Commission des hospices d'Angers. Répertoire du courrier arrivé (1912-1937).
1 Hs L 158. Lettres de l'administration (1807-1935).
1 Hs M 2. Correspondance, arrêtés préfectoraux, budgets (1914-1920).
1 Hs M 3. Situations et tableaux récapitulatifs financiers (1911-1934).
1 Hs M 4. Hôpital d'Angers. Projets de budgets.
1 Hs M 8. Hôpital d'Angers. Budgets.
1 Hs M 14. Hôpital d'Angers. Observations aux budgets.
1 Hs M 15. Hôpital d'Angers. Observations aux budgets supplémentaires.
1 Hs M 16. Hospices mixtes d'Angers. Budgets, extraits des registres des délibérations de la commission administrative (1831-1921).
1 Hs M 53. Hospitalisation, état des journées des militaires, prix en 1915, nouveaux tarifs.
1 Hs M 605. Hospices d'Angers. Prix de journée.
1 Hs Q 51. Hospices d'Angers. Relations avec les autorités militaires.
1 Hs Q 617bis. Décompte des journées des militaires placés à l'asile de Sainte-Gemmes (1914-1919).
1 M 3/2. Rapports du préfet de Maine-et-Loire au commandant de la région.
1 M 6/62. Dossiers politiques de personnalités angevines.
1 R 5/1. Correspondance générale, arrêtés, décrets, circulaires (1914-1918).
1 R 5/5. Guerre 1914- 1918.
1 R 5/8. Guerre 1914-1918. Décisions de la place d'Angers (1914-1917).
1 R 5/13. Guerre 1914- 1918. Hôpitaux militaires (1914-1918).
1 R 5/14. Guerre 1914- 1918. Service de Santé (1914-1916).
1 R 5/17 ter. Secours. Sommes versées par les communes pour les éprouvés de la guerre.
1 R 5/25. Troupes américaines en France (1918-1920).
1 R 5/54. Guerre 1914- 1918. Dons pour les blessés militaires (1914-1916).
1 R 5/55. Guerre 1914- 1918. Reçus des sommes versées.
2 R 5/249. Comité de l'Anjou pour les Invalides de Guerre.
2 R 5/309. Commission de répartition des immeubles.
2 R 35. Santé et assistance militaire. Divers (1897, 1898, 1909).
2 R 39. Réquisition et cantonnement.
3 R 42. Assistance aux militaires tuberculeux (1915-1918).
5 Hs L 17. Hôpital de Cholet. Copies de lettres provenant de l'administration de l'hôpital (1913-1933).
5 Hs L 19. Hospice mixte de Cholet. Statistiques hospitalières.
6 Hs L 6. Hospice de Baugé. Registre des délibérations.
7 Hs L 17. Hôpital de Beaufort-en-Vallée. Registre de correspondance.
7 Hs Q 58. Hôpital de Beaufort-en-Vallée. Correspondance et note de service entre le directeur de l'hôpital M. Reveillant et les autorités militaires (1914-1916).
7 Hs Q 59. Hôpital de Beaufort-en-Vallée. Pièces diverses concernant l'hospitalisation des militaires, feuilles d'observation, billets d'entrée, billets de salle, certificats de visite, bulletins de santé, permissions, versement de pensions, etc.
10 Hs/J 8. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Règlementation concernant certaines catégories de malades militaires durant la Première Guerre mondiale (1915-1917).
10 Hs/K 6. Hôpital de Doué-la-Fontaine. État du personnel (1915-1930).

10 Hs/K 9. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Corps médical hospitalier, médecins, infirmiers militaires (1894-1915).
10 Hs/L 9. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Extraits du registre des délibérations.
10 Hs/L 18. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Registre des délibérations (7 janvier 1912 – 26 juin 1936).
10 Hs/M 45. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Frais de séjour des militaires hospitalisés. Cahiers des journées d'hospitalisation pour le paiement des frais par l'administration de la guerre (1914-1915).
10 Hs/R 1. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Fiche individuelle des militaires recueillis (1914-1916).
10 Hs/R 2. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Feuilles d'observation de militaires (1914-1918).
10 Hs/R 3. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Renseignements sur les blessés et les malades (1915).
101 J 132. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Assemblées Générales (3 décembre 1888 – 20 février 1909).
101 J 133. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Assemblées Générales (30 avril 1909 – 30 septembre 1921).
101 J 136. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Membres du Conseil d'Administration (1888-1938).
101 J 137. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Assemblées Générales (1903-1931).
101 J 138. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Assemblées Générales. Rapports de la présidente (1906-1919).
101 J 139. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Conseils d'Administration (décembre 1891 – janvier 1917).
101 J 140. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Conseils d'Administration. Rapports de la présidente (1912-1913).
101 J 141. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Comptes rendus financiers (1890-1915).
101 J 142. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Tableaux financiers (1890-1915).
101 J 148. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dépenses : loyer, assurance et travaux (1903-1919).
101 J 149. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dépenses : gaz, électricité et charges (1914-1918).
101 J 150. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dépenses : droguerie, radiographie, pharmacie (1914-1918).
101 J 151. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dépenses : grands magasins, factures (1914-1918).
101 J 152. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dépenses : travaux d'imprimerie (1914-1918).
101 J 153. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Comptabilité, factures (1914-1919).
101 J 154. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Comptabilité. Récapitulatifs financiers (1914-1921).
101 J 158. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Séances littéraires et musicales (1915-1916).
101 J 159. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Programmes divers (1906-1919).
101 J 160. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Musiques, partitions (1915-1918).
101 J 175. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Quêtes et fêtes de charité (1914-1934).
101 J 177. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Collecte de dons, correspondance (1914-1919).
101 J 184. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Foyer du soldat, textes essentiels.
101 J 185. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Foyer du soldat, constitution, autorisation et délibérations (1904).
101 J 186. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Salles de repos du soldat (1904).
101 J 188. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Foyer du soldat. Inauguration (1905).
101 J 190. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Foyer du soldat. Correspondance

(1904-1912).
101 J 191. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Foyer du soldat. Correspondance (1916-1931).
101 J 201. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Enseignement. Livrets individuels.
101 J 205. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Enseignement. Cours médicaux (1903-1911).
101 J 218. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Enseignement. Correspondance (1906-1928).
101 J 220. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Documents essentiels (1896-1904).
101 J 221. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. École normale d'instituteurs (1909-1917).
101 J 222. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. État des ressources.
101 J 223. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Rapports et circulaires du 30 septembre 1914 au 14 novembre 1916.
101 J 224. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Rapports et circulaires du 15 novembre 1916 au 27 janvier 1919.
101 J 225. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Circulaires (1914-1915).
101 J 226. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Circulaires (1916).
101 J 227. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Circulaires (1917).
101 J 228. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Registre des augmentations de lits.
101 J 229. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Demandes d'imprimés (s.d.).
101 J 230. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Registre de comptabilité des frais de cantine du personnel (1915). Carnets des demandes d'espèces (1918-1919).
101 J 231. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Bureau des vaguemestres (1914-1919).
101 J 232. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Dons (1914-1919).
101 J 233. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. États de la 9e section d'infirmiers militaires (1915-1918).
101 J 234. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Livre du personnel, renseignements divers (1914-1918).
101 J 235. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Registre du personnel bénévole (1914-1919).
101 J 236. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Personnel, listes (1916).
101 J 237. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Personnel des hôpitaux complémentaires (1914-1919).
101 J 238. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Répertoire du personnel (s.d.).
101 J 239. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Récompenses au personnel (1917-1919).
101 J 240. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Livre de présence des infirmières (1914-1918).
101 J 241. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Livre de présence des brancardiers (1914).

101 J 242. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Cahiers de notes (1914-1920).
101 J 243. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Menus servis (1915-1917).
101 J 244. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Repas, distribution, cahiers (s.d.).
101 J 245. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Achats (1916-1918).
101 J 246. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Commandes et prospectus (1914-1918).
101 J 247. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Inspections du chef du secteur chirurgical, décisions.
101 J 248. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Dossiers divers (1914-1919).
101 J 254. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Organisation des soins. Interventions chirurgicales. Registres (1915-1917).
101 J 255. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Organisations des soins. Visites médicales, soins registres (1915-1919).
101 J 258. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Blessés et disparus (1914-1918).
101 J 259. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Dossier de réforme (1915-1918).
101 J 260. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Décorations de guerre (1915-1917)
101 J 261. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Comptes trimestriels en journées (1914-1918).
101 J 263. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Correspondance (1914).
101 J 264. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Correspondance (1915).
101 J 265. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Correspondance (1916).
101 J 266. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Correspondance (1917-1919).
101 J 267. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Relations avec les autorités militaires et médicales (1914-1918).
101 J 268. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Correspondance (soldats – familles) (1914-1916).
101 J 269. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. « Note documentaire » (s.d.).
101 J 270. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. « Le 102 en vers et pour tous » par madame Bagnoli (s.d.).
101 J 271. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Allocutions diverses (1917-1918).
101 J 272. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. *Lettre à tous les Français* n°1 et n°2 (s.d.).
101 J 273. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. *Bulletin de Guerre*, journal édité par le comité central de l'Union des Femmes de France (1915-1918).
101 J 274. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Documentation. *La Recherche des disparus* (1916).
101 J 275. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. *Bulletin des Armées de la République* (mai 1917).

101 J 276. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Hôpitaux annexes du 102 (1914-1917).
101 J 277. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Fermeture administrative (1919).
101 J 278. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Cérémonie de clôture (1919).
101 J 279. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dispensaire antituberculeux. Organisation (1917).
101 J 280. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dispensaire antituberculeux (1920).
101 J 281. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Dispensaire antituberculeux. Comptes rendus de réunions (1920-1934).
101 J 341. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Correspondance générale (1889-1908).
101 J 342. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Correspondance générale (1909-1913).
101 J 343. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Correspondance générale (1914-1940).
101 J 344. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Correspondance du délégué régional (1914-1920).
101 J 345. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Annonces aux journaux (1915-1919).
101 J 346. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Distinctions attribuées aux membres (1939).
101 J 347. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Distinctions U.F.F. (1914-1919).
101 J 348. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Distinctions U.F.F. (1919).
101 J 349. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Distinctions « Médaille de guerre » (1919).
101 J 350. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Rapports d'exercice.
101 J 351. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Historiques (1921-1937).
101 J 352. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Cinquantenaire du comité d'Angers (1930-1939).
101 J 353. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Documentation U.F.F. (1900-1931).
101 J 354. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Documentation diverse (1916-1935).
101 J 355. S.S.B.M. Modification des statuts (1920).
101 J 356. S.S.B.M. Comité d'Angers. Organisation du comité (1910).
101 J 357. S.S.B.M. Comité d'Angers. Titres et pièces concernant le comité d'Angers.
101 J 358. S.S.B.M. Comité d'Angers. Journal du Comité Croix-Rouge du 10 juin 1920 au 25 mai 1927.
101 J 359. S.S.B.M. Comité d'Angers. Rapports de la présidente (1921-1925).
101 J 360. S.S.B.M. Comité d'Angers. Procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du 28 décembre 1912 au 6 octobre 1926.
101 J 361. S.S.B.M. Comité d'Angers. Procès-verbaux des réunions du Conseil des Dames du 29 octobre 1926 au 15 mars 1941.
101 J 362. S.S.B.M. Comité d'Angers. Acte de vente du dispensaire des Filles-Dieu.
101 J 363. S.S.B.M. Comité d'Angers. Notes et renseignements sur l'origine du Dispensaire-école 12 rue des Filles-Dieu à Angers.
101 J 366. S.S.B.M. Comité d'Angers. Infirmières d'Angers mobilisées. Guerre 1914-1918.
101 J 367. S.S.B.M. Comité d'Angers. Liste alphabétique des infirmières ayant obtenu leur diplôme au dispensaire-école d'Angers.
101 J 368. S.S.B.M. Comité d'Angers. Répertoire des infirmières (nom et adresse).
101 J 385. S.S.B.M. Comité d'Angers. Congrès d'hygiène sociale, correspondance, coupure de presse, historique de la S.S.B.M.
101 J 387. S.S.B.M. Comité d'Angers. Hôpitaux auxiliaire n°17. Salle d'opération, carnets, appareils plâtrés, imprimés, instruments médicaux, carnets de commande, salle Armand, répertoire de blessés (1914-1917).

101 J 395. S.S.B.M. Comité d'Angers. Correspondance (1913-1929).
101 J 437. Croix-Rouge. Notes de recherche (1968-1995).
101 J 535. Croix-Rouge française. Origine, historique, célébrations (1951-1982).
101 J 555. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Scènes du 102 (photographies) (1914-1915).
101 J 557. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Scènes du 102 (photographies). Salle de blessés, cours et jardins, repas des blessés, infirmières, chirurgiens et personnel (1914-1915).
101 J 560. Union des Femmes de France. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°102. Photographies. Appareils médicaux et instruments de l'hôpital (1915-1919).
101 J 565. S.S.B.M. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°17. Photographies. Bâtiments, installations, scènes de vie (1915-1917).
101 J 570. S.S.B.M. Comité d'Angers. Hôpital auxiliaire n°17. Photographies. Personnel (s.d.).
391 T 55. Guerre 1914-1918. Circulaires ministérielles et rectorales.
391 T 67. Guerre 1914-1918. Blessés et mutilés, rééducation (1914-1917).
391 T 71. Guerre 1914-1918. Occupation de locaux, réquisition de matériel (1915-1919).
392 T 38. École de médecine. Correspondance au sujet des arrêtés et circulaires.
392 T 39. École de médecine. Pelures du secrétariat (1912-1917).
392 T 41. École de médecine. Correspondance.
392 T 135. École de médecine. Citations des médecins, pharmaciens de l'École de médecine s'étant illustré pendant la guerre 14-18.
47 M 10. Personnel sanitaires, listes des médecins.
10 R 5/71. Lutte contre les maladies épidémiques, recensement des lits pour isoler les contagieux, règlement sur l'assainissement des fosses d'aisance.
10 R 5/78. Assistance aux convalescents militaires, aux mutilés et aux fonctionnaires blessés ou malades.
10 R 5/79. Commission chargée des inspections dans les formations sanitaires et services de toute nature. Récupération des soldats valides pour le front.
10 R 5/83. Règlement du port du brassard et des fanions (1914).
10 R 4. Hôpital de Doué-la-Fontaine. Carnets de proposition d'évacuation des blessés et malades militaires (1915-1918).
10 R 5/70. Service médical civil effectué par des médecins militaires.
X 708. Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes. Grand livre (1915).

4) Archives départementales des Deux-Sèvres.

HDEP 5 L 4. Registre de la commission administrative de l'hospice de Chizé (1856-1935).
HDEP 6/11. Registre des délibérations de la commission administrative de l'hospice de Château-Bourdin (1888-1964).
4 M1/137. Prostitution et maladies vénériennes (1908-1941).
5 M 39. Lutte contre les maladies vénériennes. Instructions (1916-1931).
5 M 59. Service de désinfection (1907-1915).
5 M 154. Procès-verbaux des séances du conseil d'hygiène (1914-1927).
69/70. Recueil des actes administratifs de la préfecture des Deux-Sèvres (1913-1914).
R 186. Ravitaillement des militaires.
R 193. Documents appartenant à Mlle Ravard. Don par Mr Billy 1962. U.F.F. Club des Humoristes à Niort. Fêtes (programmes).
R 194. Hôpitaux temporaires installés dans les établissements d'enseignement publics (1915). H.A. 106 installé à l'École primaire supérieure de Bressuire (1914-1917).
4 T 65/2. École Primaire Supérieure de Jeunes Filles de Bressuire. Occupation par un hôpital militaire pendant la guerre 1914-1918.
1 X 4. Statistique des établissements reconnus d'utilité publique.

1 X 74. Hospice de Chizé. Affaires générales et diverses (1911-1957).
1 X 81. Hospice de Faye-l'Abbesse (1914-1957).
1 X 103. Hospice de Ménigoute. Affaires générales et diverses (1911-1919).
1 X 145. Hospice d'Oiron (1900-1919).
1 X 162. Hospice de Parthenay (1913-1943).
1 X 181. Hospice de Saint-Maixent-l'École (1890-1919).
1 X 210. Hôpital de Thouars (1896-1916).
1 X 211-a. Hôpital de Thouars (1917-1930).
1 Z 198. Hôpital 106 (1916-1940).
3 X 75. Croix-Rouge française (1882-1940).
3 X 77. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux (1916-1923).

5) Archives départementales de la Vienne.

1 R 693. Personnel militaire mis à la disposition de l'autorité civile (1915-1919).
1 R 694. Circulaires et instructions concernant les officiers (1915-1918).
1 R 782. Affaires militaires, aumôniers militaires, emplois réservés.
1 R 786. Affaires militaires avant 1940. Instructions, correspondance (1894-1940).
1 R 854. Conseil de révision (1914-1918).
1 R 1014. Circulaires du ministère de la Guerre.
1 X 2. Administration générale (1879-1919).
1 X 21. Hospices de Châtellerault. Correspondance.
1 X 22. Hospices de Châtellerault. Commission administrative.
1 X 29. Hospices de Chauvigny. Malades militaires (1914-1915).
1 X 52. Hospices de Lusignan. Personnel. Correspondance (An IX-1039).
1 X 68. Hospices de Montmorillon. Membres de la commission administrative. Correspondance.
1 X 69. Hospices de Montmorillon. Correspondance. Procès-verbaux de la commission administrative (An IX-1939).
1 X 74. Hospices de Poitiers. Dispensaire antivénérien, aménagement de locaux.
1 X 90. Hospices de Poitiers. Militaires, correspondance avec l'autorité militaire.
1 X 114. Hospices de Poitiers. Asile des aliénés.
3 X 57. Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux de la guerre (1916-1919).
5 M 72. Épidémies. Service médical assuré par les médecins militaires (1918-1919).
5 M 248. Vaccinations, correspondance.
5 M 251. Bulletins de déclarations de maladies épidémiques envoyés par les hôpitaux pendant la guerre.
5 M 255. Épidémies, correspondance.
5 M 267. Personnel médical de la Vienne.
5 M 291. Bulletins de déclarations de maladies contagieuses dans les hôpitaux.
5 M 305. Prophylaxie des maladies vénériennes.
5 M 309. Journal du service de santé et d'hygiène du département de la Vienne, tenu par le docteur Jablonski, directeur, du 4 août 1914 au 13 avril 1920.
5 M 391. Service antivénérien, instructions.
5 M 394. Désinfection, service municipal, laboratoire de bactériologie.
5 M 402. Sérums et vaccinations antityphoïdiques et antidiphtériques.
5 M 403. Maladies contagieuses.
5 M 404. Mesures exceptionnelles de prophylaxie motivées par l'état de guerre.
5 M 413. Mobilisation de 1914, médecins.
5 M 414. Poste de désinfection de Poitiers.
7 R 15. Exemptés, blessés, mutilés, citations.
7 R 24. Blessés allemands, réfugiés, questions sanitaires.
7 R 33. Croix-Rouge américaine. Relations franco-américaines.

7 R 34. Journées de bienfaisance.
7 R 45. Guerre 1914-1918. Ravitaillement, réquisitions de locaux.
7 R 56. Guerre 1914-1918. Réquisitions.
7 R 57. Œuvres de guerre.
7 R 72. Liste des blessés, secours aux soldats.
7 R 83. Associations créées durant le conflit.
7 R 84. Associations de mutilés.
7 R 85. Comité départemental des mutilés et des réformés.
7 R 95. Sauf-conduits.
10 T 185. Écoles de la Vienne. État de situation annuel (1900-1916).
10 T 186. Enquêtes sur les œuvres de guerre (1918).
10 T 1011. Guerre 1914-1918. Dons.
10 T 1012. Œuvres de guerre, diverses.
1535 W 320. Hôtel-Dieu. Pharmacie. Sorties journalières. Registre 1915.
1536 W 68. Hospices de Poitiers. Statistiques hospitalières (1873-1927).
1648 W 3. Hôpital général. Service des aliénés. Administration générale (1811-1919).
1648 W 221. Hospices de Poitiers. Registre de correspondance des salles militaires (1915-1917).
1648 W 394. Hospices de Poitiers. Mouvement des militaires (1917).
1648 W 402. Hôtel-Dieu. Militaires. Correspondance de la commission administrative.
1648 W 416. Hospices de Poitiers. Commission administrative, composition, extraits du registre des délibérations.
1648 W 433. Hospices de Poitiers. Courrier reçu (1899-1937).
1648 W 448. Hospices de Poitiers. Budgets (1902-1918).
1648 W 823. Hospices de Poitiers. Adjudication des marchés (1912-1916).
1648 W 900. Hospices de Poitiers. Militaires, traitements et admissions (1913-1921).
1648 W 901. Hospices de Poitiers. Militaires, registres de route (1914).
1773 W 12. Hôpital mixte de Poitiers, salles militaires, registre de correspondance (1898-1904).
1773 W 110. Médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Poitiers.
1890 W 30. Hospices de Poitiers. Militaires. Éléments divers (1887-1961).
1890 W 33. Hospices de Poitiers. Décès de militaires, registre (1886-1915).
E DEPOT 137 D 12. Loudun. Registre des délibérations du conseil municipal (18 juillet 1908 – 5 avril 1921).
E DEPOT 137 D 50. Loudun. Correspondance à l'arrivée : registre.
E DEPOT 137 H 20. Loudun. Bâtiments militaires.
E DEPOT 137 H 27. Loudun. Réquisitions militaires.
E DEPOT 137 H 42. Hôpitaux de guerre, instructions.
H DEPOT 2 44. Hôpital civil de Montmorillon.

6) Archives municipales d'Angers.

1 D 58. Procès-verbaux des délibérations du conseil municipal d'Angers (1917).
1 D IMP 37 à 40 et 42 à 45. Procès-verbaux des délibérations du conseil municipal d'Angers (1914-1916 ; 1918-1921).
1 Fi num 1694. Plan de la ville d'Angers daté de 1913 dressé par M. M. Hézard et Baron sous la direction de M. Pihier. 1/1500^{e}, Angers, G. Grassin, imprimeur, libraire, éditeur.
1 J 43. Fonds privé.
2 H 33. Guerre de 1914-1918. Débits de boissons.
2 H 78. Mesures d'hygiène.
2 H 79. Hôpitaux.
4 H 49. Croix-Rouge et œuvres de guerre.
4 H 68. Hôpitaux.
4 H 73. Réquisitions anglaises.

4 H 17. Liste des évacués par hôpitaux (1914-1915).
4 H 49. Réquisitions.
4 H 61. Service de Santé.
4 H 63. Mobilisation (1914-1918).
4 H 64. Hôpitaux (1914-1922).
9 Fi. Photographies concernant les hôpitaux anglais du Grand Séminaire et de la place La Rochefoucauld (1914)

7) Archives municipales de Châteauroux.

1 D 43. Registre des délibérations du conseil municipal de Châteauroux (13 septembre 1913 – 29 novembre 1916).
1 D 44. Registre des délibérations du conseil municipal de Châteauroux (23 janvier 1917 – 14 février 1920).

8) Archives municipales de Châtellerault.

1 D 48. Registre des délibérations du conseil municipal de Châtellerault (1913-1914).
1 D 49. Registre des délibérations du conseil municipal de Châtellerault (1915-1916).
1 D 50. Registre des délibérations du conseil municipal de Châtellerault (1917-1919).
4 H 3. État de siège et faits de guerre. Guerre 1914-1918.

9) Archives municipales de Niort.

1 R 85. Lycée de jeunes filles. Occupation du lycée pendant la guerre (1914-1923).
4 H. École pratique. Hôpital militaire. Indemnité pour dégradations (1918).
25 FI 1-71. Fonds A. Texier. Photographies.
25 FI 72-169. Fonds A. Texier. Photographies.
25 FI 170-263. Fonds A. Texier. Photographies.
Z 13. Fonds A. Texier. Les guerres.
Guerre 1914-1918 (5). Œuvres diverses.
Guerre 1914-1918 (6). Hôpitaux. Réfugiés. Aide aux pays dévastés.
Guerre 1914-1918 (8). Hygiène.
Guerre 1914-1918. (12) Blessé.
NI_10C_0037 à 0042. Registre des délibérations du conseil municipal de Niort (30 janvier 1914 – 27 décembre 1919).

10) Archives municipales de Poitiers.

Registre des délibérations du conseil municipal de Poitiers (25 juillet 1911 – 25 février 1920).
Liasse 1177. 1914-1918. Déclarations d'adhésion à la législation sur les accidents du travail.
Liasse 2154. Prophylaxie des maladies vénériennes. Hygiène. (1917-1936).

11) Archives municipales de Tours.

1 H 7. Sainte-Radegonde. Guerre 1914. Bulletin individuel des blessés (1915).
1 H 8. Sainte-Radegonde. Décès de militaires.
1 D 1/10. Sainte-Radegonde. Registre des délibérations du conseil municipal (novembre 1908 – mai 1916).
1 D 105. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (23 décembre 1913 – 23 avril 1915).

1 D 106. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (23 avril 1915 – 24 février 1917).
1 D 107. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (24 février 1917 – 9 octobre 1918).
1 D 108. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (9 octobre 1918 – 31 décembre 1919).
1 D 109. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (31 décembre 1919 – 27 décembre 1920).
1 D 110. Registre des délibérations du conseil municipal de la ville de Tours (27 décembre 1920 – 10 juin 1922).
1 D 204. Bulletin municipal de la ville de Tours (1914).
1 D 257. Commissions du conseil municipal de la ville de Tours (22 septembre 1913 au 14 mai 1919).
1 D 258. Commissions diverses du conseil municipal de la ville de Tours (3 août 1914 au 29 juin 1916).
1 H 8. Saint-Symphorien. Blessés de guerre (1915-1917).
1 I 17 Prostitution, filles publiques, maisons de tolérance, surveillance sanitaire (1819-1930).
1 R boite 14. Groupe scolaire Mirabeau (1892-1973).
1 R boite 15. Groupe scolaire Rabelais (1918). École Saint-Sauveur, groupe scolaire Rabelais (1876-1967). Groupe scolaire de la Fuye, place Velpeau (1877-1979). Groupe scolaire de la Fuye, place Velpeau, école de filles rue de la Fuye (1884-1917). Groupe scolaire la Fuye, place Velpeau, école de filles rue de la Fuye, création d'une 9e classe (1917). École de filles rue des Abeilles (1909-1916). École de filles rue des Abeilles, demande d'ouverture de nouvelles classes (1909-1916). École de filles et école maternelle impasse Voltaire (1884-1918). École de filles, impasse Voltaire (1884-1918).
1 R boite 35. Lycée Descartes. Organisation administrative (1931-1957). Historique du lycée (1957). Fonctionnement (1874-1972). Problèmes de locaux (1915-1969). Occupation du lycée par le Service de Santé Militaire (1915-1920).
1 R boite 39. École primaire supérieure de filles (1882-1946).
1 R boite 40. Lycée de jeunes filles (1882-1937).
1 R boite 71. École préparatoire de médecine et de pharmacie. Fonctionnement. Livre d'or (1914-1918).
2 Q 1. Sainte-Radegonde. Œuvres de guerre (1915-1960).
2 D 12. Arrêtés du maire de Tours (3 mars 1900 – 18 mars 1908).
2 D 13. Arrêtés du maire de Tours (19 mars 1908 – 9 avril 1914).
2 D 14. Arrêtés du maire de Tours (9 avril 1914 – 14 octobre 1918).
2 D 15. Arrêtés du maire de Tours (18 octobre 1918 – 30 mars 1921).
2 D 52 à 85. Lettres du maire de Tours aux particuliers (23 mai 1914 – 20 janvier 1920).
2 D 164. Lettres du maire de Tours au préfet (7 février 1914 – 31 décembre 1914).
2 D 166 à 172. Lettres du maire de Tours au préfet (3 janvier 1916 – 23 mars 1922).
2 H 1. 1. Sainte-Radegonde. Hôpitaux militaires (1883-1924). Hôpital temporaire dans l'ancien orphelinat Saint-Joseph. Construction d'une canalisation souterraine pour servir d'égout.
2 H 1. 2. Sainte-Radegonde. Hôpital temporaire. Hygiène publique, contagion (1914-1916).
2 H 1. 3. Sainte-Radegonde. Affectation du couvent de Marmoutier à l'hospitalisation des blessés en cas de mobilisation (1923-1924).
2 H 4 boite 36. Terrains militaires (1840-1936). Achat de terrains pour construire un hôpital régional.
2 H 18 boite 42. Croix-Rouge (1915-1921).
3 Q 1.1. Saint-Symphorien. Comité d'assistance aux convalescents militaires (1914-1920).
3 Q 1.2. Saint-Symphorien. Don de 100 F du Bureau de Bienfaisance (1920).
3 Q boite 59. Hospice général de Tours (An 13 – 1945).
3 Q boite 60. Hospice général de Tours (1854-1943).

3 Q boite 61. Hospice général de Tours (1850-1943).
3 Q boite 62. Hospice général de Tours (1823-1936).
3 Q boite 63. Hospice général de Tours (1884-1944).
3 Q boite 125. Maison de convalescence Tonnellé et maisons de santé (1873-1975).
4 H 5. 1. Sainte-Radegonde. Souscription en faveur des blessés et des hôpitaux militaires (1914). Lettres de remerciement des administrateurs.
4 H 5. 12. Journée nationale des tuberculeux organisée par le Comité Central d'Assistance aux tuberculeux (anciens militaires) (4 février 1917).
4 H 5. 15. Sainte-Radegonde. Solidarité avec les blessés militaires (1918-1932).
4 H 2 boite 80. Réquisitions en temps de guerre (1914-1922).
4 H 2 boite 81. Faits de guerre (inhumations et sépultures) (1914-1932).
4 H 2 boite 87. Œuvres de guerre. Assistance aux soldats (1914-1919).
4 H 2 boite 88. Œuvres de guerre (1914-1921).
4 H 2 boite 93. Réfugiés. Hospitalisation des réfugiés et des étrangers (1914-1920).
4 H 2 boite 95. Subsistances, réquisitions et logement des troupes alliées (1917-1923).
4 H 2 boite 97. Subsistances, réquisitions et logement des troupes alliées (1917-1923).
4 H 4. 1. 3. Saint-Symphorien. Œuvres de guerre. Journée nationale des tuberculeux (anciens militaires) (1917).
4 H 16. Sainte-Radegonde. Réquisitions d'immeubles affectés à l'hôpital (1915-1917).
5 Q 6. 3. Saint-Symphorien. Soins médicaux aux mutilés et réformés de la guerre 1914-1918. Liste des bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 (s.d.).
5 Q boite 160. Assistance aux tuberculeux (1914-1918).
16 Z 3. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Lettres personnelles écrites par M. le délégué régional (août 1914 – novembre 1915).
16 Z 5. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Cotisations (1896 – 1906).
16 Z 5. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Répertoire des membres (s.d.).
16 Z 9. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Hôpital auxiliaire n°12 de Chinon. Lettres (4 août 1914 – 30 août 1915).
16 Z 9. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Hôpital auxiliaire n°21 de Melle. Lettres (août 1914 à octobre 1915).
16 Z 9. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Hôpitaux. Renseignements généraux (août 1916 – décembre 1917).
16 Z 9. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires.
16 Z 10. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. État nominatif des blessés et malades entrants par hôpitaux (1914).
16 Z 10. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. État nominatif des blessés et malades évacués (1914).
16 Z 10. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. État nominatif des blessés et malades sortants par hôpitaux (1914).
16 Z 10. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. Hôpital auxiliaire n°18 abbaye de Bourgueil (1915).
16 Z 11. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. Hôpital auxiliaire n°1 à Sainte-Radegonde. Livre de caisse (1918).
16 Z 12. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. *La Gazette de Marmoutier* (1916).
16 Z 14. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. Livre des entrées et sorties d'un hôpital (1918-1919).
16 Z 15. Croix-Rouge. Société de Secours aux Blessés Militaires. Centres de soins. Répertoire des fiches radiologiques d'un hôpital inconnu (1915-1919).

12) Archives municipales de Saumur.

5 H 11. Correspondances diverses. Mobilisation, état de siège, déclaration de guerre (1913-1918).
5 I 368. Traitement des maladies vénériennes à l'hôpital général de Saumur, organisation (1916).
5 H 33. Hôpitaux (1914-1916).
15 Z 1. Société de Secours aux Blessés Militaires. Comité de l'arrondissement de Saumur. Assemblée générale et conseil d'administration. Registre des procès-verbaux (1889-1919).
15 Z 2/1. Union des Femmes de France. Comité de Saumur. Conseil d'administration et bureau. Registre des procès-verbaux (1893-1914).
15 Z 2/2. Union des Femmes de France. Comité de Saumur. Registre des comptes rendus de réunion (1914-1940).
15 Z 24/2. Société de Secours aux Blessés Militaires. Comité de l'arrondissement de Saumur. Caisse, registre des recettes et des dépenses (1914-1919).
15 Z 25. Société de Secours aux Blessés Militaires. Comité de l'arrondissement de Saumur. Infirmerie de la gare de Saumur. Relevés de comptes, factures (1914-1919).
15 Z 26. Société de Secours aux Blessés Militaires. Dépenses et recettes du Comité de Saumur. Registre de détails (1919-1940).
15 Z 27. Société de Secours aux Blessés Militaires. Dépenses et recettes du Comité de Saumur. Registre de détails (1919-1940).
245 W 27. Hôpital civil de Saumur. Registre des délibérations de la commission administrative (1914-1919).

13) Archives du couvent de la Grande-Bretèche.

4 F 2/1. Guerre 1914-1918. Dossier A. Tours. Hôpital auxiliaire n°2. Grande et Petite Bretèche.
4 F 2/1. Guerre 1914-1918. Dossier B. Tours. Lycée Descartes.
4 F 2/1. Guerre 1914-1918. Dossier C. Autres ambulances à Tours et en Touraine.
4 F 2/1. Guerre 1914-1918. Dossier D. Ambulance du Lycée Descartes.
4 F 2/1. Guerre 1914-1918. Dossier E. Photos de l'ambulance de la Bretèche et d'autres ambulances.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 1. Papiers divers.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 2. Correspondance diverse (1913-1923 et non datée).
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 3. L'Archevêché et des laïcs demandent des sœurs pour les ambulances (1915-1917).
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 5. État de service dans les treize ambulances de Tours. Fichier des religieuses décorées.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 7. Correspondance échangée entre l'organisation des secours aux blessés militaires et la Congrégation (1914-1925).
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 8. Dossier relatif aux diplômes d'infirmières délivrés par la Croix-Rouge (1913-1914). Règlement soumis à la commission d'enseignement de Paris.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 9. Compagnie des tramways de Tours.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 10. Témoignage d'affection et d'union fraternelle des sœurs de Las Cors, Barcelone (Espagne) et des sœurs de Colombie.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. Dossier 14. Comptes de la Croix-Rouge : août 1914 – octobre 1915 ; novembre 1915 – mai 1917 ; juin 1917 – mars 1919. Petit carnet : avance Croix-Rouge.
4 F 2/3. Guerre 1914-1918. États de services de sœurs de la Congrégation durant la Première Guerre mondiale.

14) Archives Nationales.

F 7/ 12937. Guerre 1914-1918. Rapports sommaires des préfets au début du conflit. Classement départemental (août – début septembre 1914). Ain à Creuse.

F 7/ 12938. Guerre 1914-1918. Rapports sommaires des préfets au début du conflit. Classement départemental (août – début septembre 1914). Lot à Rhône.
C 7521. Dossier 880. Service de Santé. Circulaires août 1915 – février 1917 et mai – octobre 1918.
C 7689. Commission centrale de Contrôle. Guerre (suite). Dossier 5316bis à 5318bis. Service de Santé : circulaires 1914.
C 7689. Commission centrale de Contrôle. Guerre (suite). Dossier 5316 à 5321. Service de Santé : circulaires janvier – juin 1915.
C 7690. Dossier 5322 – 5327. Service de Santé : circulaires juillet – décembre 1915.
C 7690. Dossier 5328 – 5330. Service de Santé : circulaires 1917.
C 7690. Dossier 5331 – 5334. Service de Santé : circulaires 1918.

15) Service des Archives Médicales Hospitalières des Armées.

T 3377 à 3390. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registres des entrées (21 août 1914 – 2 mai 1919).
T 3391. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registre des décès (2 septembre 1914 – 16 avril 1919).

16) Service Historique de la Défense.

1 X 1181. République Française. Minutes des Décrets. Année 1910. Avril-Mai. Volume n°401.
1 X 1217. République Française. Minutes des Décrets. Année 1913. Mai. Volume n°437.
1 X 1218. République Française. Minutes des Décrets. Année 1913. 3 au 14 juin. Volume n°438.
10 J 779. Minutier du Conseil de Guerre de Tours (1916).
10 J 820. Conseil de Guerre de Tours. Procès Deschamps Baptiste (1er au 3 août 1916).
GR 8 NN 267. Ministère de la Guerre. Direction du Contrôle. Aspect administratif des opérations de démobilisation. Service de Santé (1919).
GR 9 NN 7-179. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Organisation et fonctionnement des sociétés d'assistance : projet d'instruction, notes, correspondance, rapports, coupures de presse (1887-1913).
GR 9 NN 7-180. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Relations avec l'Association des Dames Française : correspondance, coupures de presse, bulletin mensuel (1892-1912).
GR 9 NN 7-181. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Relations avec l'Union des Femmes de France : correspondance, bulletin mensuel (1892-1913).
GR 9 NN 7-182. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Relations avec la Société Française de Secours aux Blessés Militaires : correspondance, bulletin (1890-1914).
GR 9 NN 7-591. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. États annuels faisant ressortir, d'après les consommations, le prix de revient de la journée de traitement dans les hôpitaux militaires de 1914 à 1932.
GR 9 NN 7-645. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Appareillage des mutilés. – Organisation des centres d'appareillage et traitement des militaires mutilés, fourniture et délivrance de prothèses (dentaires, oculaires et orthopédiques) : circulaires, projets de circulaires, notes, correspondance, notice (1915-1933).
GR 9 NN 7-962. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Installation et équipement de laboratoires d'expertise bactériologique militaire : procès-verbal de conférence, croquis, devis, notes, correspondance, états du matériel. Tours (1906-1911).
GR 9 NN 7-1052. Ministère de la Guerre. Direction du Service de Santé. Création de services annexes d'hôpitaux pour vénériens à l'intérieur (dispensaires) et collaboration avec les autorités civiles dans la lutte contre les maladies vénériennes : circulaire, rapports des directeurs de service de santé, listes (1916-1918).

Service Historique de la Défense. Dossiers militaires.

Nom	Prénoms	Numéro de dossier	Nom	Prénoms	Numéro de dossier
Barillet	Marcel, Joseph	6 Ye 13 577	Courcoux	Alfred, François	6 Ye 53 601
Barnsby	Henry, David, William, Pierre	5 Ye 127 494	Cousin	Georges, Lucien, Paul, Constant	8 Ye 29 471
Barnsby	Pierre, William, Jacques	6 Ye 3 809	Daudon	Pierre, Louis, François, Gustave	6 Ye 31 479
Barois	Léon, Appoline, Augustin	5 Ye 144 565	Debré	Robert, Anselm	8 Ye 9 782
Baudouin	Félix, Marie, Joseph	6 Ye 32 793	Denéchau	Désiré, Marie, Joseph	6 Ye 55 625
Baumgartner	Amédée, Albert	6 Ye 53 118	Dessane	Marcel, Désiré, Hippolyte	5 Ye 164 148
Berton	Maurice, Fulbert	5 Ye 125 160	Druon	Eugène, Charles, Henri	5 Ye 145 836
Boidin	Louis	8 Ye 15 722	Dubreuil-Chambardel	Louis	6 Ye 4 578
Bonnet	Louis, Alexandre, Ferdinand	15 Yd 212	Dumas	Paul, Auguste	6 Ye 31 612
Bonnin	Henri, Auguste, François	8 Ye 55 007	Duret	Paul, Lucien	6 Ye 7 694
Boppe	Louis, Marie, Adrien	15 Yd 187	Duroux	Émile, Louis, Paul	8 Ye 6 853
Bouchacourt	Léon, François, Émile	6 Ye 5 430	Fargin-Fayolle	Roch, Laurent, Paul	6 Ye 30 085
Boureau	René, Marie, Louis	5 Ye 6 903	Faucillon	Eugène, Louis, Émile	5 Ye 159 680
Brin	Henri, Théophile	6 Ye 13 575	Fleig	Léon, Georges	5 Ye 163 466
Caïn	André, Joseph	8 Ye 21 363	Franchet	Eugène	5 Ye 13 737
Camus	Maurice, Joseph, Stanislas	6 Ye 3 801	Gaugain	Louis, Pierre	6 Ye 13 621
Castelain	Fernand, Jean-Baptiste, Louis	5 Ye 159 796	Ginestou	Etienne, Paul, Simon	6 Ye 7 903
Cerise	Laurent, Guillaume	6 Ye 51 706	Gobillot	Louis, Nicolas, Charles	5 Ye 155 542
Cestan	Raymond, Jacques, Pierre, Jules	6 Ye 27 250	Gougerot	Henri, Eugène	8 Ye 111 631
Chabaneix	Antoine, Paul	6 Ye 30 782	Grasset	Paul, Gaston	5 Ye 145 947
Charpentier	Albert, Hubert	5 Ye 145 911	Guérard	Eugène, Hippolyte	5 Ye 146 825
Chemineau	René, Charles	6 Ye 57 275	Guibert	Maurice, Léon, Jules	6 Ye 3 778
Chevé	Marie, Louis, Fernand	5 Ye 145 694	Guillaume-Louis	Paul, Sébastien	6 Ye 7 572
Clara	Pierre, Jean	5 Ye 157 717	Hautant	Albert, Louis, Émilien	8 Ye 6 225
Collin	Lucien	15 Yd 3	Herscher	Maurice, Gustave	5 Ye 146 570
Cosse	Élie, François, Joseph	6 Ye 35 639	Jousselin	Edmond, Charles	5 Ye 1 545

Service Historique de la Défense. Dossiers militaires.

Nom	Prénoms	Numéro de dossier	Nom	Prénoms	Numéro de dossier
Kahn	Pierre-Adolphe	6 Ye 13 255	Picard	Fernand, Bernard, Achille	5 Ye 152 510
Labey	Georges, Alexandre, Joseph	6 Ye 42 986	Pons	François, Jean, Barthélemy, Robert	6 Ye 53 129
Labit	Henry, Joseph, Jules	15 Yd 311	Quintard	Gustave, Armand, Joseph	6 Ye 15 911
Laignel-Lavastine	Maxime, Marie, Paul	6 Ye 50 270	Ringot	Georges, Marie, Joseph	6 Ye 16 015
Lambron	René, Adolphe, Célestin, Arthur	6 Ye 26 498	Rist	Édouard	6 Ye 30 791
Landriau	Marie, Achille, Léon	15 Yd 89	Rivalta	Maurice, Bernard	5 Ye 149 032
Lapeyre	Louis, Numa, Marie	6 Ye 23 422	Robineau	Maurice, Édouard	6 Ye 27 294
Lecoutour	Aimé, Auguste, Mathias	6 Ye 15 738	Rolland	Auguste, Édouard, Camille	6 Ye 27 287
Ledoux-Lebard	René, Henri, Edmond, Auguste	8 Ye 9 751	Salle	Marcel	6 Ye 18 535
Leullier	Marie, Émile, Amédée	5 Ye 159 782	Terrien	Adrien, Félix	6 Ye 37 727
Mattraits	Henri, Clément	6 Ye 18 714	Thomas	Jacques, René	5 Ye 149 275
Matza	Démétrius, Achille	6 Ye 15 277	Thomas	Joseph, Marie, Paul	5 Ye 138 911
Menuet	François, Ambroise	5 Ye 156 431	Thouvenin	Raoul, Eugène	6 Ye 50 736
Mercier	Raoul, Gabriel	6 Ye 20 743	Turlais	Constant, Urbain	6 Ye 28 976
Moissonnier	Maurice, Étienne, Ernest	6 Ye 4 654	Verroneau	Célestin, Firmin, Alexandre	6 Ye 12 494
Monod	Émile, Jean, Théodore	6 Ye 43 716	Vincent	Clovis, Julien, Désiré	8 Ye 441
Moussy	François	6 Ye 10 965	Vinsonneau	Camille, Louis	6 Ye 11 916
Nattan-Larrier	Louis, Adrien, Albert	6 Ye 35 655	Wetterwald	Xavier, Félix	5 Ye 152 301
Oberthür	Joseph, Marie	6 Ye 30 286	Ysambert	Jacques, Stéphane	6 Ye 1 115
Ombrédanne	Louis, Marie, Arsène	6 Ye 12 605			

Base de données LÉONORE. Légion d'Honneur.

Nom	Prénoms	Numéro de dossier	Nom	Prénoms	Numéro de dossier
Barnsby	Henry, David, William, Pierre	LH/117/39	Labit	Henry, Joseph, Jules	LH/1415/71
Barnsby	David, Robert	LH/117/40	Landriau	Marie, Achille, Léon	LH/1466/61
Barnsby	Pierre, William, Jacques	19800035/438/58679	Ledoux-Lebard	René, Henri, Edmond, Auguste	19800035/0023/2956
Barois	Léon, Appoline, Augustin	LH/117/53	Legludic	Henry, Émile	LH/1558/46
Baruk	Jacques, Nefsim	19800035/1284/48253	Leullier	Marie, Émile, Amédée	LH/1623/39
Baumgartner	Amédée, Albert	19800035/1187/37424	Mattraits	Henri, Clément	LH/1794/86
Berton	Maurice, Fulbert	LH/215/43	Matza	Démétrius, Achille	19800035/1471/70400
Bonnet	Louis, Alexandre, Ferdinand	LH/288/53.	Ménétrez	Jean, Baptiste, Charles	LH/1824/38
Boppe	Louis, Marie, Adrien	LH/293/4	Mercier	Raoul, Gabriel	19800035/180/23282
Boquel	André, Émile, Auguste	19800035/440/58864	De Grandmaison	Georges, Charles, Alfred, Marie	LH/1879/42
Boureau	René, Marie, Louis	19800035/242/32228	Nattan-Larrier	Louis, Adrien, Albert	19800035/1272/46536
Camus	Maurice, Joseph, Stanislas	19800035/666/76518	Ombrédanne	Louis, Marie, Arsène	19800035/228/30118
Collin	Lucien	LH/570/1	Papin	Paul	19800035/1177/36289
Courcoux	Alfred, François	19800035/1342/55493	Pic-Paris	Eugène, Henri	LH/2143/35
Denéchau	Désiré, Marie, Joseph	19800035/314/42261	Poline	Arthur, Joseph	LH/2192/32
Dubois	Pierre, Joseph, Louis, Alfred	LH/814/16	Rist	Édouard	19800035/229/30313
Faucillon	Eugène, Louis, Émile	LH/936/45	Robineau	Maurice, Édouard	19800035/1392/60731
Gobillot	Louis, Nicolas, Charles	19800035/544/62300	Terrien	Adrien, Félix	LH/2642/32
Gougerot	Henri, Eugène	19800035/72/8909	Thomas	Joseph, Marie, Paul	LH/2598/63
Jablonski	Thadeus, François, Antoine, Marie, Jean	LH/1338/11	Verroneau	Célestin, Firmin, Alexandre	LH/2696/48
Kahn	Pierre-Adolphe	LH/1393/51	Vincent	Clovis, Julien, Désiré	LH/2710/23
Labey	Georges, Alexandre, Joseph	19800035/99/12413			

17) Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées.

Carton 243. Trains sanitaires. Évacuations par trains sanitaires. Matériels. Stations magasins des gares régulatrices.
Carton 263. Cartes françaises.
Carton 266. La Presse et le Service de Santé (année 1914).
Cartons 325 à 343. Archives de la Section Franco-Américaine du Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé (1917-1919).
Carton 452. États et rapports décadaires concernant les maladies épidémiques (1918). 8e, 9e, 10e, 11e, 12e et 13e régions.
Carton 456. États et rapports décadaires concernant les maladies épidémiques (1919). 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e et 14e régions.
Carton 458. États décadaires des maladies contagieuses du 21 juillet 1916 au 10 avril 1917. Paris, toutes régions et dépôts.
Carton 459. États décadaires des maladies contagieuses du 11 avril 1917 au 1er décembre 1917. Paris, 1ère, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e et 12e régions.
Carton 461. États décadaires des maladies contagieuses (1918). Dépôts, Paris, région Nord, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 12e régions.
Carton 463. États décadaires des maladies contagieuses (1919). Paris, région Nord, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e régions.
Carton 483. Inspection technique permanente des formations sanitaires. Directeurs adjoints des 9e et 10e régions.
Carton 494. États décadaires des laboratoires bactériologiques 9e, 10e, 11e, 12e, 13e, 14e et 18e régions (1916-1918).
Carton 497. États décadaires des laboratoires bactériologiques Paris, 1ère, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e et 13e régions (1916-1918).
Carton 505. Notices historiques et états sommaires des hôpitaux organisés dans les 9e, 10e et 11e régions. En réalité, des documents sur les laboratoires bactériologiques.
Carton 513. Notices historiques et états des archives versées par des hôpitaux de la 9e région.
Carton 535. Circulaires du Service de Santé aux Armées.
Carton 544. Offres de locaux organisés dans des hôpitaux, cliniques et maisons de santé.
Carton 545. Offres de locaux (août et septembre 1914).
Carton 547. Offres de locaux (août et septembre 1914).
Carton 548. Offres de locaux (août et septembre 1914).
Carton 562. Mission radiologique aux Armées. Mission Hirtz. Centres de physiothérapie.
Carton 563. Commission Supérieure Consultative du Service de Santé (1915). Commission Sanitaire Interalliée (1917).
Carton 566. Organisation du Service de Santé au G.Q.G. Offensive de 1917. Rapports parlementaires. Alimentation dans les Armées (Commission Sanitaire Interalliée).
Carton 568. Circulaires de la Direction du Service de Santé de la 9e région. Urologie toutes Régions.
Carton 581. Ophtalmologie dans les régions.
Carton 591. Oto-rhino-laryngologie. Intérieur et Armées.
Carton 636. Rapports de captivité des Officiers de santé français (1914-1916).
Carton 650. Hospitalisation dans la 9e région. Rapports et historiques. Rapports d'officiers d'administration de la 9e région.
Carton 805. Tétanos.
Carton 806. Tétanos.

Carton 808. Tétanos.
Carton 833. Institut Pasteur. Correspondance.
Carton 858. Enseignements tirés par le Service de Santé de la guerre 1914-1918.
Carton 860. Enseignements tirés par le Service de Santé de la guerre 1914-1918.
Carton 883. 9e corps d'armée. Journaux de Marches et Opérations des ambulances.
Carton 967/1. Questions médico-légales diverses. Refus d'opération. Commission gangrène gazeuse. Affaire Deschamps.
Carton 1098. Les Officiers d'administration du Service de Santé des Armées.
Carton 3090. Organisation de la 7e Direction (Service de Santé) de 1912 à 1913.
Carton 3097. 1914-1918. Missions françaises à l'étranger.
Carton 3098. Missions diverses dans les régions militaires (1914-1918).
Carton 3116-1. Médecins et chirurgiens civils. Nécrologie. Leçons inaugurales.
Carton A 13. Chirurgie 9e région. Rapports des chirurgiens-chefs des secteurs de Tours et de Poitiers.
Carton A 14. Chirurgie 9e région. Rapports des chirurgiens-chefs des secteurs d'Angers, de Saumur et de Châteauroux.
Carton A 48. Médecine 9e région. Rapports des médecins-chefs du secteur de Tours.
Carton A 49. Médecine 9e région. Rapports des médecins-chefs des secteurs de Châteauroux, Angers et Poitiers.
Carton A 64. Neurologie et Neuro-psychiatrie 9e et 10e régions. Rapports des médecins-chefs du centre de neurologie de la 9e région.
Carton A 75. Psychiatrie 9e région. Rapports du médecin-chef du centre de psychiatrie de la 9e région.
Carton A 80. Ophtalmologie 9e région. Rapports des médecins-chefs du centre d'ophtalmologie de la 9e région.
Carton A 88. Orthopédie et appareillage 9e région. Rapports du chirurgien-chef du centre d'orthopédie de la 9e région. Rapports des médecins-chefs des centres d'appareillage et de rééducation professionnelles des mutilés de la 9e région ainsi que de l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours.
Carton A 100. Oto-rhino-laryngologie 9e région. Rapports des médecins-chefs du centre d'O.R.L. de la 9e région.
Carton A 123. Prothèses maxillo-faciales 9e région. Rapports des médecin-chefs des centres de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales de la 9e région.
Carton A 132. Radiologie 9e région. Rapports du médecin-chef du centre de radiologie de la 9e région.
Carton A 147. Dermatologie-Vénéréologie 9e région. Rapports du médecin-chef du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région.
Carton A 148. Dermatologie-Vénéréologie 9e région. Rapports du médecin-chef du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région.
Carton A 161. Bactériologie.
Carton A 180. Notices historiques d'hôpitaux. 9e région.
Carton A 207. Chirurgie. Organisation générale.
Carton A 223. Neuro-psychiatrie. Correspondances, réunions.
Carton A 224. Neurologie et Neuro-psychiatrie. Mémoires.
Carton A 229. Psychoses. Correspondances et divers.
Carton A 232. Physiothérapie. Mémoires.
Carton A 239/1. Vénéréologie.
Carton A 255. Centres O.R.L. par région (1915-1917). États et circulaires n°232 Ci/7.

Carton A 325. Physiothérapie 9e région. Rapports des médecins-chefs du centre de physiothérapie et des services d'électrothérapie et de mécanothérapie de la 9e région.
Carton 571. Rapport de la mission du député Levasseur dans la 9e région (octobre 1918).
Carton 573. Évacuations par voie ferrée. Divers sur les évacuations. Assistance Médicale dans les Régions libérées.
Carton 3046. Prothèses et orthopédie. Donations au profit des centres de rééducation professionnels. Physiothérapie et mécanothérapie. Radiumthérapie. Questions agricoles. Emploi des mutilés. Rééduqués et appareillés. Rééducation. Appareillage.
Carton H 446. États et rapports concernant les maladies épidémiques du 1er juillet au 1er décembre 1916, 9e région.
Carton H 448. États et rapports concernant les maladies épidémiques du 1er janvier au 31 décembre 1917, Paris-9e région.
M1 9e RM 24 823 à 24 917 3 PH 106 n°38. Photographies concernant des hôpitaux et des structures de la 9e région.
M1 9e RM 24 918 à 24 990 3 PH 107 n°39. Photographies concernant des hôpitaux et des structures de la 9e région.
M2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Photographies concernant des hôpitaux et des structures de la 9e région.
M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Photographies concernant des hôpitaux et des structures de la 9e région.
Fonds Z. Ce fonds comprend des archives qui n'étaient pas triées. Il est possible que les archives consultées aient été classées par la suite.

- Divers éléments ne pouvant être classés par thème.
- Dossier sur l'hôpital complémentaire n°21 affecté aux soldats sénégalais du mois de septembre 1916 au 29 janvier 1918 par le médecin aide-major de 1ère classe Mahoudeau et l'officier d'administration de 1ère classe Melle. Ce dossier comprend des photographies de l'hôpital.
- Documents photographiques des différents services de l'hôpital complémentaire n°51.
- Radio-territoire 9e région. Documents sur le centre et les services de radiologie de la 9e région dont la gestion du personnel et la formation des radiologues américains.
- Rapports d'officiers d'administration d'hôpitaux de la 9e région.
- Rapports trimestriels de l'hospitalisation des indigènes dans la 9e région.
- Des documents sur les troupes d'Afrique du Nord et leur hospitalisation dans la 9e région.
- Surveillance épidémiologique de la classe 1917 dans la 9e région.
- Rapports de la mission Bouchacourt sur le fonctionnement des services de radiologies de la 9e région (décembre 1914 – février 1915).
- Des rapports mensuels du médecin-chef du centre de physiothérapie et de radiologie de la 9e région (mars 1915 à novembre 1916).
- Des documents sur le laboratoire militaire de bactériologie et de chimie de Poitiers.

18) Fonds Ancien et Watier de la Bibliothèque Universitaire de Médecine de l'Université François Rabelais de Tours.

Les ouvrages consultés ont été mis dans la bibliographie qui suit.

B) Sources imprimées.

1) Journaux.

a) Archives départementales d'Indre-et-Loire.

2019PERU103. *Journal d'Indre-et-Loire*. 1914.
0076PERU009. *Semaine religieuse*. 1911-1915.
0076PERU0010. *Semaine religieuse*. 1916-1919.

b) Bibliothèque Nationale de France.

MFILM FOL-LC6-153. *La Gazette de Marmoutier*. 1915-1919.

2) Ouvrages.

a) Ouvrages divers.

AUGÉ-LARIBÉ, Michel. *L'agriculture pendant la guerre*. Paris ; New-Haven : P.U.F. ; Yale University Press Publications de la Dotation Carnegie pour la paix internationale, coll. « Histoire économique et sociale de la guerre mondiale », 1925, 331 p.
HUBER, Michel. *Etat de la population d'après les recensements : migrations*. Paris : Hermann, coll. « Actualités scientifiques et industrielles », 1939, 108 p.
LHÉRITIER, Michel et CHAUTEMPS, Camille (préf.). *Tours pendant la guerre (1914-1918)*. Tours ; Paris : Deslis ; A. Costes, 1924, 437 p.
RENOUVIN, Pierre. *Les formes de gouvernement de guerre*. Paris : P.U.F., 1925, 185 p.
Histoire locale.
SALOMÉ, Albert. *Le médecin et la loi. Étude juridique sur la condition du médecin en droit français*. Thèse de doctorat de droit, Université de Paris, A. Rousseau, 1898, 350 p.
Ouvrages divers concernant la Première Guerre mondiale.

b) Le Service de Santé aux Armées durant la guerre.

ABADIE, J., QUILLET, Aristide, BERTILLON, Jacques, PLISSON, et al. et MAUNOURY, Michel (général) (préf.). *Science et dévouement. Le Service de Santé – la Croix Rouge – Les œuvres de solidarité de guerre de d'après guerre*. Paris : Aristide Quillet, 1918, 112 p.
BOULOMIÉ, Pierre. *Leçons de guerre. La Santé et la Guerre. Cadre actif et de complément. Secours auxiliaires*. Paris : Charles-Lavauzelle & C^{ie}, 1924, 221 p.
DOYEN, Eugène. *Le service de santé de notre armée. Les réformes urgentes. Observations présentées par le D^{r} DOYEN le 7 juillet 1915 à la Commission de l'Armée du Sénat (Service de Santé) et à la Commission d'Hygiène de la Chambre des Députés*. Paris : L. Maretheux imprimeur, 1915, 56 p.
GALTIER-BOISSIÈRE, Émile (dir.). *Larousse médical illustré de guerre*. Paris : Larousse, 1917, 336 p.
HEITZ-BOYER, M. « De l'évacuation et de la répartition des blessés. » *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/3, p. 1671-1700.
MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général). *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918, Tome 1 : Années 1914-1915*. Paris : Masson & C^{ie}, 1926, 701 p.
MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général). *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918, Tome 2 : Le Service de santé à Verdun*. Paris : Masson & C^{ie}, 1926, 693 p.

MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général). *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918, Tome 3 : Le Service de santé dans les grandes offensives (juillet 1916-novembre 1918)*. Paris : Masson & C^{ie}, 1926, 707 p.
MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général). *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918, Tome 4 : L'évolution du Service de santé pendant la guerre 1914-1918*. Paris : Masson & C^{ie}, 1927, 831 p.
OBELLIANNE, Émile, SOGNET, Charles et SCHNEIDER, (médecin inspecteur) (préf.). *L'exécution du service de santé en campagne*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1916 2^{e} éd. [1914], 108 p.
TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général). *Étude statistique des pertes subies par les Français pendant la guerre 1914-1918. Progrès accomplis dans le fonctionnement du Service de Santé pendant la guerre. Extrait des comptes rendus de la VII^{e} Conférence chirurgicale interalliée pour l'étude des plaies de guerre, tenue au Val-de-Grâce, les 23 et 24 juillet 1920*. Paris : Charles-Lavauzelle & C^{ie}, 1920, 39 p.
TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général). *La solution clinique des problèmes de l'organisation chirurgicale de guerre, pendant la Bataille de France (Mars à Novembre 1918). Extrait du Volume Jubilaire offert au Professeur Forgue le 4 novembre 1924*. Paris : Masson & C^{ie}, 1924, 15 p.
TOUBERT, Joseph (médecin inspecteur général) et ROUVILLOIS, Henry (médecin inspecteur général) (préf.). *Le Service de Santé Militaire au Grand Quartier Général Français (1918-1919). Suivi de documents de statistique concernant la guerre mondiale et l'après-guerre*. Paris : Charles-Lavauzelle & C^{ie}, 1934, 154 p.
TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur). *Une page de l'Histoire du Service de Santé Militaire*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle éditeur, 1919, 404 p.

c) Instructions, règlements et manuels sur le Service de Santé aux Armées et son personnel.

BOULOUMIÉ, Pierre et VIRY, Henri (médecin major de 1ère classe). *Manuel du candidat aux grades et emplois de médecin et pharmacien de réserve et de l'armée territoriale*. Paris : F.-R. de Rudeval, 1907 2^{e} éd. [1890], 491 p.
DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine). *Précis de législation et d'administration militaires à l'usage des candidats au Grade de médecin et de pharmacien auxiliaires des jeunes Aides-Majors et des Médecins de Réserve*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1914, 354 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des Ressources du Territoire National pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'Armée*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1899, 337 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des Ressources du Territoire National pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'Armée*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1904, 2^{e} éd. [1899], 337 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Règlement sur le Service de Santé de l'Armée en campagne ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1910, n°82, p. 1-104.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Réserve et armée territoriale. Officiers et assimilés. Volume mis à jour à la date du 15 juillet 1913*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1913, 364 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Organisation et exécution des évacuations des malades et des blessés ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 48-122.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Service de Santé. Ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée. Volume arrêté à la date du 21 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°83bis, p. 1-152.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Mouvements et transports. Organisation générale aux Armées. II Transports stratégiques ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°100^{6bis}, 291 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret portant règlement sur le fonctionnement général des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer du 2 mai 1913 ». *Bulletin Officiel du ministère de la Guerre, Édition Méthodique*, 1913, n°82bis, p. 130-137.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Règlement sur le Service de Santé de l'Armée à l'Intérieur*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1911, 4^{e} éd. [1884], 571 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Règlement sur le Service de Santé de l'Armée à l'Intérieur*, Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1914, 5^{e} éd. [1884], 588 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Notice concernant l'exécution du service dans les centres hospitaliers et les hôpitaux du territoire. Memento des principales instructions ministérielles et dispositions réglementaires.* Bordeaux : Imprimerie Gounouilhou, 1914, 45 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Service de Santé de l'Armée à l'intérieur : Modèles. Volume mis à jour à la date du 1er mai 1917*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle, 1917, 549 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Décret modifiant l'ordonnance du 2 juillet 1831, concernant la simplification de la procédure et des expertises pour l'instruction des dossiers de pensions, suivis d'une instruction pour l'application dudit décret ». *Journal Officiel de la République Française*, 1919, n°209, 4 août 1919, p. 8122-8123.
TROUSSAINT, Ange François Cyprien (médecin inspecteur). *Direction du Service de Santé en campagne. Directeurs et Chefs de service dans les principales situations de guerre depuis la mobilisation jusque après la bataille*. Paris : Henri Charles-Lavauzelle éditeur, 1914 4^{e} éd., 404 p.

d) Croix-Rouge.

FOUCAULT, Albert, Marquis DE LILLERS (préf.). *Croix-Rouge française. LA Société de Secours aux Blessés Militaires 1864-1934*. Paris : Éditions Spes, 1936, 235 p.
SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES (éd.). *Manuel pour l'administration des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries de gare*. Paris : Croix-Rouge française Société de Secours aux Blessés Militaires, 1914, 115 p.
SOCIÉTÉ SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES, Comité départemental d'Indre-et-Loire. *Rapport de M. le colonel Huet, Vice-Président du Comité d'Indre-et-Loire. Statuts de la société. Noms et adresses des souscripteurs*. Tours : Imprimerie Mame et fils, 1914, 157 p.
SOCIÉTÉ SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES, Comité départemental d'Indre-et-Loire. *Assemblée Générale du 26 juin 1887*. Tours : Imprimerie Mame et fils, 1887, 69 p.
SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES. *Action de la Société dans la 9^{me} région d'Août 1914 à Novembre 1917*. Paris : Imprimerie Vaugirard, 1917, 20 p.

e) Chirurgie.

BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Présentation d'appareil. Rhéostat ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/1, p. 346-348.
DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Précis de chirurgie de guerre*. Paris : Masson, 1914, 219 p.

DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *« Des enseignements de la guerre des Balkans. Campagne de Thrace de 1912 ». Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* 1914, vol 69, 3e série, p. 240-265
DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Blessures de guerre : conseils aux chirurgiens*. *Communication faite à l'Académie des Sciences le 10 août 1914.* Paris : Imprimerie Gauthier-Villars et Cie, 1914, 8 p.
DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre. Extrait des Comptes rendus de l'Académie des Sciences, séance du 28 septembre 1914*. Paris : Muthier-Villars, 1914, 12 p.
DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). « Considérations générales sur le traitement des blessures de guerre ». *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, 1914, Tome 159, Séance du 5 octobre 1914, *op. cit.* p. 543-550.
DELORME, Edmond (médecin inspecteur général). *Les enseignements chirurgicaux de la Grande Guerre (Front Occidental)*. Paris : A. Maloine et fils, 1919, 654 p.
DURET, Paul. « Traitement des plaies de guerre par un liquide à action en même temps germicide et cytophylactique ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine,* 1916, tome n°76, séance du 11 juillet 1916, p. 23-25.
GONTRAND, Léo. *Trois mois de chirurgie de guerre dans la zone de l'arrière (hôpital temporaire n°5), notes cliniques et thérapeutiques*. Paris : A. Maloine et fils, 1915, 131 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Étude de statistique chirurgicales. Guerre de 1914-1918. Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire. L'évolution de leurs blessures. Tome 1.* Paris : Imprimerie Nationale, 1924, 451 p.
MINISTÈRE DE LA GUERRE. *Étude de statistique chirurgicales. Guerre de 1914-1918. Les blessés hospitalisés à l'intérieur du territoire. L'évolution de leurs blessures. Tome 2.* Paris : Imprimerie Nationale, 1924, 413 p.
OMBRÉDANNE, Louis. « L 'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran. ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* 1915, Tome 41/4, p. 2070-2084.
OMBRÉDANNE, Louis et POTHERAT, E. « Accidents secondaires précoces ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/2, p. 545-575.
OMBRÉDANNE, Louis. « Deux opérations ostéoplastiques au niveau du genou ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1917, Tome 43/2, p. 1165-1169.
OMBRÉDANNE, Louis et LEDOUX-LEBARD, René. *Localisation et extraction des projectiles*. Paris : Masson et Cie, coll. « Horizon », 1917, 352 p.
OMBRÉDANNE, Louis, LEDOUX-LEBARD, René, TINDALL LISTER, W. (préf.) et Sir KEOGH, Alfred (*surgeon general*) (éd.). *Localisation and extraction of projectiles*. London : University of London, coll. « Military medical manuals », 1918, 386 p.
OMBRÉDANNE, Louis. « Autoplasties faciales ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1918, Tome 44/1, p. 592-613.
WEISS, Théodore. *Les blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*. Paris ; Nancy : Librairie militaire Berger-Levrault, 1912, 89 p.

f) Kinésithérapie et mécanothérapie.

DUREY, Louis, HIRSCHBERG, Rubens, ROSENTHAL, Georges, WETTERWALD, Félix, et al. *Manuel pratique de kinésithérapie*. Paris : Alcan, 1912-1913, 7 tomes.
KOUINDJY, Pierre. *Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la rééducation des mouvements. Extrait du Journal de physiothérapie du 15 janvier 1911 »*. Paris : Imprimerie de A. Davy, 1911, 18 p.

KOUINDJY, Pierre. *La kinésithérapie de guerre, la mobilisation méthodique, la mésothérapie, la mécanothérapie, la rééducation*. Paris : A. Maloine et fils, 1916, 388 p.
PRIVAT, Jena. *La mécanothérapie de guerre*. Paris ; Toulouse : Librairie A. Maloine ; Édouard Privat, 1915 2e éd. [1915], 77 p.

g) Les mutilés et les prothèses.

ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES. *Mutilés et invalides de la 9e Région, Établissement de la « Villa Sainte-Marie » Saint-Cyr-sur-Loire près Tours (Indre-et-Loire)*. Tours : Deslis Frères et Cie, 1915, 16 p.
ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES. *Centre de Rééducation Professionnelle de Tours pour les mutilés, les aveugles et les invalides de la guerre. Établissements de : Saint-Cyr-sur-Loire, Amboise, Saint-Symphorien*, s.l. : s.e., 1916, 31 p.
BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Anneau-crochet oscillant pour les amputés du bras, cultivateurs. ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1915, Tome 41/3, p. 1881-1882.
BOUREAU, René et OMBRÉDANNE, Louis (présente). « Présentation d'appareils. Mains de travail pour les amputés ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/1, p. 402-404.
BOUREAU, René et KIRMISSON, Édouard (présente). « Bras de travail et mains de travail pour amputés ». *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1916, Tome 42/2, p. 1409-1417.
BOUREAU, René. *Bras de travail et mains de travail pour amputés*. Paris : Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1916, 40 p.
THOMAS (médecin major de 2e classe) et COUSIN (médecin aide-major de 1ère classe). *Centre d'Appareillage et de Rééducation des Mutilés, Joué-lès-Tours (Indre-&-Loire), Monographie*. Joué-lès-Tours : s.e, 1917, 50 p.

h) Médecine.

BERNARD, Léon. *La défense de la santé publique pendant la guerre*. Paris ; New-Haven : P.U.F. ; Yale University Press Publications de la Dotation Carnegie pour la paix internationale, coll. « Histoire économique & sociale de la guerre mondiale », 1929, 338 p.
BOULOUMIÉ, Pierre et LETULLE, Maurice (préf.). *L'effort antituberculeux de l'Union des Femmes de France : son programme, ses réalisations*. Paris : Vigot, 1919, 234 p.
DOPTER, Charles (médecin principal de 1ère classe). *Les maladies infectieuses pendant la Guerre (étude épidémiologique)*. Paris : Librairie Félix Alcan, coll. « Les questions actuelles », 1921, 308 p.
PHÉLEBON, Roger, *Histoire médicale d'un camp de prisonniers de guerre allemands en France (le Camp de Beaumont, à Tours)*, Paris : Jouve & Cie Éditeurs, 1919, 85 p.
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Recueil des actes administratifs, Préfecture de la Manche*, 1914, n°9, p 249-256.

i) Neurologie et psychiatrie.

CHARPENTIER, Albert et GOUGEROT, Henri. « Paralysies réflexes et troubles trophiques réflexes consécutifs aux blessures des extrémités, contribution à l'étude des névralgies et névrites ascendantes ». *Annales de Médecine*, 1915-1916, Tome 3, n°3, mai-juin 1916, p. 269-297.
DUMAS, Georges. *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*. Paris : Félix Alcan, 1919, 228 p.

HUOT, Louis et VOIVENEL, Paul. *La psychologie du soldat*. Paris : La Renaissance du livre, coll. « Bibliothèque internationale de critique », 1918, 167 p.
LAIGNEL-LAVASTINE, Maxime et GOUGEROT, Henri. « Névrites Infectieuses : Typhoïdique, Dysentérique, Tétanique ». In *Revue Neurologique*, 1914-1915, n°23-24, p. 1316-1318.
MERCIER, Raoul et SERRIGNY (général) (préf.). *Le vrai visage du combattant 1914-1918*. Paris : Charles-Lavauzelle & C^{ie}, 1932, 217 p.
ROUSSY, Gustave et LHERMITTE Jean. *Les psychonévroses de guerre*. Paris : Masson et C^{ie}, 1917, 187 p.
ROUSSY, Gustave, BOISSEAU, J. et ŒLSNITZ, M.. *La station neurologique de Salin (Jura) (centre des psychonévroses) après 3 mois de Fonctionnement. Rapport présenté à la Conférence interalliée pour l'Etude de la Rééducation professionnelle, (Paris, 8-13 Mai 1917) et publié dans le Bulletin de la Réunion Médico-Chirurgicale de la 7^{e} Région (Juin 1917)*. Besançon : Typographie et Lithographie J. Dodivers, 1917, 19 p.
SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. « Discussion sur les troubles nerveux dits fonctionnels observés pendant la guerre. » *Revue Neurologique*, 1915, séances des 18 février et 4 mars 1915, p. 447-453.
SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS et al. « Réunion de la Société de Neurologie de Paris avec les représentants des centres neurologiques militaires de France et des pays alliés (Jeudi 6 et Vendredi 7 avril 1916). Présidence de M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 1, n°4-5, p. 449-609.
SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE et SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. « Séance commune de la Société Nationale de Chirurgie et de la Société de Neurologie de Paris (Mercredi 24 Mai.). Présidence de M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 1, n°6, p. 721-864.
SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS et al. « Réunion de la Société de Neurologie de Paris avec les chefs des centres neurologiques et psychiatriques militaires (Vendredi 15 décembre 1916). Présidence de M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, p. 750-809.
SOUQUES, A., MÉGEVAND, J., NAÏDITCH et RATHAUS. « Troubles de la Température locale, à propos d'un cas de Paralysie dite Réflexe du Membre inférieur. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, séance du 12 octobre 1916, p. 505-513.
VINCENT, Clovis. « A propos du Pronostic et du Traitement des Troubles dits Réflexes. » *Revue Neurologique*, 1916, vol. 2, séance du 12 octobre 1916, p. 537-542.

j) Ophtalmologie.

COULLAUD, H. et GINESTOUS, Étienne. *Conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et dans les armées étrangère*s. *Extrait du Bulletin médical des 22 et 29 avril 1908*. Paris : Imprimerie Jean Gainche, R. Tancrède successeur, 1908, 31 p.
GINESTOUS, Étienne. *L'aptitude visuelle au Service militaire*. Bordeaux : Imprimerie moderne A. Destout aîné & C^{ie}, 1915, 7 p.

k) Vénéréologie.

DURET, Paul. « Nouvelle préparation d'un calomel très dissociable ». *Annales de l'Institut Pasteur*, 1919, vol. 33, p. 174-176.
GOUGEROT, Henri. *Le traitement de la syphilis en clientèle : l'indispensable en syphiligraphie*. Paris : A. Maloine, coll. « Comment guérir ? », 1914, 492 p.

THIBIERGE, Georges. *La syphilis et l'Armée*. Paris : Masson et C^ie^, coll. « Horizon », 1917, 196 p.

l) Témoignages et romans.

ABRAM, Paul. *Médecins et militaires*. Paris : La Renaissance du Livre, coll. « Les cahiers de la victoire », 1920, 213 p.
ANONYME. *An American V.A.D. 88bis and V.I.H. Letters from two hospitals*. Boston : The Atlantic Monthly Press, 1919, 104 p.
BARBUSSE, Henri, SALINIER Pascale (éd.) et JAUBERT Alain (éd.). *Le Feu*. Paris : Éditions Gallimard, coll. « Folioplus classiques », 2007, 493 p.
BAROS, Léon. *Souvenirs de mobilisation et de dépôt*. Nancy : Imprimerie A. Humblot et C^ie^, 1924, 154 p.
BAROS, Léon. *Quelques impressions de guerre*. Paris : E. Figuière, 1936, 123 p.
BARRAS, Louis. *Souvenir d'un médecin sur la plus grande guerre. Essais psycho-physiologiques*. Paris : Imprimerie et libraire Norbert Maloine, 1925, 207 p.
BARTHAS, Louis et CAZALS Rémy (éd.). *Les carnets de guerre de Louis Barthas, tonnelier. 1914-1918*. Paris : Le Découverte, coll. « LA Découverte-poche », 1997, 564 p.
BASSÈRES, Médecin Inspecteur Général. *Le Service de Santé de la III^e^ Armée pendant la Bataille de France*. Paris : Charles-Lavauzelle & C^ie^, 1922, 281 p.
BESSIÈRE, Albert. *Le train rouge, deux ans en train sanitaire*. Paris : G. Beauchesne, 1916 2^e^ éd., 286 p.
BLOCH, Marc, BECKER, Annette (éd. et préf.) et BLOCH, Étienne (éd.). *L'Histoire, la Guerre, la Résistance*. Paris : Éditions Gallimard, 2006, 1095 p.
BOFA, Gus. *Chez les toubibs*. Paris : La Renaissance du Livres, s.d., 64 p.
BOUCARD, Benoît. *Max Lumière. Médecin photographe aux tranchées*. Paris : Ysec Éditions, 2013, 280 p.
BOURCIER, Claudine et BOURCIER YAPP Claudia (éd.). *Nos chers blessés : une infirmière dans la Grande Guerre*. Saint-Cyr-sur-Loire : Éditions Alan Sutton, coll. « Évocations », 2002, 192 p.
CÉLINE, Louis-Ferdinand. *Voyage au bout de la nuit*. Paris : Gallimard, coll. « Folio » 1952, 505 p.
DARFEUIL, Geneviève et HUMANN, Sophie (éds.). *Infirmière pendant la Première Guerre mondiale : journal de Geneviève Darfeuil. Houlgate-Paris, juillet 1914- novembre 1918*. Paris : Gallimard jeunesse, 2012, 158 p.
DAUBRET, Victor. *La Guerre en pantoufle chez les majors*. Vannes : Imprimerie Lafolye frères et C^ie^, 1923, 207 p.
DEAUVILLE, Max. *La boue des Flandres*. Paris : Libraire Valois, coll. « Combattants européens », 1930, 345 p.
DORGELÈS, Roland. *Les Croix de bois*. Paris : Albin Michel, 1919 [2010 impression], 287 p.
DUGAIN, Marc. *La chambre des officiers*. Paris : Éditions Jean-Claude Lattès, 1998, 172 p.
DUHAMEL, Georges et BECKER, Jean-Jacques (préf.). *Vie des martyrs et autres récits des temps de guerre*. Paris : Omnibus, 2005, 751 p.
GENEVOIX, Maurice et BECKER, Jean-Jacques (préf.). *Ceux de 14*. Paris : Omnibus, 1998, 1089 p.
H.C. *Les Veillées de Marmoutier*. Tours : Imprimerie A. Mame et fils, 1916, 69 p.
JAVAL, Adolphe. *La grande pagaïe (1914-1918)*. Liège ; Paris : Imprimerie Protin et Vuldar ; Denoël, 1937, 331 p.

JOUHAUD, Léon, NOURISSON, Pascale (éd.) et BECKER, Annette (préf.). *Souvenirs de la Grande Guerre*. Limoges : Presses Universitaires de Limoges, 2005, 233 p.
JÜNGER, Ernst. *Orages d'acier*. Paris : Christian Bourgeois, coll. « Le Livre de Poche », 2014 [1970], 381 p.
LABY, Lucien et DELAPORTE Sophie (éd.). *Les carnets de l'aspirant Laby. Médecin dans les tranchées 28 juillet 1914 – 14 juillet 1919*. Paris : Hachette Littératures, coll. « Pluriel histoire », 2003, 359 p.
LAFON, Alexandre, PIOT, Céline, (éds.), BONNET, Léonie et BONNET, Anne-Marie (préf.). *Aimer et travailler : Léonie Bonnet, une infirmière dans la Grande Guerre*. Narosse : Éditions d'Albret, 2008, 191 p.
LAVAL, Édouard et TOUBERT (médecin inspecteur général) (préf.). *Souvenir d'un médecin-major, 1914-1917*. Besançon ; Paris : Imprimerie Jacques et Demontrond ; Payot, 1932, 238 p.
LECERF, Léon. *1914-1918. Regard d'un médecin militaire*. Évreux : Charles Hérissey, 2005, 123 p.
LEDOUX, Philippe. *Les médecins mobilisés, les héros et… les autres*. Paris : Berger-Levrault, 1924, 156 p.
LEJARS, Félix. *Un hôpital militaire à Paris pendant la guerre : Villemin, 1914-1919*. Paris : Masson, 1923, 364 p.
MARTIN, Albert et MARTIN, Pierre-Albert (éd.). *Souvenirs d'un chirurgien de la Grande Guerre*. Luneray : Éditions Bertout, coll. « La mémoire normande », 1996, 239 p.
MAUFRAIS, Louis, VEILLET Martine (éd.), FERRO Marc (préf.). *J'étais médecin dans les tranchées : 2 août 1914 – 14 juillet 1919*. Paris : Robert Laffont, coll. « Pocket », 2008, 380 p.
PROUST, Louis. *L'Hôpital militaire de Neuillé-Pont-Pierre (Octobre 1914 – Mars 1917)*. Tours : Arrault et C^{ie}, 1918, 16 p.
PERRIN, François et PERRIN, Éric (éd.). *Un toubib sous l'uniforme 1908-1918. Carnets de François Perrin*. Parçay-sur-Vienne : Anovi, coll. « Histoire intime », 2009, 347 p.
REMARQUE, Erich Maria. *À l'ouest rien de nouveau*. Paris : Stock, coll. « Le livre de Poche », 2010, 254 p.
QUÉNU, Jean. *Notre internat*. Paris : Doin, 1971, 376 p.
TUFFRAU, Paul, CAMBON Françoise (éd.) et AUDOIN-ROUZEAU, Stéphane (préf.). *Quatre années sur le front, carnets d'un combattant*. Paris : Imago, 1998, 244 p.
VIGUIER, Prosper et CAZALS, Rémy (éd.). *Un chirurgien de la Grande Guerre, Prosper Viguier*. Toulouse : Privat, 2007, 157 p.
VOIVENEL, Paul et CANINI, Gérard (préf). *À Verdun avec la 67^{e} DR, notes d'un médecin-major*. Nancy ; Paris : Presses Universitaires de Nancy, coll. « Collection Témoins et témoignages » ; Secrétariat d'État chargé des anciens combattants et victimes de guerre, 1991, 186 p.

C) Sites internet.

Anciens députés : http://www.assemblee-nationale.fr/sycomore/
Anciens sénateurs : http://www.senat.fr/senateurs-3eme-republique/
Archives départementales de Maine-et-Loire : http://www.archives49.fr/acces-directs/archives-en-ligne/presse/
Bibliothèque Interuniversitaire de Santé : http://www.biusante.parisdescartes.fr/
Bibliothèque Nationale de France : http://www.bnf.fr/fr/acc/x.accueil.html
Carte Cassini : http://cassini.ehess.fr/cassini/fr/html/1_navigation.php
Indexcat : http://www.indexcat.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v:project=indexcat&v:sources=indexcat&sortby=ID
Gallica : http://gallica.bnf.fr/
Histoire de la recherche médicale en santé publique dans la France du XX^{e} siècle : http://www.histrecmed.fr/
LÉONORE (Légion d'Honneur) : http://www.culture.gouv.fr/documentation/leonore/recherche.htm
Wiki O.R.H.I.B.I.O. : http://www.orhibio.org/wiki/index.php?title=Accueil
Lettres de Louis Lapeyre : http://lapeyre.ferriere.org/lettres/

Annexes

Table des annexes

I- BASE DE DONNEES..... 722

1) Conception de la base de données. 722

2) Tableau 1. Base de données des structures sanitaires de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale. 724

II- TABLEAUX ET GRAPHIQUES. 749

1) Tableau 2. Ouvertures et fermetures de formations ainsi que créations et suppressions de lits par mois et année d'août 1914 à juillet 1923. 750

2) Graphique 1. Nombre d'ouvertures et de fermetures de structures sanitaires par année, de 1914 à 1923. 754

3) Tableau 3. Répartition des ouvertures et des fermetures de structures par année de 1914 à 1923. 755

4) Graphique 2. Nombre d'ouvertures et de fermetures de formations par mois d'août 1914 à juillet 1923. 756

5) Tableau 4. Répartition des structures sanitaires selon son type et celui de l'organisme à son origine. 757

6) Tableau 5. Type de bâtiment employé par les organismes à la tête des structures. 757

7) Tableau 6. Type de bâtiment utilisé selon la structure. 758

8) Tableau 7. Ouvertures et fermetures des formations du type Service de Santé par mois d'août 1914 à juillet 1923. 759

9) Tableau 8. Nombre d'ouvertures de formations de type Service de Santé selon le type de la structure par année de 1914 à 1918. 762

10) Tableau 9. Nombre de fermetures de formations de type Service de Santé selon le type de la structure par année de 1914 à 1923. 763

11) Tableau 10. Nombre d'ouvertures et de fermetures de formations de la Croix-Rouge selon le type de la structure et celui de la société par année de 1914 à 1919. 764

12) Tableau 11. Ouvertures et fermetures de formations de la Croix-Rouge selon la société et par mois d'août 1914 à décembre 1919. 765

13) Tableau 12. Enquête du délégué régional de la S.S.B.M. sur les formations de la société pouvant continuer à fonctionner après l'armistice. 769

14) Tableau 13. Ouvertures et fermetures de formations bénévoles par type et par année de 1914 à 1921. 771

15) Tableau 14. Ouvertures et fermetures de formations bénévoles par type de la structure et par mois d'août 1914 à juillet 1920. ..... *772*
16) Tableau 15. Population en 1911 des villes de la 9e région militaire où sont situées des structures sanitaires. *776*
17) Tableau 16. Répartition des formations créées au mois d'août 1914 par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge selon le local utilisé. *780*
18) Tableau 17. Type de local employé en août 1914 pour la création des structures bénévoles en fonction du type de la structure. *781*
19) Tableau 18. Nombre de formations et de lits créés par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge durant les mois d'août et septembre 1914. ..... *781*
20) Tableau 19. Type de bâtiment employé selon l'organisme à l'origine de la structure créée de février 1915 à décembre 1916. ..... *782*
21) Tableau 20. Évolution du nombre de lits hospitaliers dans la 9e région. *782*
22) Tableau 21. Nombre de formations « fermées » selon l'œuvre à sa tête et le type de la formation de février 1915 à décembre 1916. ..... *783*
23) Tableau 22. Type de bâtiment utilisé par les organismes pour leurs formations fermées de février 1915 à décembre 1916. ..... *783*
24) Graphique 3. Fermetures de formations de février 1915 à décembre 1916. ..... *784*
25) Graphique 4. Évolution des fermetures de formations sanitaires de janvier 1917 à octobre 1918. ..... *784*
26) Tableau 23. Répartition des fermetures, selon le type de la formation, en 1917 et 1918 (exceptés novembre et décembre 1918). *785*
27) Tableau 24. Nombre de formations créées en fonction de leur type, de janvier 1917 à octobre 1918. ..... *785*
28) Graphique 5. Évolution du nombre de fermetures de formations sanitaires présentes dans des locaux scolaires de janvier 1917 à octobre 1918. ..... *786*
29) Tableau 25. Répartition, selon le type, des formations sanitaires existantes au 11 novembre 1918. ..... *786*
30) Graphique 6. Évolution du nombre de fermetures de formations de novembre 1918 à décembre 1919. ..... *787*
31) Tableau 26. Répartition des restitutions, selon le type de la formations, en décembre 1918. ..... *787*

III- CARTES ET TABLEAUX. **788**

1) Carte 1. Emplacement des structures militaires du Service de Santé aux Armées du 9e corps d'armée au début de l'année 1914. ..... *789*

2) Tableau 27. Répartition des structures du Service de Santé aux Armées du 9e corps d'armées au début de l'année 1914. ..... *790*
3) Carte 2. Emplacement des structures militaires créées au mois d'août 1914 par rapport à celles existantes avant la guerre. *791*
4) Tableau 28. Répartition selon le type des structures militaires existantes avant la guerre et de celles créées en août 1914. ..... *792*
5) Carte 3. Emplacement des formations de la Croix-Rouge créées au mois d'août 1914 selon la société d'assistance de la Croix-Rouge à l'origine de leur création. *793*
6) Tableau 29. Répartition des structures créées par la Croix-Rouge en août 1914 selon la société d'assistance et le type de la structure. *794*
7) Carte 4. Emplacement des formations bénévoles créées au mois d'août 1914 selon le type de la formation. *795*
8) Tableau 30. Répartition des structures bénévoles ouvertes en août 1914 selon le type de la structure. *796*
9) Carte 5. Emplacement des formations présentes dans la 9e région militaire à la fin du mois de septembre 1914, selon leur date de création. *797*
10) Tableau 31. Répartition des formations existantes à la fin du mois de septembre 1914. .... *798*
11) Carte 6. Emplacement des formations créées du mois d'octobre 1914 au mois de janvier 1915 selon l'organisme à leur origine. *799*
12) Tableau 32. Répartition des formations créées du mois d'octobre 1914 au mois de janvier 1915. ..... *800*
13) Carte 7. Emplacement des structures créées selon l'organisme qui en est à l'origine, du mois de février 1915 au mois de décembre 1916. ..... *801*
14) Tableau 33. Répartition des structures créées du mois de février 1915 au 31 décembre 1916. ..... *802*
15) Carte 8. Emplacement des formations, selon l'organisme à leur origine, fermées du mois de février 1915 au mois de décembre 1916. ..... *803*
16) Tableau 34. Répartition des formations fermées du mois de février 1915 au mois de décembre 1916. ..... *804*
17) Carte 9. Emplacement des formations fermées, selon l'organisme à l'origine de la formation, de janvier 1917 à l'armistice. *805*
18) Tableau 35. Répartition des structures fermées de janvier 1917 à l'armistice. *806*
19) Carte 10. Emplacement des structures militaires ouvertes durant le conflit selon le type de la structure. *807*

20) Tableau 36. Répartition des structures militaires ouverte durant le conflit selon le type de la structure. *808*
21) Carte 11. Répartition des formations de la Croix-Rouge ouvertes durant la guerre selon la société à l'origine de la formation. *810*
22) Tableau 37. Répartition des formations de la Croix-Rouge ouvertes durant la guerre selon la société et le type de la formation. *811*
23) Carte 12. Répartition des formations bénévoles ouvertes durant la guerre selon le type de la formation. *816*
24) Tableau 38. Répartition des formations bénévoles ouvertes durant le conflit selon le type de la formation. *817*
25) Carte 13. Emplacement des formations créées durant la guerre selon le type de l'organisme à la tête de la structure. *821*
26) Tableau 39. Répartition des structures créées durant la guerre selon le type de l'organisme à la tête de la structure. *822*

IV- PERSONNEL. **828**
1) Tableau 40. Grades du personnel du Service de Santé aux Armées et de l'Armée de Terre. *828*
2) Tableau 41. Enquête menée par le préfet de l'Indre sur les médecins toujours présents dans son département en septembre 1914. ..... *829*
3) Tableau 42. Âge et classe des chefs de centre ou de service spécialisé lors de leur nomination à ce poste. *829*
4) Tableau 43. Ville de résidence d'avant-guerre des chefs de centre ou de service spécialisé. *830*
5) Tableau 44. Ville d'internat des chefs de centre ou de service spécialisé. *830*
6) Tableau 45. Application dans la 9^{e} région militaire du décret du 31 décembre 1915 concernant l'obtention des grades de médecin major de 2^{e} et 1ère classe. *831*
7) Tableau 46. Grade des médecins-chefs de centre ou de service spécialisé à la mobilisation. *832*
8) Tableau 47. Années d'arrivée et de départ du personnel infirmier de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers. *832*
9) Tableau 48. Effectif du personnel civil dans les structures militaires de la 9^{e} région du 1er septembre 1914 au 1er octobre 1918. ..... *832*

V- SPECIALITES MEDICALES **833**
A) INFORMATIONS GENERALES. 833
1) Tableau 49. Nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur en fonction de l'année de leur blessure. *833*

2) Tableau 50. Nombre de journées d'hospitalisation dans la 9e région militaire selon le type de la formation de 1914 à 1917. ..... *833*
3) Tableau 51. Bilan des évacuations durant la guerre selon le médecin inspecteur général Mignon. *834*
4) Tableau 51. Nombre de trains sanitaires et de blessés passés par la gare de Saint-Pierre-des-Corps du mois d'août 1914 au mois de septembre 1916. ..... *835*
5) Graphique 7. Nombre de blessés et de trains sanitaires passés par la gare de Saint-Pierre-des-Corps du 23 août 1914 au 30 septembre 1916. ..... *836*
6) Tableau 52. Nombre de décès par mois à l'hôpital complémentaire n°2 Tours de septembre 1914 à avril 1919. ..... *836*
7) Graphique 8. Évolution du nombre de décès à l'hôpital complémentaire n°2 du mois de septembre 1914 au mois d'avril 1919. ..... *837*
B) CHIRURGIE. 838
1) Tableau 53. Nombre de services et de lits chirurgicaux présents dans la 9e région par mois de janvier 1916 à d'octobre 1918. ..... *838*
2) Graphique 9. Évolution comparée du nombre de services et de lits chirurgicaux dans la 9e région de janvier 1916 à octobre 1918. ..... *839*
3) Tableau 54. Nombre d'opérations pratiquées dans les services chirurgicaux et par les chefs des services centraux (Saumur excepté). *840*
4) Graphique 10. Évolution du nombre d'opérations pratiquées dans la 9e région et de celles réalisées par les chirurgiens-chefs des secteurs chirurgicaux (Saumur excepté). *841*
C) RADIOLOGIE. 842
1) Tableau 55. Évolution du nombre de radiographies et de radioscopies réalisées dans la 9e région de janvier 1915 à novembre 1918. ..... *842*
2) Graphique 11. Évolution du nombre de radiographies et de radioscopies réalisées dans la 9e région de janvier 1915 à novembre 1918. ..... *843*
D) OPHTALMOLOGIE 844
1) Tableau 56. Évolution de l'activité du centre régional d'ophtalmologie de la 9e région de mars 1915 à octobre 1918. ..... *844*
2) Graphique 12. Activité du service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918. ..... *845*
3) Graphique 13. Nombre de consultations mensuelles au service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918. ..... *845*
E) OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (O.R.L.). 846
1) Tableau 57. Activité des services d'O.R.L. de la 9e région d'avril 1915 à octobre 1918. ..... *846*

2) Graphique 14. Évolution des entrées au service central d'O.R.L. de la 9e région en fonction de la provenance du soldat d'avril 1915 à octobre 1918. ..... *848*

3) Graphique 15. Activité des services d'O.R.L. de la 9e région d'avril 1915 à octobre 1918. . *849*

F) NEUROLOGIE. 850

1) Tableau 58. Activité du service central du centre de neurologie de la 9e région d'août 1915 à février 1919. ..... *850*

2) Graphique 16. Évolution des entrées et des sorties au service central de neurologie de la 9e région d'août 1915 à février 1919. ..... *851*

G) PSYCHIATRIE. 852

1) Tableau 59. Maladies traitées par le centre de psychiatrie de la 9e région militaire. *852*

2) Tableau 60. État des récupérés par le service central de psychiatrie de Tours de son ouverture jusqu'au 31 octobre 1918. ..... *852*

H) MEDECINE GENERALE. 853

1) Tableau 61. Évolution du nombre de services et de lits médicaux dans la 9e région de janvier 1916 à décembre 1918. ..... *853*

2) Graphique 16. Évolution du nombre de services et de lits médicaux dans la 9e région de janvier 1916 à décembre 1918. ..... *854*

3) Graphique 17. Évolution par décade du nombre de cas de maladies et de l'effectif militaire de la 9e région du 10 juillet 1916 au 30 octobre 1919. ..... *855*

4) Tableau 62. Évolution des cas de grippe espagnole et du nombre de morts dus à cette maladie dans la 9e région du 10 juillet 1918 au 30 avril 1919. ..... *856*

5) Graphique 18. Évolution des cas de grippe espagnole et du nombre de morts dus à cette maladie du 10 juillet 1918 au 30 avril 1919. ..... *857*

VI- FINANCES. 858

1) Tableau 63. Comparatif des indemnités journalières versées par le Service de Santé aux Armées à l'hospice général de Tours, à l'asile Gatien de Clocheville et à l'hospice général de Loudun en 1914. ..... *858*

2) Tableau 64. Montant des dépenses réalisées par le Service de Santé de la 9e région militaire du début de la guerre à la fin du deuxième trimestre 1918. ..... *858*

3) Tableau 65. Évolution du prix moyen de la journée d'hospitalisation des militaires dans six hôpitaux complémentaires de 1915 à 1917. ..... *859*

4) Tableau 66. Évolution du prix de revient annuel de la journée d'hospitalisation à l'intérieur de 1914 à 1919. ..... *860*

5) Tableau 67. Évolution du prix de denrées et matières premières liées à l'énergie, de la création de l'hôpital complémentaire n°5 au 1er trimestre 1917. ..... *861*

6) Tableau 68. Évolution du prix de quelques denrées et matières premières liées à l'énergie, de la création de l'hôpital complémentaire n°5 au 1er trimestre 1917. ..... *863*
7) Tableau 69. Recettes et dépenses de l'Hôtel-Dieu de Poitiers de 1912 à 1921. ..... *864*
8) Graphique 19. Évolution des recettes et dépenses de l'Hôtel-Dieu de Poitiers de 1912 à 1921. ..... *865*
9) Graphique 20. Hôtel-Dieu de Poitiers. Évolution, générale et selon les postes, des dépenses de 1912 à 1921. ..... *866*
10) Graphique 21. Évolution du nombre de journées d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en fonction du type d'hospitalisé et prix de revient journalier total de 1912 à 1921. ..... *867*
11) Tableau 70. Évolution des budgets de l'Hôtel-Dieu d'Angers de 1913 à 1918. ..... *868*
12) Tableau 71. Coût de la journée d'hospitalisation à l'hôpital auxiliaire n°102 de 1914 à 1919 comparé à d'autres formations sanitaires. *868*
13) Tableau 72. Évolution des dépenses concernant l'hôpital auxiliaire n°102 du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919. ..... *869*
14) Tableau 73. Bilan des recettes et des dépenses du comité de l'U.F.F. d'Angers du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919. ..... *870*
15) Tableau 74. Recettes annuelles du comité de l'U.F.F. d'Angers dues aux quêtes, fêtes, messes et souscriptions durant la guerre. *870*
16) Tableau 75. Hôpital auxiliaire n°102. Comparaison entre les recettes obtenues par la présence des soldats et les dépenses totales de l'hôpital. *871*
17) Tableau 76. Hôpital auxiliaire n°102. Comparatif des recettes ponctuelles provenant de l'État, des collectivités et du comité central par rapport aux dépenses. *871*
18) Tableau 77. Enquête de l'économe de Tours sur les indemnités journalières. *872*
Hôpitaux mixtes ayant obtenu une revalorisation de leur indemnité journalière au moment de l'enquête. *872*
19) Tableau 78. Évolution du montant total des cessions de marchandises aux formations sanitaires de la 9e région par le magasin d'approvisionnement de Tours durant le conflit. *873*
20) Graphique 22. Évolution du montant total des cessions de marchandises aux formations sanitaires de la 9e région par le magasin d'approvisionnement de Tours durant le conflit. *874*
21) Tableau 79. Comparaison des prix de cession et des prix d'achat dans le commerce de différents médicaments ou produits pharmaceutiques. *875*
22) Tableau 80. Évolution du bénéfice réalisé par la blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours. *875*

VII- PHOTOGRAPHIES..... 876

1) Photographie 1. Hôpital complémentaire n°36 au château de Chenonceau. Salle de blessés située au premier étage de la galerie. 876
2) Photographie 2. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique. Technique des docteurs Ledoux-Lebard et Ombrédanne. 876
3) Photographique 3. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Arthromoteur du docteur P. de Champtassin. 877
4) Photographie 4. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Massages. 877
5) Photographie 5. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de neurologie. La visite du docteur Clovis Vincent. 878
6) Photographie 6. Hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire). Hôpital pour contagieux. Cabine d'isolement des diphtériques. 878
7) Photographie 7. Hôpital complémentaire n°3 à l'école supérieure de jeunes filles de Tours. Centre de dermatologie-vénéréologie. Baraques destinées aux malades vénériens. 879
8) Photographie 8. Hôpital complémentaire n°5. Centre d'appareillage des mutilés. Atelier de moulage des prothèses. 879
9) Photographie 9. Hôpital complémentaire n°5. Centre de rééducation des mutilés. Atelier agricole. 880
10) Photographie 10. Centre spécial de réforme de Tours anciennement hôpital-dépôt de convalescents n°49. 880
11) Photographie 11. Salle de récréation de l'hôpital auxiliaire n°13 d'Amboise. 881
12) Photographie 12. Hôpital complémentaire n°5 à Joué-lès-Tours. Foyer des mutilés. 881
13) Photographie 13. Hôpital auxiliaire n°10 à Tours. Chambre pour officiers. 882
14) Photographie 14. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes à Tours. Salle des morts. 882
15) Photographie 15. Hôpital complémentaire n°21 à Poitiers. Blessés français et sénégalais accompagnés d'une partie du personnel de l'hôpital. 883
16) Photographie 16. Hôpital auxiliaire n°101 à Poitiers. Infirmiers annamites. 883
17) Photographie 17. Hôpital complémentaire n°2. Salle 2 (1917-1918). 884
18) Photographie 18. Direction du Service de Santé militaire de la 9e région. Salle des secrétaires. 884
19) Photographie 19. Installation radiologique de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours. 885
20) Photographie 20. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes de Tours. Atelier des sapeurs. 885

21) Photographie 21. Basse-cour de l'hôpital complémentaire n°9 de Parthenay contenant aussi les cages à lapin. 886
22) Photographie 22. Intérieur du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux. 886
23) Photographie 23. Magasin régional du Service de Santé de Châteauroux. Atelier. 887
24) Photographie 24. Buanderie de l'hôpital auxiliaire n°2. 887
25) Photographie 25. Blanchisserie militaire du Service de Santé de la place de Tours. 888
26) Photographie 26. Infirmerie de gare de la S.S.B.M. à Saint-Pierre-des-Corps. 888

VIII- ORGANISATIONS DU 9E CORPS D'ARMEE, DE L'O.A.C.M. ET DE LA CROIX-ROUGE. 889

1) Illustration 1. Organisation du 9e corps d'armée à la veille de la guerre. 889
2) Illustration 2. Liste des directeurs du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale. 892
3) Illustration 3. Liste des directeurs adjoints du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale 892
4) Illustration 4. Comité de l'O.A.C.M. de la 9e région militaire au début de l'année 1915. 893
5) Illustration 5. Comités de la Société de Secours aux Blessés Militaires à leur entrée en guerre. 895
6) Illustration 6. Schéma du fonctionnement du comité de la Société de Secours aux Blessés Militaires de Tours en 1914. 901
7) Illustration 7. Comités de l'Union des Femmes de France. 902
8) Illustration 8. Schéma du fonctionnement du comité de l'Union de Femmes de France d'Angers en 1914. 904

I- Base de données.

1) Conception de la base de données.

Il convient tout d'abord d'expliquer la méthodologie employée pour la conception des tableaux et des cartes des structures liées à l'hospitalisation des soldats dans la 9e région durant la Première Guerre mondiale. Ce travail se base sur les archives consultées mais aussi sur des travaux scientifiques ou non mais qui sont d'une grande qualité comme ceux de François Olier et de Jean-Luc Quénech'hdu[1]. La confrontation des sources permet d'affiner les résultats et d'écarter certains éléments principalement parce que les sources ne sont pas mentionnées. Malgré cela, ce travail ne prétend pas être exhaustif.

En ce qui concerne les dates, nous n'avons pas pu retrouver toutes les dates d'ouverture et de fermeture qui parfois diffèrent selon les sources. Ainsi, pour l'ouverture, les sources évoquent soit la date de mise à disposition du local, soit celle d'ouverture ou de l'arrivée des premiers blessés. Cette dernière peut différer de plusieurs jours, faussant l'étude lorsque l'on se situe à proximité du mois suivant. Par exemple, certaines formations mentionnent l'arrivée de leurs premiers blessés les 1er, 2 ou 3 septembre 1914. Dans ces cas, nous avons considéré que la formation était ouverte dès le mois d'août au vu des temps d'installation des formations. Cependant, ces dates de début de mois ont été conservées si elles ne concernent pas l'arrivée des premiers hospitalisés. Il en est de même pour les dates de fermeture qui sont parfois difficiles à définir entre l'évacuation des derniers hospitalisés, la fermeture prononcée par le Service de Santé, sa mise en réserve qui se transforme en fermeture, la restitution du local à son propriétaire ou bien une proposition de restitution. Parfois, la date de fermeture est inconnue, mais elle a été estimée à partir du moment où la formation n'était plus mentionnée dans les rapports des médecins, ce qui sous-entend sa fermeture même s'il demeure possible qu'elle ait été mise en réserve. C'est pourquoi nous avons privilégié le découpage par mois. Il facilite l'étude statistique et cartographique et assure une meilleure cohérence. Pour toutes ces raisons, lorsqu'il est fait mention des formations sanitaires, il faut comprendre celles dont une date fiable d'ouverture, de fermeture ou les deux, a été retrouvée.

Pour le classement des formations, une simplification des situations de certaines d'entre elles a été nécessaire pour permettre une meilleure compréhension de la situation générale et

[1] OLIER, François et QUÉNEC'HDU, Jean-Luc. *Hôpitaux militaires dans la guerre 1914-1918. Répertoire général, marques postales sanitaires, indice de rareté. Tome 1 : France nord-ouest*. Paris : Ysec Éditions, 2008, 301 p.

de l'évolution du plan d'hospitalisation. Cette simplification modifie peu cette évolution et les notices des formations permettent de rendre compte plus en détail de la vie de ces formations, dans les limites imposées par les sources. Les formations sanitaires et les structures de soutien ou de commandement ont été classées selon trois catégories. La première (militaire) regroupe les formations du Service de Santé aux Armées mais aussi les hôpitaux mixtes existant avant la guerre. Le but est de les différencier de ceux qui ont été uniquement créés pour ce conflit. Cette catégorie comprend évidemment les hôpitaux complémentaires mais aussi leurs annexes qui parfois sont des hôpitaux bénévoles. Nous avons décidé de procéder ainsi pour simplifier les situations parfois complexes et pour regrouper les hôpitaux complémentaires avec leurs annexes. En outre, les règlements du Service de Santé aux Armées considèrent les hôpitaux bénévoles comme des annexes des hôpitaux complémentaires ou mixtes même si certains sont plus indépendants[1]. La deuxième catégorie comprend les formations mises en place et gérées par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge auxquels s'ajoutent les hôpitaux bénévoles qui sont des annexes des hôpitaux auxiliaires. Nous avons appliqué le même raisonnement que pour les hôpitaux complémentaires. La troisième catégorie comprend les formations bénévoles composées des hôpitaux ou hospices civils qui deviennent des hôpitaux mixtes pour ce conflit et les formations de l'O.A.C.M. Elle comprend surtout les hôpitaux bénévoles qui ne sont pas des annexes d'hôpitaux complémentaires ou auxiliaires ou du moins qui n'ont pas été mentionnés comme tel dans les sources consultées.

Enfin, les locaux utilisés pour la création des formations sanitaires ont été répartis en différents types : le type « Soin » qui comprend toutes les structures de soins ; le type « École » qui comprend toutes les structures liées à l'éducation ; le type « Privé » qui a trait aux structures privées (propriété, industrie) ; le type « Public » qui a trait aux structures publiques (mairie, musée) ; le type « Militaire » et le type « Religieux » qui comprend les structures religieuses (sauf écoles et soins). Un type « Indéterminé » regroupe les formations dont nous ignorons précisément le type de structure employé.

[1] Une exception a cependant été faite pour l'asile de Sainte-Gemme-sur-Loire qui est un cas particulier. Nous avons décidé de le classer avec les hôpitaux complémentaires.

2) Tableau 1. Base de données des structures sanitaires de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale.

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Abilly	H.B. 87bis	Château des Termelles	Privé	14/11/1914	mars-17		20
Aigurande	H.B. 19bis	Salle de Patronage rue des Ponts	Indéterminé	24/09/1914	mars-17		20
Airvault	H.B. 50bis	École privée rue des Halles	École	17/10/1914	août-17		30
Allonnes	Annexe H.A. 6	Château du Bellay	Privé	août-14	14/12/1914	20	
Allonnes	O.A.C.M.	Local particulier	Privé	octobre-14			
Ambillou	O.A.C.M.	La Trigalière	Privé				
Amboise	O.A.C.M.	Propriété Dutilleul	Privé			30	
Amboise	Annexe H.B. 124bis	Pensionnat de jeunes filles rue Rabelais	École		12/12/1918		53
Amboise	H.A. 13	Château	Privé	02/08/1914	31/12/1918	50	65
Amboise	H.B. 124bis	Hospice civil	Soin	minimum en septembre 1914	12/12/1918		45
Angers	Annexe H.A. 17	Salle Saint-Georges rue Vollier	Indéterminé	septembre-14		12	
Angers	Annexe H.A. 17	Palais de l'Université	École	19/07/1915	31/12/1918	30	40
Angers	Annexe H.A. 17	Cercle ouvrier ou Salle Saint-René	Privé	23/09/1914	31/12/1918	12	20
Angers	Annexe H.C. 19	Externat Saint-Maurille boulevard de Saumur	École	01/09/1914	01/04/1915		
Angers	Annexe H.C. 7	Clinique des Augustines rue Saint-Léonard	Soin	03/09/1914	27/10/1917	38	
Angers	Annexe H.C. 28	Clinique des Augustines rue Saint-Léonard	Soin	27/10/1917	15/01/1919	38	38
Angers	Annexe H.C. 40	Stand Bessonneau 29 rue Montaigne	Privé	25/11/1918	30/01/1920		70
Angers	Annexe H.C. 6	Communauté du Calvaire rue Vauvert	Religieux	07/09/1914	25/11/1918	30	40
Angers	Annexe H.C. 40	Communauté du Calvaire rue Vauvert	Religieux	25/11/1918	25/03/1919		40
Angers	H.C. 6	École Nationale d'Arts et Métiers	École	21/09/1916	25/11/1918		265
Angers	Annexe H.C. 6	Stand Bessonneau 29 rue Montaigne	Privé	24/10/1917	25/11/1918		
Angers	H	Hôtel-Dieu	Soin	août-14			650
Angers	H.A. 102	École normale d'instituteurs 7 rue Lebas	École	08/08/1914	01/02/1919		180
Angers	H.A. 11	Pensionnat Jeanne d'Arc 3 rue Joubert	École	08/08/1914	01/02/1919	75	156

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Angers	H.A. 17	Dispensaire-école rue des filles-Dieu	Soin	05/08/1914	31/12/1918	25	
Angers	Annexe H.C. 7 (H.B. 10bis)	Clinique Saint-Rémy rue Hanneloup	Soin	27/08/1914	18/12/1917		
Angers	Annexe H.C. 8 (H.B. 112bis)	Stand Bessonneau 29 rue Montaigne	Privé	12/09/1914	24/10/1917		
Angers	H.B. 118bis	Externat Saint-Maurille boulevard de Saumur	École	01/04/1915	1919	50	
Angers	Annexe H.C. 8 (H.B. 12bis)	Clinique Saint-François du docteur Bernard rue de Chêvre	Soin	04/09/1914	11/01/1919	40	40
Angers	Annexe H.C. 8 (H.B. 18bis)	Communauté de la Retraite 22 rue Saumuroise	Religieux	11/09/1914	31/12/1918		75
Angers	Annexe H.C. 28 (H.B. 1bis)	Ouvroir Saint-Joseph 80 rue Fulton	Indéterminé	31/08/1914	31/12/1918		24
Angers	Annexe H.C. 28 (H.B. 26bis)	Maison de retraite rue de l'Esvière	Soin	août-14	15/04/1919	50	42
Angers	Annexe H.C. 28 (Annexe H.B. 1bis et H.B. 2bis ?)	Couvent de la Visitation 88 rue de Frémur	Religieux				
Angers	Annexe H.C. 28 (H.B. 38bis)	Clinique Saint-Louis rue Saint-Laud	Soin	01/09/1914	25/03/1919	50	50
Angers	H.B. 5bis	Couvent Saint-Charles rue de la Maignanne	Religieux	15/09/1914	10/12/1918		90
Angers	H.B. 7bis	Communauté du Bon Pasteur rue Brault	Religieux	14/10/1914	15/01/1919		50
Angers	Annexe H.C. 6 (H.B. 9bis)	Clinique Saint-Martin rue du Figuier	Soin		15/01/1919		50
Angers	H.C. 19	École Nationale d'Arts et Métiers	École	15/08/1914	15/06/1916	75	200
Angers	H.C. 20	École Nationale d'Arts et Métiers	École	août-14	28/08/1914	48	
Angers	H.C. 28	École primaire supérieure de garçons place de l'Académie	École	21/08/1914	30/04/1919	180	300
Angers	H.C. 40 (H.D.C.)	École Nationale d'Arts et Métiers	École	février-15	1918	300	320
Angers	H.C. 40	Bâtiment 46 rue Rabelais	Indéterminé	Ouvre fin 1918	26/07/1923		
Angers	H.C. 58	Château de Mongazon	Public	16/03/1917	01/09/1917		286
Angers	H.C. 6	École normale d'institutrices 2 rue Dacier	École	13/08/1914	21/09/1916	150	
Angers	H.C. 7	Lycée David d'Angers rue du Lycée	École	23/08/1914	29/06/1916	161	310
Angers	H.C. 8	Pensionnat Belle Fontaine rue Constant Lemoine	École	09/08/1914	octobre-17	170	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Angers	IGAn	Infirmerie de gare	Privé	06/08/1914		5	
Angers	Labo_bac_A	Laboratoire de bactériologie	Indéterminé				
Angers	Dépôt	Annexe du magasin central du Service de Santé	Indéterminé				
Antran-la-Gatilanière	H.B. 98bis	Maison particulière	Privé	15/09/1914	28/05/1915		
Ardentes	Annexe H.A. 7	Ancienne école communale	Indéterminé	02/09/1914	16/12/1918	24	
Ardin	H.B. 109bis	Mairie	Public		août-17		20
Argenton-Château	H.B. 94bis	Hospice civil	Soin	05/09/1914	août-17	30	
Argenton-sur-Creuse	H.B. 125bis	Hôpital civil	Soin		16/12/1918	28	70
Argenton-sur-Creuse	H.B. 22bis	École privée	École	02/09/1914	juin-17		45
Argenton-sur-Creuse	IGAr	Infirmerie de gare	Privé	03/08/1914			
Arthon	Annexe H.A. 7	Château de Chandaire	Privé	02/09/1914	août-17	20	
Autrèches	Annexe H.A. 23	Château de la Remberge	Privé			4	
Avoine	Annexe H.A. 12	Château de Pontourny, maison de santé de jeunes filles	Public	12/10/1914	01/06/1915	30	
Avoine	H.A. 201	Château de Pontourny, maison de santé de jeunes filles	Public	01/06/1915	05/11/1916	66	80
Azay-le-Rideau	O.A.C.M.	La Ploquinière	Privé				
Bagneux (Saumur)	H.B. 65bis	Maison de santé 85 rue Pont-Fouchard	Soin	30/08/1914	octobre-17		25
Balesmes	H.A. 24	École privée rue de la Papeterie	École	25/09/1914	12/12/1918	40	
Ballan-Miré	Annexe H.A. 2	Asile Salvador	Soin		31/12/1918		20
Ballan-Miré	Annexe H.A. 2	Château de la Commanderie de Mme Brandon-Salvador	Privé	novembre-14		20	
Ballan-Miré	Annexe H.A. 2 (H.B. 77bis)	Asile Dalloz, M. Hesse	Soin	1914	31/12/1918		21
Baugé	H.A. 110	Local communal rue de la République	Public	17/09/1914	12/12/1918		36
Baugé	H.A. 32	Collège Saint-Joseph route de Tours	École	17/09/1914	15/02/1917	22	36

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Baugé	H.B. 122bis	Asile des incurables	Soin	17/09/1914	31/12/1918		50
Baugé	H.B. 126bis	Hôpital civil	Soin	septembre-14	31/12/1918		90
Beaufort-en-Vallée	H	Hospice civil	Soin	août-14	septembre-17		108
Beaufort-en-Vallée	H.B. 108bis	Ancienne école, Grande-Rue	Indéterminé		décembre-16		30
Beaumont (La Tricherie)	H.C. 54	Château de Beaudiment	Privé	18/07/1915	15/01/1919		205
Beaumont-la-Ronce	Annexe H.A. 10	Château	Privé	05/10/1914	07/04/1915	10	20
Beaupréau	Annexe H.C. 22 (H.B. 29bis)	Collège privé	École	26/09/1914	septembre-17		140
Bécon	H	Hôpital civil	Soin	septembre-14	août-17		22
Bégrolles	Annexe H.C. 22 (H.B. 28bis)	Abbaye Bellefontaine	Religieux	1914	janvier-17		30
Bélâbre	H.B. 16bis	Maison Prévie	Privé				
Biard	H.B. 90bis	Établissement de sourdes muettes, Domaine de Larnay	École	16/01/1915	décembre-17		
Bléré	Annexe H.A. 13		Indéterminé		1915	10	
Bléré	Annexe H.C. 36	Salle des fêtes avenue Carnot	Public		décembre-16		40
Bléré	Annexe H.C. 36	Hôpital civil	Soin		juillet-17		40
Blou	H.B. 143bis		Indéterminé				
Bonneuil-Matour	H.B. 93bis	École privée de filles	École	08/09/1914	septembre-16		23
Bouges	H.B. 23bis	Maison particulière	Privé		octobre-16		20
Bourgueil	H.A. 109	Pensionnat Sainte-Solange avenue de la Gare	École	Ouvre au début du conflit	septembre-17	20	40
Bourgueil	H.A. 18	Abbaye	Religieux	25/08/1914	25/03/1919	30	100
Bourgueil	H.B. 127bis	Hôpital civil	Soin	12/09/1914	15/05/1919		35
Breloux-la-Crêche	H.A. 107	Ancienne école de filles	Indéterminé		août-17		84
Bressuire	H	Hospice civil	Soin		octobre-17		
Bressuire	H.A. 106	École supérieure de filles	École	05/08/1914	février-16	40	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Bressuire	H.A. 106	Immeuble de l'ancienne Caisse d'Épargne ?	Indéterminé	mars-16	13/12/1918		60
Bressuire	H.A. 28	École des Sœurs de la Sagesse rue des Religieuses	École	10/09/1914	13/12/1918	50	100
Bressuire	Annexe H.C. 9	École supérieure de garçons boulevard de Saumur	École	19/11/1914	01/01/1915		
Bressuire	H.C. 38	École supérieure de garçons boulevard de Saumur	École	01/01/1915	octobre-17	125	
Brézé	Annexe H.A. 6	Château de M. de Dreux-Brézé	Privé	août-14	09/08/1917	20	
Brion	H.B. 68bis	Château de Hayes	Privé	1914	1918		35
Buzançais	Annexe H.A. 7	Couvent de l'Immaculée conception	Religieux	01/09/1914	08/08/1917	40	
Buzançais	H	Hôpital civil	Soin	Septembre ou octobre 1914	octobre-17		40
Candé	H.B. 9bis	Hôpital civil	Soin	02/09/1914	mars-17		77
Candé	Annexe H.B. 9bis (H.B. 9bis ou H.B. 1bis)	École de filles	École	02/09/1914	mars-17		
Celles-sur-Belle	H.B. 102bis	Abbaye	Religieux	27/02/1915	décembre-16		21
Céré	Annexe H.A. 16	Château de Montpoupon	Privé	01/12/1914	08/08/1917	20	
Cérelles-Baudry	Annexe H.A. 1	Château	Privé	20/11/1914	19/11/1915	20	
Cerizay	O.A.C.M.	Beauchêne	Privé		mai-16		
Challain-la-Potherie	O.A.C.M.		Indéterminé				
Chalonnes-sur-Loire	H.B. 123bis	Asile de vieillards	Soin	1914	31/12/1918		40
Chambray-lès-Tours	Annexe H.A. 2	Immeuble aux Hâtes de mesdames Waldner et de Pourtalès	Privé	04/12/1914	27/05/17	20	
Champdeniers	O.A.C.M.		Indéterminé				
Chançay	Annexe de l'hôpital militaire de Tours (H.B. 71bis)	Château de Valmer	Privé	07/09/1914	15/09/1915	20	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Charentilly	Annexe de l'hôpital militaire de Tours (H.B. 72bis)	Château de Poillé	Privé	26/09/1914	13/07/1916	20	
Charroux	H.B. 107bis	Hospice Saint-Jacques	Soin	07/09/1914	février-17		20
Chassignolles	Annexe H.A. 29	Salle de Patronage	Indéterminé	septembre-15	juillet-17	20	
Château-la-Vallière	H.B. 169bis	Hôpital civil	Soin	septembre-14	juillet-16		15
Château-la-Vallière	Annexe Hôpital civil de Château-la-Vallière	École laïque de filles	École				10
Château-la-Vallière	Annexe Hôpital civil de Château-la-Vallière	École privée de Mme Vetillart	École				22
Château-la-Vallière	Annexe Hôpital civil de Château-la-Vallière	Villa et Annexe de M. Ridereau	Privé				30
Château-la-Vallière	Annexe Hôpital civil de Château-la-Vallière	Maison de M. Garnier	Privé				11
Château-la-Vallière	Annexe Hôpital civil de Château-la-Vallière	Maison de M. Maulet	Privé				20
Châteauneuf-sur-Sarthe	O.A.C.M.	Local du docteur Leblois	Indéterminé	18/12/1914	15/09/1915		
Château-Renault	Annexe H.A. 23	Maison privée Sornas rue Gambetta	Privé		29/11/1918	20	
Château-Renault	Annexe H.A. 23	Maison privée Hervé "La Bonleuvre"	Privé		15/05/1915	20	
Château-Renault	Annexe H.A. 23	Maison Hesse-Gatien	Privé		30/11/14	4	
Château-Renault	H.A. 23	Hospice civil	Soin	06/09/1914	31/12/1918	30	74
Château-Renault	Annexe H.C. 26		Indéterminé		août-17		
Châteauroux	Annexe H.A. 7	Clinique Cotillon route d'Argenton	Soin	01/07/1915	09/11/1916	20	
Châteauroux	H	Hospice général	Soin	août-14		290	420
Châteauroux	H.A. 108	Institution Sainte-Solange avenue de la Gare	École	08/08/1914	16/12/1918	40	80
Châteauroux	H.A. 7	École normale d'institutrices boulevard Saint-Denis	École	04/08/1914	28/09/1917	90	100
Châteauroux	H.A. 7	Hôtel de la Division	Militaire	28/09/1917	26/05/1919		50

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Châteauroux	H.C. 1	Lycée de garçons avenue de Déols	École	09/08/1914	13/09/1916	390	405
Châteauroux	Annexe H.C. 1	Pensionnat Turmeau	École	septembre-14	septembre-15		
Châteauroux	H.T. 1bis	École communale de filles 1 rue Saint-Martial	École	01/10/1914	24/11/1914		80
Châteauroux	H.C. 13 (H.T. 1bis)	École communale de filles 1 rue Saint-Martial	École	24/11/1914	05/01/1916	80	
Châteauroux	H.C. 25	Institution Léon XIII place Lafayette	École	21/08/1914	01/09/1916	190	
Châteauroux	H.C. 25	Asile d'aliénés de Bitray	Soin	01/09/1916	22/08/1917		774
Châteauroux	H.C. 29	École normale d'instituteurs	École	20/08/1914	07/09/1916	91	
Châteauroux	Mag_rég	Magasin régional du Service de Santé	Militaire	août-14			
Châteauroux	H.D.C. 41	Groupe scolaire des Capucins avenue du général Ruby	École	16/01/1915	01/09/1916	201	
Châteauroux	H.D.C. 41	Institution Léon XIII place Lafayette	École	01/09/1916	19/02/1919		210
Châteauroux	Labo_bac_C	Laboratoire de Bactériologie à l'hôpital mixte	Soin	10/07/16			
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Maison Gueydan, Annexe H, boulevard Félix Faure	Privé	01/04/1915	12/12/1918	36	36
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Maison Gueydan, Annexe A, boulevard Félix Faure	Privé	11/09/1914	21/02/1915	40	
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Maison Ducellier, Annexe B, 10 rue de la Paix	Privé	24/09/1914	12/12/1918		36
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Cercle catholique, Annexe C, 3 rue du Château d'Eau	Religieux	24/09/1914	13/05/1919	141	144
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Maison Chéron, Annexe D, 12 rue Godot-Lespinière	Privé	24/09/1914	30/12/1916	25	
Châtellerault	O.A.C.M.	Bourse du Travail 7 rue Cognet. Formation sanitaire du Comité de Secours de la Manufacture d'armes	Public	septembre-14	novembre-14		
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Bourse du Travail, Annexe E, 7 rue Cognet	Public	03/11/1914	25/03/1919	30	
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Ancien couvent des Dominicaines, Annexe F, 1 rue de l'Angelarde	Privé	01/03/1915	25/03/1919	55	56
Châtellerault	Annexe H.C. 12	Dames Blanches, Annexe G, 50 boulevard de Blossac	Religieux	16/03/1915	16/12/1918	36	
Châtellerault	H	Hospice général	Soin	03/08/1914			100
Châtellerault	H.A. 14	Institution de jeunes filles rue de Sully	École	août-14	15/01/1919	20	75
Châtellerault	H.C. 12	Collège communal rue du Coq	École	12/08/1914	13/05/1919	64	194
Châtellerault	H.D.C. 42	École place de Russie	École	20/01/1915	30/08/1916		

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Châtellerault	H.C. 42	École privée de filles rue d'Autran	École	30/08/1916	septembre-17		110
Châtillon-sur-Indre	H	Hôpital civil	Soin	05/09/1914	17/11/1918		83
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)	H.A. 30	Collège ecclésiastique rue de la Poste	École	1914	19/06/1917	31	
Chaudron-en-Mauges	Annexe H.C. 22	Hôpital civil	Soin	06/03/1915	23/08/1917		40
Chaumont-d'Anjou	Annexe H.C. 28 (H.B. 14bis)	Château de Rouvoltz	Privé		31/12/1918		25
Chauvigny	H	Hôpital civil rue Saint-Just	Soin	07/09/1914	mars-17		45
Chauvigny	O.A.C.M.		Indéterminé				
Chef-Boutonne	H.A. 26	Hôtel de Ville avenue Javarzy	Public	01/09/1914	février-17		60
Cheillé	H.B. 78bis	Château de la Ploquinière	Privé	23/10/1914	décembre-16		30
Chemillé	H.B. 30bis	École communale	École	09/09/1914	12/12/1918		65
Chemillé	H.B. 33bis	Maison de retraite "Note-Dame-des-Gardes"	Soin	14/10/1914	juin-17		83
Chenillé-Changé	Annexe H.A. 11 (H.B. 4bis)	Château des Rues de la famille Rougé	Privé	septembre-14	12/12/1918	20	54
Chenonceaux	H.C. 36	Château	Privé	14/09/1914	31/12/1918	120	
Chinon	H.A. 12	Ancien couvent des Dominicaines	Privé	1916	16/12/1918		130
Chinon	H.A. 12	École supérieure de filles place Mirabeau	École	08/08/1914	1916	100	130
Chinon	H.B. 129bis	Hôpital civil	Soin	29/08/1914	25/03/1919		50
Chizé	H	Hôpital civil	Soin	septembre-14	25/03/1919		50
Cholet	Annexe H.C. 22	Patronage Saint-Joseph rue de la Casse	Indéterminé	22/10/1914	juin-17	70	75
Cholet	Annexe H.C. 22	Asile Leboeuf rue Nationale	Soin	24/10/1914	juin-17	68	
Cholet	Annexe H.C. 22	Groupe scolaire rue Marceau	École	24/10/1914	20/12/1915	110	
Cholet	Annexe H.C. 22	École de garçons rue Pasteur	École	23/09/1914	17/06/1915		
Cholet	Annexe H.C. 22	Institution privée de filles "Jeanne d'Arc" rue Deveau	École	24/10/1914	juin-17		36

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Cholet	Annexe H.C. 22	Collège municipal rue Deveau	École	24/10/1914	12/12/1918	70	
Cholet	Annexe H.C. 22	École communale de filles rue Paradis	École	24/10/1914	23/09/1916	156	
Cholet	Annexe H.C. 22	Villa les Sources route de Nantes	Privé	01/04/1915	03/12/1918	30	
Cholet	Annexe H.C. 22	École privée de filles Sacré-Cœur rue Nationale	École	14/11/1914	juin-17	70	75
Cholet	Annexe H.C. 22	Pellaumail rue de l'Échelle	Indéterminé		16/12/1918		45
Cholet	Annexe H.C. 22	Clinique des religieuses de Saint-François	Soin	1914	31/12/1918		40
Cholet	Annexe H.C. 22	École privée de filles "Bretonnais" rue des Brosses	École	24/10/1914	06/08/1916	75	
Cholet	H	Hospice général	Soin	août-14		68	250
Cholet	H.A. 113	Collège communal de filles place de la République	École	15/08/1914	07/09/1916	45	62
Cholet	H.A. 20	Couvent de la retraite rue de l'Échelle	Religieux	06/08/1914	10/11/1917	50	100
Cholet	H.C. 22	Institution Sainte-Marie rue Saint-Bonaventure	École	22/08/1914	04/01/1919	169	205
Cholet	H.D.C. 43	Infirmerie, caserne Tharreau	Militaire	10/02/1915	31/08/1916		
Cholet	Annexe H.C. 22	Infirmerie, caserne Tharreau	Militaire		31/12/1918		
Cinq-Mars-la-Pile	Annexe H.C. 2 (H.B. 119bis)	Propriété de Bois-le-Comte	Privé				
Cinq-Mars-la-Pile	O.A.C.M.	Propriété particulière à Bois-le-Comte	Privé	janvier-15			
Ciron	H.B. 89bis	Château des Vouliers	Privé		16/12/1918		20
Civray	Annexe H.A. 101	Hospice civil	Soin	21/08/1914	août-17		45
Cléré	Annexe H.A. 2	Château de Champchevrier du baron de Champchevrier	Privé		12/12/1918	20	
Combrée	O.A.C.M.		Indéterminé	21/11/1914	21/09/1917		
Couhé-Vérac	Annexe H.A. 101	École privée de garçons	École	02/09/1914	mars-17		55
Coulonges-sur-l'Autize	Annexe H.A. 9	École de filles	École		janvier-17		20
Croutelle	H.B. 54bis	Colonie de vacances ou hospice civil	Indéterminé		septembre-16		20

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Doué-la-Fontaine	Annexe H.A. 11 (H.B. 130bis)	Hospice civil	Soin	01/09/1914	31/12/1918	90	130
Doué-la-Fontaine	H.B. 66bis	Couvent des Récollets rue des Récollets	Religieux	01/09/1914	août-17	14	30
Doué-la-Fontaine	Annexe H.C. 28 (H.B. 67bis)	Cercle Saint-Pierre	Indéterminé	01/09/1914	septembre-17	20	70
Dun-le-Poëlier	O.A.C.M.		Indéterminé				
Durtal	Annexe H.A. 102 (H.B. 131bis)	Hôpital civil	Soin		31/12/1918		80
Écuillé	Annexe H.A. 11	Château de Plessis-Bourré	Privé	1914			
Exireuil	H.B. 57bis	Château du Pin	Privé				20
Faye-l'Abbesse	H	Hôpital civil	Soin	20/09/1914	août-17	30	90
Fondettes	Annexe H.A. 1	Patronage de Fondettes	Indéterminé	14/06/1915	15/01/1919		
Fondettes	Annexe H.A. 2	Château de Chatigny de la comtesse Charles de Beaumont	Privé		1916	4	
Francueil (Villedomer)	O.A.C.M.	Propriété de l'Aubinière	Privé				
Frontenay-Rohan-Rohan	H.B. 110bis	École privée	École	04/09/1914	décembre-16		20
Gençay	Annexe H.A. 4	École communale	École	08/09/1914	16/11/1917	20	21
Genillé	Annexe H.A. 16	Château de Marolles de M. Raoul-Duval	Privé	25/01/1915	06/05/1917	26	26
Hommes	Annexe H.A. 2	Château de la Briche de Mme Hébert	Privé		12/12/1918	25	
Issoudun	Annexe H.A. 31	Annexe place de Vouet	Indéterminé	septembre-15		50	
Issoudun	H	Hospice général	Soin	02/08/1914		240	550
Issoudun	Annexe H.A. 31	Le Refuge	Indéterminé		16/12/1918		50
Issoudun	Annexe H.A. 7	Château de la Visitation place de la Chaume	Privé	28/08/1914	01/11/1914	20	
Issoudun	H.A. 31	Château de la Visitation place de la Chaume	Privé	novembre-14	12/12/1918	30	108
Issoudun	H.C. 23	Petit Séminaire du Sacré-Cœur 36 rue de l'Égalité	Religieux	22/08/1914	26/07/1918		361
Issoudun	H.C. 27	Groupe scolaire rue Michelet	École	16/08/1914	31/12/1916	112	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Issoudun	H.C. 44	Collège communal rue Colonel-Louis	École	15/09/1914	14/09/1916	180	
Issoudun	O.A.C.M.	Société métallurgique de l'Ariège, usine Taufflieb	Privé	02/04/1916	08/09/1917		
Jallais	Annexe H.A. 20	École privée	École	27/03/1915	08/08/1917	25	
Joué-lès-Tours	Annexe hôpital mixte Tours (H.B. 74bis)	Villa Dupleix	Privé	22/09/1914	1918		
Joué-lès-Tours	H.C. 5	Centre d'appareillage	Militaire	23/08/1916		360	402
Joué-lès-Tours	O.A.C.M.		Indéterminé	janvier-15	janvier-17		
Joué-lès-Tours	Annexe H.C. 3	Caserne de Joué-lès-Tours, 25e groupe de chasseurs cyclistes	Militaire	04/09/1914	18/04/1915	100	
Joué-lès-Tours	Dépôt	Entrepôt répartiteur de vin	Indéterminé				
L'Absie	H.B. 48bis	Maison particulière route de Parthenay	Privé	15/09/1914	mars-17		20
L'Isle-Jourdain	O.A.C.M.		Indéterminé				
La Chapelle-Bertrand	H.B. 49bis	Château	Privé		mars-17		25
La Chapelle-sur-Oudon	Annexe H.A. 11 (H.B. 13bis)	Château de la Lorie	Privé	02/09/1914	08/01/1916	35	
La Châtre	H	Hôpital civil	Soin	09/09/1914	16/12/1918		80
La Châtre	H.A. 112	Collège de filles	École	10/09/1914	16/12/1918		60
La Châtre	H.A. 29	Maison Boucheron 5 rue de Bellefond	Privé	24/09/1914	16/12/1918	20	59
La Croix-de-Bléré	H.B. 69bis	École de garçons rue d'Amboise	École		août-17		20
La Haye-Descartes	H.B. 100bis	Presbytère et patronage	Religieux	12/10/1914	31/12/1918		75
La Jumelière	Annexe H.A. 20	École privée	École	13/11/1914	08/08/1917	20	
La Membrolle-sur-Choisille	Annexe H.A. 2	Château de l'Aubrière de Mme Evain	Privé		31/12/1914	6	6
La Ménitré	O.A.C.M.	École maternelle	École	septembre-14		15	
La Mothe-sur-Sainte-Héray	H	Hospice civil	Soin		mars-17		20
La Pommeraye	Annexe H.C. 22 (H.B. 34bis)	Couvent de la Providence	Religieux	11/09/1914	juin-17		20

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
La Puye	H.B. 55bis	Orphelinat ou Hôpital civil	Soin	19/09/1914	juillet-18		60
La Riche	Annexe de l'hôpital militaire de Tours	Saint-François	Soin				
La Roche-Posay	H.C. 57	Hôtel du Parc	Privé	janvier-16	21/01/1917	137	
La Trimouille	H.A. 27	Château de Regner	Privé	août-14	20/02/1917	15	25
Langé	H.B. 79bis	Château d'Entraigues	Privé		mai-17		20
Langeais	Annexe H.A. 2	Asile Saint-Joseph rue Anne de Bretagne	Soin	septembre-14	12/12/1918		20
Langeais	Annexe H.A. 2	Asile Saint-Laurent de Mlle Siegfried	Soin	septembre-14	27/11/1914		20
Langeais	Annexe H.B. 76bis	Asile Saint-Laurent de Mlle Siegfried	Soin	27/11/1914	décembre-16		
Langeais	Annexe H.A. 2	Asile Saint-Laurent de Mlle Siegfried	Soin	décembre-16	12/12/1918		20
Langeais	Annexe H.A. 2	Château de Mme Siegfried	Privé	septembre-14	27/11/1914		
Langeais	H.B. 76bis	Château de Mme Siegfried	Privé	27/11/1914	décembre-16		20
Le Blanc	Annexe hôpital général du Blanc	Clinique Coiffou	Soin		juin-17		
Le Blanc	Annexe hôpital général du Blanc	Collège communal 6 rue Pasteur	École				220
Le Blanc	H	Hôpital général	Soin	août-14			120
Le Blanc	H.A. 22	École de filles 33 rue de Saint-Lazare	École	08/09/1914	12/12/1918	57	87
Le Coudray	Annexe H.A. 6	Château de Coudray-Macouard de M. Ducamp	Privé	1914	31/08/1917	20	
Le Louroux-Béconnais	Annexe H.A. 102 (H.B. 3bis)	École privée de filles	École		février-17		20
Le Puy-Notre-Dame	H.B. 105bis	École Saint-Louis	École	01/09/1914	août-17		40
Le Puy-Notre-Dame	H.B. 106bis	Hospice civil	Soin	août-14	septembre-17	10	20
Leigné-les-Bois	H.B. 27bis	Château Cottin	Privé	17/11/1914	21/06/1915		
Les Ormes	H.B. 25bis	Château des Ormes	Privé	18/09/1914	août-16		75
Les Ormes	H.C. 60	Château des Ormes	Privé	01/12/1918	08/08/1919		120

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Les Trois Moutiers	Annexe H.A. 15	Ancienne école privée	Indéterminé	20/09/1914	31/01/1915	20	
Levroux	H	Hôpital civil	Soin		janvier-17		38
Levroux	O.A.C.M.		Indéterminé				
Lezay	H.B. 58bis	Ancienne école	Indéterminé		septembre-17		20
Liglet	H.B. 15bis	Maison "Michon"	Privé		octobre-16		25
Ligueil	Annexe H.A. 2	Château de Mareuil de madame Gerbidon	Privé			20	20
Ligueil	Annexe H.A. 2	Château de la Tourmellière de mesdames Cerfberr et Meynadier	Privé		08/08/17	20	24
Lion-d'Angers	H.B. 6bis	École	École	02/10/1914	janvier-18		20
Loches	O.A.C.M.	Institut Liébault	Soin				
Loches	H.A. 16	École normale d'instituteurs rue des Ponts	École	18/08/1914	20/08/1917	40	146
Loches	H.B. 133bis	Hospice civil	Soin		31/12/1918		20
Longué	H	Hospice civil	Soin	05/09/1914	juillet-17		80
Loudun	Annexe Hospice Loudun	École de filles boulevard des écoles	École	29/08/1914	janvier-17	28	
Loudun	Annexe Hospice Loudun	Institution Chavagnes place Chavagne	École	29/08/1914	août-17	32	
Loudun	H	Hospice	Soin	02/08/1914		39	95
Loudun	H.A. 15	Collège communal 14 rue du Collège	École	09/08/1914	19/07/1917	40	80
Louestault	Annexe H.A. 10	Château de Fontenailles	Privé	05/10/1914	janv-18	21	32
Louestault	Annexe H.A. 2	Château de Fontenailles	Privé	janvier-18	08/02/1919	32	40
Louestault	H.B. 182bis	Château de Fontenailles	Privé	08/02/1919	1921		40
Lusignan	Annexe hospice Lusignan	École de garçons	École	août-14	juillet-16		
Lusignan	H	Hospice civil	Soin	août-14	septembre-17		46
Lussac-les-Châteaux	H.B. 84bis	Maison particulière rue Croix-Canard	Privé	Existe en octobre 1914	février-17		20

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Luynes	O.A.C.M.		Indéterminé				
Magné	H.B. 39bis	Maison particulière	Privé		mars-16		25
Mâron	Annexe H.A. 7	École communale de jeunes filles	École	25/11/1914	16/12/1918	20	31
Martigné-Briand	Annexe H.B. 130bis		Indéterminé	01/09/1914	07/12/1914		
Martigné-Briand	H	Hospice civil	Soin		août-17		25
Maulévrier	Annexe H.C. 22 (H.B. 134bis)	Hospice	Soin		12/12/1918	20	20
Mauzé-sur-le-Mignon	Annexe H.A. 104	Ancienne école privée ou couvent	Indéterminé		août-17		25
Melle	Annexe H.A. 21	Hospice des orphelins et des vieillards	Soin	septembre-14		12	
Melle	H.A. 21	Collège rue de la Guillotine	École	03/09/1914	septembre-16	20	52
Melle	H.A. 21	École privée de garçons	École	septembre-16	janvier-17	52	52
Ménigoute	H	Hospice civil	Soin	05/09/1914	mars-17		45
Mettray	H.B. 85bis	Colonie pénitentiaire agricole	Public	16/10/1914	août-15		40
Mettray	H	Hospice de Saive	Soin				15
Meunet-Planches	O.A.C.M.	Propriété de Lesseps	Privé				
Mézières-en-Brenne	H	Hôpital civil	Soin		juin-17	20	29
Mignaloux-Beauvoir	H.B. 92bis	Maison particulière ou château de la Cigogne	Privé			20	
Moncoutant	H.B. 103bis	Crèche route de Bressuire	Soin	10/09/1914	août-17		20
Monnaie	Annexe H.A. 1	Château du Mortier	Privé	26/09/1914	18/11/1917	20	
Montbazon	H.B. 70bis	École privée	École	02/09/1914	16/12/1918		70
Montfaucon-sur-Moine	Annexe H.C. 22 (H.B. 82bis)	Maison particulière	Privé		août-17		25
Montmorillon	H.B. 135bis	Hôpital civil	Soin	août-14	25/03/1919	150	160
Montrésor	H.A. 25	Château	Privé	septembre-14	16/12/1918	20	30
Montreuil-Bellay	Annexe H.A. 6	Château de M. de Grandmaison	Privé	23/08/1914	12/12/1918		55
Montreuil-Bellay	H.B. 136bis	Hospice civil	Soin		25/03/1919		31

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Montreuil-Bellay	O.A.C.M.	École publique de garçons	École	août-14			
Montrevault	O.A.C.M.	École publique de filles	École	octobre 1914 ?			
Monts	Infirmerie	Poudrerie Nationale du Ripault	Militaire	août-14			
Morannes	O.A.C.M.		Indéterminé				
Néons-sur-Creuse	O.A.C.M.		Indéterminé				
Neuillé-Pont-Pierre	H.B. 114bis	Mairie	Public	27/09/1914	30/03/1917	10	45
Neuillé-Pont-Pierre	Annexe H.B. 114bis		Indéterminé		juillet-17		5
Neuillé-Pont-Pierre	H.B. 73bis	Château de la Donneterie	Privé	15/10/1914	octobre-15	20	
Neuillé-Pont-Pierre	Annexe de l'hôpital militaire de Tours	Hôpital civil	Soin	24/10/1914		20	
Neuillé-Pont-Pierre	Annexe H.A. 10	Maison Chauvin rue de la Roue	Privé	05/10/1914	23/04/1916	20	
Neuillé-Pont-Pierre	O.A.C.M.		Indéterminé				
Neuville-du-Poitou	H.B. 52bis	Pensionnat rue Armand-Caillard	École		octobre-16		32
Neuvy-le-Roi	O.A.C.M.	Patronage paroissial et parc colonie Notre-Dame	Religieux	février 1915 ?			
Neuvy-Saint-Sépulchre	H.B. 20bis	Salle des fêtes avenue Bois-de-la-Reine	Public	06/10/1914	juin-17		20
Niort	Annexe H.A. 9	Petites Sœurs des Pauvres rue de la Burgonce	Religieux			20	
Niort	Annexe H.A. 9	Couvent des Sœurs de l'Espérance	Religieux			20	
Niort	Annexe H.C. 5	Chambre de Commerce rue de l'Ancienne Préfecture	Public	août-14		45	
Niort	H	Hospice général	Soin	août-14			430
Niort	H.A. 104	Pensionnat Saint-Joseph 10 rue Biou	École	23/08/1914	25/01/1919		120
Niort	H.A. 9	École normale d'institutrices 2 rue Beaune-la-Rolande	École	août-14	19/07/17		153
Niort	H.A. 9	Maison privée	Privé	1917	25/01/1919	50	
Niort	H.B. 40bis	Ancienne préfecture 9 place du Temple	Privé	09/09/1914	14/09/1916	90	
Niort	H.B. 41bis	Sainte-Marie 144 avenue de Paris	Privé	14/09/1914	mars-17		84

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Niort	H.B. 42bis	Hôtel particulier 11 rue Dupin	Privé	09/09/1914	juin-17	43	
Niort	H.C. 4	Lycée Fontanes de garçons 56 rue du 14 juillet	École	07/08/1914	15/01/1919	280	550
Niort	H.C. 5	Lycée de filles 28 avenue de Limoges	École	16/08/1914	23/08/1916	150	250
Niort	H.C. 46	Hôtel de la Roulière. École Ménagère rue Saint-Calais	École	12/09/1914	avril-16		
Niort	H.D.C. 46	Hôtel de la Roulière. École Ménagère rue Saint-Calais	École	avril-16	septembre-16		120
Niort	IGN	Ambulance de la gare	Privé	1914			
Niort	O.A.C.M.	Ambulance de la mairie	Public	août-14			
Noizay	Annexe H.A. 13		Indéterminé		1915	10	
Notre-Dame-d'Oé	Annexe H.A. 2	Mr Rougé	Privé		31/12/14	6	6
Nouzilly	Annexe H.A. 2	Château de l'Orfraisière Mme R. de Wendel	Privé				
Noyant-Méon	H	Hospice civil	Soin	27/09/1914	juillet-17		33
Nueil-sous-Passavent	H	Hospice civil	Soin	03/09/1914	juillet-17		50
Oiron	H	Hospice	Soin	septembre-14			30
Oiron	O.A.C.M.		Indéterminé				
Orsennes	H.B. 21bis	Patronage de garçons	Indéterminé	24/09/1914	juin-17		20
Parçay-Meslay	Annexe H.C. 2 (Annexe H.C. 59)	Château de Meslay	Privé	15/11/1917	11/02/1919		
Parthenay	Annexe hôpital civil de Parthenay	École de filles	École		12/12/1918		80
Parthenay	Annexe hôpital civil de Parthenay	Pensionnat la Couldre	École		25/03/1919		75
Parthenay	H	Hôpital général	Soin	août-14			165
Parthenay	H.C. 9	Collège de garçons et école primaire supérieure place du Collège	École	09/08/1914	31/12/1918	193	386
Parthenay	H.D.C. 45	École normale d'instituteurs Faubourg Westermarn	École	15/01/1915	07/09/1916		180

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Pellevoisin	O.A.C.M.	Salle des fêtes	Indéterminé				
Persac	Annexe H.A. 4	Château de la Motte au comte de Beaumont	Privé	02/09/1914	01/03/1916	20	
Pleumartin	H.B. 101bis	Hôtel de Ville	Public				20
Poitiers	Annexe H.A. 4	Institution des sourds muets avenue de Bordeaux	École	25/09/1914	01/03/1916	50	152
Poitiers	Annexe H.A. 4	Maison de la Générale Guignabaudet 10 rue Saint-Denis	Privé	10/09/1914	19/11/1914	20	
Poitiers	Annexe H.A. 4	Maison de Mme Roblin 15 rue Aliénor d'Aquitaine	Privé	30/08/1914	25/10/1914	6	
Poitiers	Annexe Hôtel-Dieu Poitiers	Pensionnat du Sacré-Cœur 9 rue des Feuillants	École	08/09/1914	16/09/1917		275
Poitiers	Annexe H.C. 15	Pensionnat du Sacré-Cœur 9 rue des Feuillants	École	16/09/1917	13/05/1919		158
Poitiers	Annexe H.C. 16	Association de la Femme Catholique, Le Gésu, 13 rue Édouard Grimault	Religieux	14/08/1914	25/03/1919	12	20
Poitiers	Annexe Hôtel-Dieu Poitiers	Hospice Pont-Achard boulevard Pont-Achard	Soin	03/09/1914	01/11/1916	30	35
Poitiers	Annexe H.C. 18	Institution d'Auzay 2 rue du Doyenné	École	01/02/1915	juillet-16	60	
Poitiers	Annexe Hôtel-Dieu Poitiers	Clinique de la Providence 24 rue de la Prévôté	Soin	septembre-14	25/03/1919	80	
Poitiers	Annexe Hôtel-Dieu Poitiers	Asile d'aliénés	Soin	1914			25
Poitiers	Annexe Hôtel-Dieu Poitiers	Clinique des Hospitaliers, Maison de santé des Hospitalières, 1 rue du Pont-Neuf	Soin	septembre-14	19/03/1919	25	27
Poitiers	H	Hôtel-Dieu	Soin	02/08/1914		192	380
Poitiers	H.A. 101	École normale d'institutrices 18 rue Jules Ferry	École	22/08/1914	26/02/1919		145
Poitiers	H.A. 3	Institution des sourds muets avenue de Bordeaux	École	01/03/1916	25/03/1919	152	
Poitiers	H.A. 4	École Saint-Stanislas rue du Pont-Neuf	École	09/08/1914	25/03/1919	108	154
Poitiers	H.B. 121bis	Hospice Pont-Achard boulevard Pont-Achard	Soin	01/11/1916	15/05/1919		35
Poitiers	H.C. 14	Lycée de garçons	École	31/08/1914	27/10/1917		
Poitiers	H.C. 15	Collège Saint-Joseph	École	24/08/1914	25/03/1919	292	378

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Poitiers	H.C. 16	Ancienne faculté de Théologie (1874). Ancien Séminaire (1888). Ancien cantonnement d'une compagnie du 125e RI (1905) 84 rue des Carmélites	Indéterminé	14/08/1914	31/07/1918	222	
Poitiers	H.C. 17 et H.D.C.	Lycée de jeunes filles rue Victor Hugo	École	30/08/1914	20/11/1919		320
Poitiers	H.C. 18	École normale d'instituteurs 4 rue du Doyenné	École	16/08/1914	01/10/1916	70	120
Poitiers	H.C. 18	Ancien Evêché place de la Cathédrale	Indéterminé	01/10/1916			300
Poitiers	Annexe H.C. 16	École de théologie 10 rue de la Trinité	Religieux	22/08/1914	31/12/1914	68	
Poitiers	H.C. 21	École de théologie 10 rue de la Trinité	Religieux	31/12/1914	21/08/1918	68	200
Poitiers	H.C. 39	Nouvel hôtel des Postes rue de Grailly	Public	15/03/1915	25/01/1919		290
Poitiers	H.C. 55	Ancien Evêché place de la Cathédrale	Indéterminé		octobre-16		
Poitiers	IGP	Infirmerie de gare	Privé	04/08/1914			5
Poitiers	Labo_bac_P	Laboratoire de Bactériologie	Indéterminé	janvier-15			
Pouancé	H	Hôpital civil	Soin	octobre 1914 ?	mars-17		30
Prahecq	H.B. 43bis	École communale	École		décembre-16		20
Preuilly-sur-Claise	H	Hôpital civil	Soin	août-14	26/08/1917	10	51
Preuilly-sur-Claise	Annexe hôpital civil de Preuilly-sur-Claise	École de filles	École	Ouvre en août, septembre ou octobre		30	
Reuilly		École communale	École				
Richelieu	Annexe H.A. 12	Château	Privé	septembre-14	février-18	20	25
Richelieu	H	Hôpital civil	Soin		octobre-16	20	
Rochecorbon	O.A.C.M.	Villa La Tour	Privé				
Rochecorbon	Annexe H.C. 26 (H.B. 120bis)		Indéterminé	17/10/1914	août-17	40	
Rochecorbon	Annexe H.C. 2 (H.B. 120bis)		Indéterminé	août-17	1918		
Saint-Avertin	Annexe H.A. 2	Villa Beaugaillard de Mme Meffre	Privé	23/09/1914	15/06/1917	20	20

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Saint-Benoît-du-Sault	O.A.C.M.		Indéterminé				
Saint-Benoit-Mauroc	H.B. 113bis	Établissement de biologie végétale de l'université de Poitiers	École		juin-17		12
Saint-Crespin-sur-Moine	Annexe H.C. 22 (H.B. 83bis)	Patronage	Indéterminé		juin-17		20
Saint-Cyr-sur-Loire	O.A.C.M.	Villa Sainte-Marie	Privé	20/05/1915			
Saint-Cyr-sur-Loire	Annexe H.A. 2	Dispensaire Le Ménage, ancienne maison de campagne des dames de Lignac	Soin	février-15	16/12/1919	45	60
Saint-Cyr-sur-Loire	Annexe H.A. 2	Portillon quai du Portillon	Privé		11/02/1919	40	40
Saint-Cyr-sur-Loire	Annexe H.A. 2	Maison de la Grenadière à Mr J. Blot	Privé	19/09/1914	31/12/1918	20	20
Saint-Cyr-sur-Loire	Annexe H.A. 2	La Mésangerie à Mr A. Bigot	Privé				20
Saint-Cyran-du-Jambot	Annexe H.A. 7	Château	Privé	17/11/1914	08/08/1917	20	
Saint-Florent (Niort)	H.B. 44bis	École de garçons avenue Saint-Jean	École		janvier-17		24
Saint-Gaultier	Annexe H.A. 22	Maison de retraite	Soin	01/05/1915	08/08/1917	20	50
Saint-Georges-Châtelaison	Annexe H.A. 6	Château des Mines, M. de Monti	Privé	1914	01/03/1916	20	
Saint-Georges-des-Gardes	Annexe H.C. 22	Couvent	Religieux		juin-17		23
Saint-Georges-sur-Loire	Annexe H.A. 102	Propriété Gâtine	Privé	22/09/1914	20/11/1914	20	
Saint-Hilaire-Saint-Florent	Annexe H.A. 6	Ancienne chapelle du couvent des petites sœurs de Saint-Anne de la Providence	Indéterminé	02/08/1914	16/12/1918	30	
Saint-Macaire-en-Mauges	Annexe H.C. 22 (H.B. 36bis)	Maison particulière	Privé	29/09/1914	juin-17		20
Saint-Maixent-l'École	H	Hospice général	Soin	août-14			160
Saint-Maixent-l'École	H.C. 10	École militaire rue Basse-du-Château	Militaire	01/09/1914	18/02/1915		
Saint-Maixent-l'École	H.C. 11	Groupe scolaire rue Grande	École	16/08/1914	19/07/1917	190	350
Saint-Maixent-l'École	H.D.C. 47	Caserne Canclaux place de l'Église	Militaire	01/09/1915	01/09/1916		110
Saint-Maixent-l'École	H.C. 47	Caserne Canclaux place de l'Église	Militaire	01/09/1916	09/01/1918		110
Saint-Maixent-l'École	H.C. 47	Caserne Canclaux place de l'Église	Militaire	17/09/1914	01/09/1915		110

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Saint-Mathurin-sur-Loire	H	Hospice civil	Soin	01/09/1914	1915		
Saint-Mathurin-sur-Loire	Annexe hospice civil de Saint-Mathurin	École publique de filles	École	août-14	octobre-14		
Saint-Pardoux	H	Hôpital des Vieillards rue du Château-Bourdin	Soin	21/09/1914	1915		
Saint-Pierre-de-Maillé	H.B. 91bis	École	École	09/02/1915	09/10/1915		
Saint-Pierre-des-Corps	H.B. 80bis	Presbytère et patronage paroissial de Notre-Dame de la Médaille miraculeuse	Religieux	10/11/1914	17/07/1916		20
Saint-Pierre-des-Corps	IGSt	Infirmerie de gare	Privé	05/08/1914			
Saint-Pierre-des-Corps	Dépôt	Dépôt du Magasin régional du Service de Santé	Privé				
Saint-Symphorien	O.A.C.M.	Cercle Saint-Pierre	Indéterminé	octobre-14	18/07/1920		
Saint-Symphorien	Annexe de l'hôpital militaire de Tours	Château de Ker Maria	Privé	11/09/1914	25/11/1915	50	
Saint-Symphorien	Annexe H.A. 103	École normale d'institutrices	École	septembre-14	septembre-17	50	130
Saint-Symphorien	Annexe H.A. 103	Patronage	Indéterminé			30	50
Sainte-Gemmes-d'Andigné	Annexe H.A. 19	Hospice civil	Soin		31/10/17	25	
Sainte-Gemmes-sur-Loire	H	Asile d'aliénés	Soin	août-14			110
Sainte-Néomaye	Annexe H.A. 9	Maison particulière	Privé				
Sainte-Radegonde	H.A. 1	École privée Saint-Grégoire, abbaye de Marmoutier	École	02/08/1914	15/01/1919	250	260
Sainte-Radegonde	H.C. 37	Ancien orphelinat Saint-Joseph rue de l'Ermitage	Privé	21/12/1914	04/07/1919		250
Sainte-Radegonde	Annexe H.C. 37	"Ermitage" rue de l'Ermitage	Public	février ou mars 1915			
Sainte-Sévère	H.B. 17bis	École privée	École	07/09/1914	janvier-17		20
La Salle-de-Vihiers	H.B. 95bis	Hospice civil	Soin		juin-17		42
La Salle-de-Vihiers	Annexe H.C. 22	Couvent des sœurs de la Charité	Religieux			42	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Salles-en-Toulon	O.A.C.M.		Indéterminé				
Sanxay	O.A.C.M.		Indéterminé				
Saulnay	O.A.C.M.	Notz-Marafin	Indéterminé				
Saumur	Annexe H.A. 6	Clinique chirurgicale 33 rue Fardeau	Soin	23/08/1914	décembre-16	20	
Saumur	Annexe H.A. 6	Institution du Cours-Dacier	École	01/10/1915	01/09/1916	100	
Saumur	Annexe H.C. 50	Hôtel La Guillonnière 9 quai de Limoges	Privé	septembre-18	23/06/1920	80	
Saumur	H	Hospice général	Soin	août-14			160
Saumur	H.A. 105	Collège de jeunes filles rue Victor Hugo	École	07/08/1914	octobre-16	50	220
Saumur	H.A. 105	Mess des officiers de l'école de cavalerie	Militaire	janvier-février 1917	30/08/1917		
Saumur	H.A. 6	Institution Saint-Louis 47 rue d'Alsace	École	09/08/1914	16/12/1918	66	425
Saumur	H.B. 59bis	Institution Cours-Dacier	École	septembre-14	01/10/1915	100	
Saumur	H.B. 60bis	Cercle Saint-Pierre Montée du Fort	Indéterminé	30/08/1914	septembre-17		57
Saumur	H.B. 61bis	École quai de Limoges	École	17/09/1914	octobre-16		100
Saumur	H.B. 62bis	École de garçons des Ponts ?	École	05/09/1914	octobre-16		112
Saumur	H.B. 63bis	Couvent de Saint-François 20 rue du Temple	Religieux	30/08/1914	juillet-17		22
Saumur	H.C. 50	Ancienne caserne Feuquière Montée du Château	Indéterminé	01/04/1915	04/07/1920		184
Saumur	H.C. 56	Infirmerie de l'école de cavalerie	Militaire	01/04/1916	08/09/1917	87	
Saumur	H.D.C. 48	Mess des officiers de l'école de cavalerie rue Beaurepaire	Militaire	27/09/1914	janvier ou février 1917		
Saumur	Labo_bac_S	Laboratoire de Bactériologie	Indéterminé				
Saumur	IGS	Infirmerie de gare	Privé		1919		
Sauzé-Vaussais	H.A. 114	École de filles place de la Comédie	École	19/09/1914	août-17		20
Scorbé-Clairvaux	H.B. 99bis	Maison particulière	Privé		mars-16		20

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Secondigny	H.B. 47bis	École primaire supérieure de filles rue de la Grande-Rue	École	27/09/1914	1915		
Segré	H.A. 19	Immeuble des Syndicats professionnelles	Privé	02/08/1914	31/12/1918	30	70
Seiches-sur-Le-Loir	O.A.C.M.		Indéterminé				
Souché (Niort)	H.B. 64bis	Château de la Moujaterie	Privé		décembre-16		20
Souvigné	O.A.C.M.	La Rochedain	Indéterminé				
Thouars	H	Hôpital civil	Soin	1914			143
Thouars	H.A. 111	École communale rue de Jérusalem	École	01/09/1914	22/09/1918		40
Thouars	H.B. 45bis	Salle des fêtes place du Champ-de-Foire	Public	18/11/1914	octobre-17		72
Thouars	H.B. 46bis	Maison centrale	Indéterminé	07/11/1914	novembre-17		70
Thouars	IGT	Infirmerie de gare	Privé	27/11/1914			
Tiercé	O.A.C.M.		Indéterminé				
Torfou	Annexe H.C. 22 (H.B. 35bis)	Couvent	Religieux	09/09/1914	juin-17	67	67
Tours	Annexe H.A. 2	Clinique des Dames Blanches 39 rue de La Riche	Soin	probablement ouvert dès le mois d'août 1914	doit fermer au plus tard en février 1919	25	
Tours	H.A. 2	La Grande Bretèche quai du Portillon	Religieux	08/08/1914	11/02/1919	170	
Tours	H.B. 115bis	Grand Séminaire 8 rue Losserand	Religieux	24/09/1914	17/04/1919	120	150
Tours	Annexe H.A. 10	Dames de l'Adoration Perpétuelle ou clinique du docteur Magnan rue Descartes	Soin	septembre-14	octobre-14	20	
Tours	Annexe H.A. 103	Immeuble de Mlle Bonjean ou de Mlle d'Eichal rue du Petit-Pré	Privé	septembre 1914 au plus tard		30	
Tours	Annexe H.A. 103	Immeuble 89 rue Mirabeau	Privé	juillet-15	25/03/1919	75	155
Tours	Annexe H.A. 2	Immeuble de la comtesse de Sazilly 102 rue Boisdenier	Privé		15/12/1914	4	4
Tours	Annexe H.A. 2	Clinique des Sœurs Augustines 22 rue des Ursulines	Soin	22/08/1914	22/05/1917	20	

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Tours	Annexe H.A. 2	Dispensaire des Sœurs Franciscaines 32 rue Colbert	Soin	30/08/1914	31/12/1918	20	
Tours	Annexe H.A. 2	Asile Sainte-Marguerite 86 avenue de Grammont	Soin	30/08/1914	08/01/1916	25	30
Tours	Annexe H.A. 2	Dispensaire 145 rue de Boisdenier	Soin	février-15	31/12/1918		20
Tours	Annexe H.A. 2	Maison particulière de Mme Rougé, 28 boulevard Heurteloup	Privé		28/05/1917		20
Tours	Annexe H.C. 2	Maison Robinet 14 rue de la Préfecture	Privé	24/06/1916	25/09/1919	17	28
Tours	Annexe H.C. 2	Immeuble 31 rue Émile Zola	Privé	avril-18	01/09/18		
Tours	Annexe H.C. 30	Groupe scolaire rue Voltaire	École	05/10/1915	14/07/1917	110	118
Tours	Annexe H.C. 30	Patronage 38 rue Léon-Boyer	Indéterminé	octobre-17		70	
Tours	Annexe H.C. 30	Hôtel particulier du baron d'Auvray 21 rue de Clocheville	Privé	20/10/1914	25/03/1919	22	23
Tours	Annexe H.C. 30	Immeuble 13 rue de Jérusalem	Privé	avril-18	10/02/1920		114
Tours	Annexe H.C. 31	Immeuble Perreau 66 boulevard Béranger	Privé	01/01/1915	17/04/1919	45	50
Tours	Annexe H.C. 31	Immeuble Boué 68 rue Jules Charpentier	Privé	octobre-14	octobre-17		
Tours	Annexe H.C. 31	Immeuble Florisson 105 rue Jules Charpentier	Privé	01/06/1915	11/02/1919	32	33
Tours	Annexe H.C. 31	Immeuble Cornet 79 rue Jules Charpentier	Privé	10/10/1914	11/02/1919		
Tours	Annexe H.C. 31	Local 83 rue Jules Charpentier	Privé	10/10/1914	11/02/1919		
Tours	Dépôt de physiothérapie	Caserne Baraguey d'Hilliers	Militaire	août-16	10/02/1918		
Tours	H.A. 10	Clinique Saint-Gatien 12 rue Jules Moineaux	Soin	09/08/1914	1919	40	118
Tours	H.A. 103	Groupe scolaire rue Mirabeau	École	28/08/1914	31/12/1918	50	160
Tours	H.A. 5	Asile Sainte-Marguerite 86 avenue de Grammont	Soin	08/01/1916	31/12/1918	25	30
Tours	H.B. 116bis	Petit Séminaire rue de la Sellerie	Religieux	24/09/1914	16/12/1918	100	158
Tours	H.B. 117bis	Institution Saint-Maurice 9 rue des Ursulines	École	20/10/1914	12/12/1918	80	150
Tours	H.B. 88bis	Dames de l'Adoration Perpétuelle ou clinique du docteur Magnan rue Descartes	Soin	octobre-14	15/01/1919	24	
Tours	H.B. 97bis	Asile de Clocheville 9 rue de Courset	Soin	30/08/1914	10/04/1920	50	80
Tours	H.C. 2	Lycée Descartes 2 rue de la Préfecture	École	14/08/1914	13/05/1919	410	500

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Tours	H.C. 26	Lycée de filles 33 rue Origet	École	30/08/1914	13/08/1917		300
Tours	H.C. 3	École supérieure de filles 11 rue des Ursulines	École	08/08/1914	21/01/1918	87	318
Tours	H.C. 30	Hôtel Torterue 1 rue de la Grandière	Privé	18/09/1914	30/01/1920	70	259
Tours	H.C. 31	Hôtel de la Tournelle 63 boulevard Béranger	Privé	10/10/1914	11/02/1919	54	145
Tours	H.C. 51	Groupe scolaire place Rabelais	École	02/06/1915	12/12/1918		430
Tours	H.C. 52	Groupe scolaire place Velpeau	École	10/06/1915	12/12/1918	104	180
Tours	H.C. 53	Groupe scolaire place de la Liberté	École	04/08/1915	10/02/1919	150	
Tours	H.C. 59	École d'apprentissage Desteur	École	juin-18	09/05/1919		56
Tours	H.D.C. 49	Caserne, ancienne école des Frères, 2 rue de l'Hospitalité	Militaire	12/02/1915	27/05/1919	280	445
Tours	H	Hospice général de Tours	Soin	02/08/1914		389	500
Tours	Labo_bac_T	Laboratoire de Bactériologie au Parc à fourrages rue du Plat d'Étain	Militaire	août-14			
Tours	Phar_régio	Pharmacie régionale 24 rue Marceau	Privé	1914			
Tours	Phar_régio	Pharmacie régionale 37 rue Léon Boyer	Privé		1919		
Tours	Dépôt	Dépôt du Magasin régional du Service de Santé place Velpeau	Militaire	août-14			
Tours	Dépôt	Dépôt du Magasin régional du Service de Santé rue Blaise Pascal	Privé				
Tours	Dépôt	Dépôt du Magasin régional du Service de Santé rue Félix Faure	Privé				
Tours	Annexe H.C. 52	École de filles rue des Abeilles	École	15/06/1915	15/09/1917	121	165
Tours	Dépôt de convalescents et blessés	Caserne Meusnier	Militaire	1914	novembre-14		
Tours	Mag_App	Magasin d'approvisionnement du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire place Plumereau	Privé	01/01/17			
Tours	Mag_App	Annexe du magasin d'approvisionnement du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire 24 place du Grand Marché	Privé				

Ville	Nom (autre nom)	Lieu	Type de bâtiment	Date d'ouverture	Date de fermeture	Nb lits à l'ouverture	Nb lits maximum
Tours	Blanch.	Blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours avenue de Grammont	Privé	07/05/17	1917		
Tours	Blanch.	Blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours boulevard Marchant-Duplessis	Privé	1917			
Tours	Direction	Direction régionale du Service de Santé aux Armées, Hôtel du Grand Commandement rue des Minimes	Militaire	août-14	01/09/18		
Tours	Direction	Direction régionale du Service de Santé aux Armées 31 rue Émile Zola	Privé	01/09/18	décembre-19		
Usseau	O.A.C.M.	Château d'Olbreuse	Privé	1914		12	
Valençay	H	Hôpital civil	Soin	10/09/1914	09/03/1917		20
Valençay	Annexe H.A. 31	École privée de filles	École	octobre-15	décembre-17	28	28
Valençay	Annexe H.A. 7	École privée de filles	École	décembre-17	1918		28
Varennes-sur-Loire	H.B. 81bis	Maison Queyou	Privé	05/02/1915	11/07/1915		
Vatan	H.B. 37bis	Hospice civil	Soin	04/09/1914	16/12/1918		100
Vatan	Annexe H.B. 37bis	Patronage	Indéterminé		16/12/1918		37
Vauvert-Rochecorbon	Annexe H.A. 1	Maison particulière	Privé	09/09/1914		20	
Veigné	Annexe H.A. 2	Château de Couzières de la comtesse de la Villestreux	Privé		1916	20	
Vendoeuvres	Annexe H.A. 7	École privée de garçons	École	01/10/1914	13/10/1916	20	
Vernoux-en-Gâtine	H.B. 86bis	École privée	École	28/09/1914	janvier-17		20
Vihiers	Annexe H.C. 22 (H.B. 32bis)	Patronage	Indéterminé	1914	juin-17		30
Villandry	H.B. 75bis	Château	Privé	16/09/1914	janvier-17	21	34
Villedieu-sur-Indre	Annexe H.A. 7	Château	Privé	29/09/1914	08/08/1917	20	
Villedomer	Annexe H.A. 23	Château de la Noue de Mlle de Cools	Privé			2	
Villedomer	Annexe H.A. 23	Maison de M. de la Tullaye	Privé		31/12/14	6	
Vivonne	H.B. 53bis	Salle des fêtes	Public		mars-17		
Yzernay	Annexe H.C. 22 (H.B. 31bis)	École communale de garçons	École	14/10/1914	juin-17		20

II- Tableaux et graphiques.

1) Tableau 2. Ouvertures et fermetures de formations ainsi que créations et suppressions de lits par mois et année d'août 1914 à juillet 1923.

Date	août-14	sept.-14	oct.-14	nov.-14	déc.-14	1914
Nb form. ouv.	123	114	34	19	5	318
Pourc.	22,5%	20,9%	6,2%	3,5%	0,9%	58,2%
Nb form. ferm.	1		3	9	7	20
Pourc.	0,2%	0,0%	0,5%	1,6%	1,3%	3,7%
Ouverture. Nb form. lits connus	75	58	18	9	3	169
Somme lits créés ouv.	7207	2409	910	310	108	11076
Pourc.	48,3%	16,1%	6,1%	2,1%	0,7%	74,2%
Fermeture. Nb form. lits connus	1		2	4	6	13
Somme lits sup.	48		26	64	110	248
Pourc.	0,3%	0,0%	0,2%	0,4%	0,7%	1,7%

Date	janv.-15	févr.-15	mars-15	avr.-15	mai-15	juin-15	juil.-15	août-15	sept.-15	oct.-15	nov.-15	déc.-15	1915
Nb form. ouv.	10	9	5	4	2	6	4	1	3	3			49
Pourc.	1,8%	1,6%	0,9%	0,7%	0,4%	1,1%	0,7%	0,2%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	9,0%
Nb form. ferm.	2	2		3	2	3	1	1	4	3	2	1	29
Pourc.	0,4%	0,4%	0,0%	0,5%	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	0,7%	0,5%	0,4%	0,2%	5,3%
Ouverture. Nb form. lits connus	4	4	3	3	1	4	3	1	2	3			28
Somme lits créés ouv.	397	685	116	116	20	323	125	150	70	238			2240
Pourc.	2,7%	4,6%	0,8%	0,8%	0,1%	2,2%	0,8%	1,0%	0,5%	1,6%	0,0%	0,0%	15,0%
Fermeture. Nb form. lits connus	1	1		2	1	1			1	2	2	1	14
Somme lits sup.	20	40		110	20	30			20	120	70	110	560
Pourc.	0,1%	0,3%	0,0%	0,7%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,8%	0,5%	0,7%	3,8%

Date	janv.-16	févr.-16	mars-16	avr.-16	mai-16	juin-16	juil.-16	août-16	sept.-16	oct.-16	nov.-16	déc.-16	1916
Nb form. ouv.	2		2	3		1	1	3	5	1	1	1	21
Pourc.	0,4%	0,0%	0,4%	0,5%	0,0%	0,2%	0,2%	0,5%	0,9%	0,2%	0,2%	0,2%	3,8%
Nb form. ferm.	3	1	5	2	1	2	5	5	16	10	3	12	68
Pourc.	0,5%	0,2%	0,9%	0,4%	0,2%	0,4%	0,9%	0,9%	2,9%	1,8%	0,5%	2,2%	12,5%
Ouverture. Nb form. lits connus	2		1	1		1		1	1				7
Somme lits créés ouv.	162		152	87		17		360	52				830
Pourc.	1,1%	0,0%	1,0%	0,6%	0,0%	0,1%	0,0%	2,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
Fermeture. Nb form. lits connus	3	1	3	1		2	2	2	11	4	3	3	38
Somme lits sup.	140	40	90	20		236	80	225	1613	160	116	157	3001
Pourc.	0,9%	0,3%	0,6%	0,1%	0,0%	1,6%	0,5%	1,5%	10,8%	1,1%	0,8%	1,1%	20,1%
Date	**janv.-17**	**févr.-17**	**mars-17**	**avr.-17**	**mai-17**	**juin-17**	**juil.-17**	**août-17**	**sept.-17**	**oct.-17**	**nov.-17**	**déc.-17**	**1917**
Nb form. ouv.	1		1		1			1	2	3	1	1	14
Pourc.	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	2,6%
Nb form. ferm.	11	6	15		5	22	11	35	17	11	4	3	142
Pourc.	2,0%	1,1%	2,7%	0,0%	0,9%	4,0%	2,0%	6,4%	3,1%	2,0%	0,7%	0,5%	26,0%
Ouverture. Nb form. lits connus										2			3
Somme lits créés ouv.										108			158
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	1,1%
Fermeture. Nb form. lits connus	4	2	1		3	8	4	18	7	4	3	1	55
Somme lits sup.	238	37	10		66	389	360	441	398	358	90	28	2415
Pourc.	1,6%	0,2%	0,1%	0,0%	0,4%	2,6%	2,4%	3,0%	2,7%	2,4%	0,6%	0,2%	16,2%

Date	janv.-18	févr.-18	mars-18	avr.-18	mai-18	juin-18	juil.-18	août-18	sept.-18	oct.-18	nov.-18	déc.-18	1918
Nb form. ouv.	1			2		1			2		2	1	10
Pourc.	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,2%	1,8%
Nb form. ferm.	4	4	2				3	1	3		5	71	94
Pourc.	0,7%	0,7%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	0,5%	0,0%	0,9%	13,0%	17,2%
Ouverture. Nb form. lits connus	1								1				2
Somme lits créés ouv.	32								80				112
Pourc.	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Fermeture. Nb form. lits connus	2	1					1	1			2	37	45
Somme lits sup.	108	20					222	68			50	1661	2429
Pourc.	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%	11,1%	16,3%
Date	**janv.-19**	**févr.-19**	**mars-19**	**avr.-19**	**mai-19**	**juin-19**	**juil.-19**	**août-19**	**sept.-19**	**oct.-19**	**nov.-19**	**déc.-19**	**1919**
Nb form. ouv.		1											1
Pourc.	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Nb form. ferm.	14	13	18	4	9		1	1	1		1	2	69
Pourc.	2,6%	2,4%	3,3%	0,7%	1,6%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	12,6%
Ouverture. Nb form. lits connus													
Somme lits créés ouv.													
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Fermeture. Nb form. lits connus	8	7	13	4	4				1			1	41
Somme lits sup.	871	553	1081	395	895				17			45	3972
Pourc.	5,8%	3,7%	7,2%	2,6%	6,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	26,6%

Date	janv.-20	févr.-20	mars-20	avr.-20	mai-20	juin-20	juil.-20	1920	1921	juil.-23	Vide (mois)	Vide (années)	Total
Nb form. ouv.								0	0		163	133	546
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,9%	24,4%	100,0%
Nb form. ferm.	2	1		1		1	2	7	1	1	136	115	546
Pourc.	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	1,3%	0,2%	0,2%	24,9%	21,1%	100,0%
Ouverture. Nb form. lits connus											36	29	238
Somme lits créés ouv.											698	516	14932
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	3,5%	100,0%
Fermeture. Nb form. lits connus	1			1		1		3			38	29	238
Somme lits sup.	70			50		80		200			2666	2107	14932
Pourc.	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	17,9%	14,1%	100,0%

Légende du tableau :

Date : mois et année.

Nb form. ou. : Nombre de formations ouvertes.

Nb form. ferm. : Nombre de formations fermées.

Ouverture. Nb for. lits connus : Nombre de formations ouvertes dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

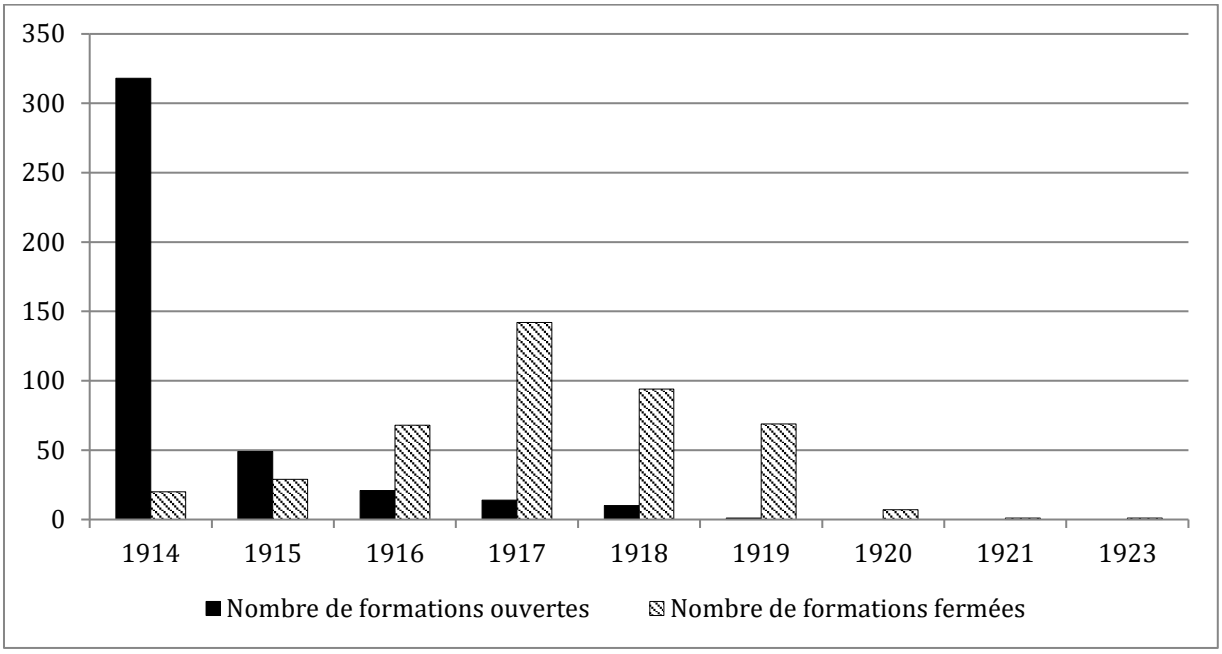
Somme lits créés ouv. : Somme des lits créés à l'ouverture des formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Fermeture. Nb form. lits connus : Nombre de formations fermées dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Somme lits sup. : Somme des lits supprimés en prenant pour base le nombre de lits à l'ouverture de la formation.

Pourc. : Pourcentage se rapportant au nombre situé au-dessus de la ligne.

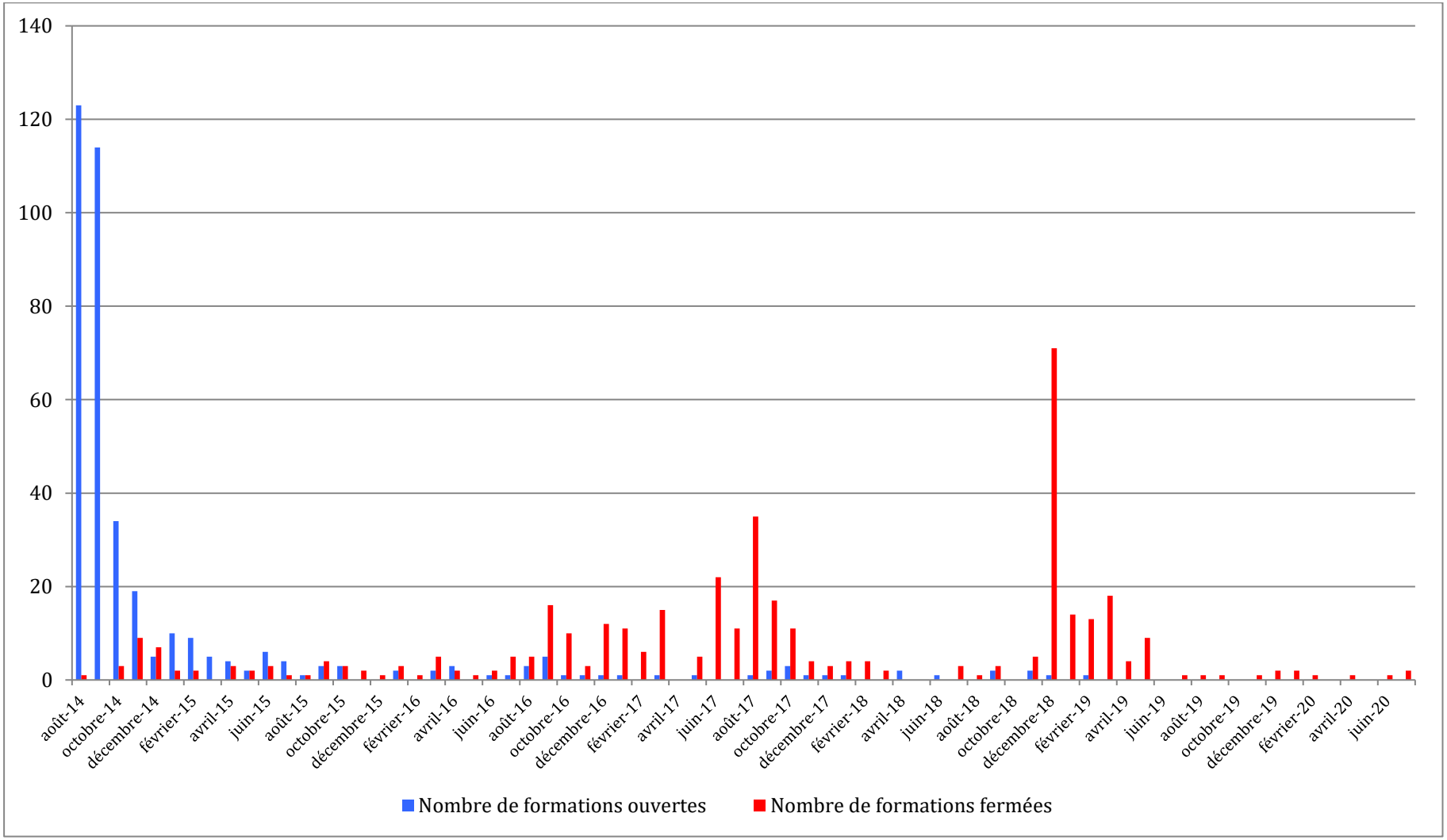
2) Graphique 1. Nombre d'ouvertures et de fermetures de structures sanitaires par année, de 1914 à 1923.



3) Tableau 3. Répartition des ouvertures et des fermetures de structures par année de 1914 à 1923.

Année	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1923	Vide	Total
Nb form. ouv.	318	49	21	14	10	1	0	0	0	133	546
Pourcentage	58,2%	9,0%	3,8%	2,6%	1,8%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	24,4%	100,0%
Nb form. ferm.	20	29	68	142	94	69	7	1	1	115	546
Pourcentage	3,7%	5,3%	12,5%	26,0%	17,2%	12,6%	1,3%	0,2%	0,2%	21,1%	100,0%
Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture	169	28	7	3	2					29	238
Somme des lits créés à l'ouverture	11076	2240	830	158	112					516	14932
Pourcentage	74,2%	15,0%	5,6%	1,1%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	100,0%
Somme des lits supprimés (nombre de lits à l'ouverture)	248	560	3001	2415	2429	3972	200			2107	14932
Pourcentage	1,7%	3,8%	20,1%	16,2%	16,3%	26,6%	1,3%	0,0%	0,0%	14,1%	100,0%

4) Graphique 2. Nombre d’ouvertures et de fermetures de formations par mois d’août 1914 à juillet 1923.



5) Tableau 4. Répartition des structures sanitaires selon son type et celui de l'organisme à son origine.

	Organisme						Total
	Croix-Rouge				Œuvre bénévole	Service de Santé	
Type de formation	**A.D.F.**	**S.S.B.M.**	**U.F.F.**	**Total**			
H.B.					105		105
Annexe H.A.	1	93	10	104			104
Annexe H.C.						81	81
H.C.						56	56
H.A.	1	35	16	52			52
H					27	14	41
O.A.C.M.					37		37
Annexe Hôpital					8	17	25
Structure de soutien						13	13
H.D.C.						9	9
Infirmerie de gare		7		7			7
Annexe H.B.					6		6
Laboratoire de bactériologie						5	5
Structure de commandement						2	2
Dépôt de convalescents						1	1
Dépôt de physiothérapie						1	1
Infirmerie du Ripault						1	1
Total	2	135	26	163	183	200	546

6) Tableau 5. Type de bâtiment employé par les organismes à la tête des structures.

	Organisme						Total
	Croix-Rouge				Œuvre bénévole	Service de Santé	
Type de bâtiment	**A.D.F.**	**S.S.B.M.**	**U.F.F.**	**Total**			
Privé		66	3	69	42	45	156
École		29	15	44	35	61	140
Soin		22	2	24	53	35	112
Indéterminé		10	4	14	34	20	68
Religieux		6		6	10	15	31
Militaire		1	1	2		18	20
Public	2	1	1	4	9	6	19
Total	2	135	26	163	183	200	546

7) Tableau 6. Type de bâtiment utilisé selon la structure.

	Type de bâtiment							Total
Type de structure	**École**	**Indéterminé**	**Militaire**	**Privé**	**Public**	**Religieux**	**Soin**	
Annexe H	11			7			7	25
Annexe H.A.	14	12		54	1	3	20	104
Annexe H.B.	2	3					1	6
Annexe H.C.	16	10	2	24	4	13	12	81
Dépôt de convalescents			1					1
Dépôt de physiothérapie			1					1
H							41	41
H.A.	30	2	2	8	3	3	4	52
H.B.	26	8		29	9	9	24	105
H.C.	34	5	5	7	2	2	1	56
H.D.C.	5		4					9
I.G.				7				7
Infirmerie du Ripault			1					1
Laboratoire de bactériologie		3	1				1	5
O.A.C.M.	2	23		10		1	1	37
Structure de commandement			1	1				2
Structure de soutien		2	2	9				13
Total	140	68	20	156	19	31	112	546

8) Tableau 7. Ouvertures et fermetures des formations du type Service de Santé par mois d'août 1914 à juillet 1923.

Date	août-14	sept.-14	oct.-14	nov.-14	déc.-14	janv.-15	févr.-15	mars-15	avr.-15	juin-15	juil.-15	août-15	sept.-15
Nb form. ouv.	55	31	15	4	2	6	4	4	3	4	1	1	1
Pourc.	27,5%	15,5%	7,5%	2,0%	1,0%	3,0%	2,0%	2,0%	1,5%	2,0%	0,5%	0,5%	0,5%
Ouverture. Nb form. lits connus	35	18	10	3	1	3	3	2	2	3		1	
Somme lits créés ouv.	5217	1076	685	180	68	371	640	91	66	257		150	
Pourc.	53,4%	11,0%	7,0%	1,8%	0,7%	3,8%	6,6%	0,9%	0,7%	2,6%	0,0%	1,5%	0,0%
Capacité moyenne	149,1	59,8	68,5	60,0	68,0	123,7	213,3	45,5	33,0	85,7		150,0	
Nb form. ferm.	1			1	1	1	2		2	1			3
Pourc.	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	0,5%	1,0%	0,0%	1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	1,5%
Fermeture. Nb form. lits connus	1				1		1		1				1
Somme lits sup.	48				68		40		100				20
Pourc.	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Date	**oct.-15**	**nov.-15**	**déc.-15**	**janv.-16**	**avr.-16**	**juin-16**	**juil.-16**	**août-16**	**sept.-16**	**oct.-16**	**nov.-16**	**déc.-16**	**janv.-17**
Nb form. ouv.	1			1	2	1	1	3	4	1			1
Pourc.	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	1,5%	2,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%
Ouverture. Nb form. lits connus	1			1	1	1		1					
Somme lits créés ouv.	110			137	87	17		360					
Pourc.	1,1%	0,0%	0,0%	1,4%	0,9%	0,2%	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Capacité moyenne	110,0			137,0	87,0	17,0		360,0					
Nb form. ferm.		1	1	1	1	2	2	4	10	2	1	3	3
Pourc.	0,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	1,0%	1,0%	2,0%	5,0%	1,0%	0,5%	1,5%	1,5%
Fermeture. Nb form. lits connus		1	1	1		2	2	2	7	1	1	2	2
Somme lits sup.		50	110	80		236	80	225	1358	70	30	137	165
Pourc.	0,0%	0,5%	1,1%	0,8%	0,0%	2,4%	0,8%	2,3%	13,9%	0,7%	0,3%	1,4%	1,7%

Date	mars-17	mai-17	juin-17	juil.-17	août-17	sept.-17	oct.-17	nov.-17	déc.-17	janv.-18	févr.-18	avr.-18	juin-18
Nb form. ouv.	1	1			1	1	3	1				2	1
Pourc.	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,5%
Ouverture. Nb form. lits connus							2						
Somme lits créés ouv.							108						
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Capacité moyenne							54,0						
Nb form. ferm.			12	3	7	7	6		1	2	1		
Pourc.	0,0%	0,0%	6,0%	1,5%	3,5%	3,5%	3,0%	0,0%	0,5%	1,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Fermeture. Nb form. lits connus			4	2	2	3	3			1			
Somme lits sup.			275	300	72	228	333			87			
Pourc.	0,0%	0,0%	2,8%	3,1%	0,7%	2,3%	3,4%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Date	**juil.-18**	**août-18**	**sept.-18**	**nov.-18**	**déc.-18**	**janv.-19**	**févr.-19**	**mars-19**	**avr.-19**	**mai-19**	**juil.-19**	**août-19**	**sept.-19**
Nb form. ouv.			2	2	1								
Pourc.	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ouverture. Nb form. lits connus			1										
Somme lits créés ouv.			80										
Pourc.	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Capacité moyenne			80,0										
Nb form. ferm.	2	1	2	3	17	7	7	10	3	6	1	1	1
Pourc.	1,0%	0,5%	1,0%	1,5%	8,5%	3,5%	3,5%	5,0%	1,5%	3,0%	0,5%	0,5%	0,5%
Fermeture. Nb form. lits connus	1	1		1	9	4	3	8	3	4			1
Somme lits sup.	222	68		30	609	527	236	566	275	895			17
Pourc.	2,3%	0,7%	0,0%	0,3%	6,2%	5,4%	2,4%	5,8%	2,8%	9,2%	0,0%	0,0%	0,2%

Date	nov.-19	déc.-19	janv.-20	févr.-20	juin-20	juil.-20	juil.-23	Vide	Total
Nb form. ouv.								38	200
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	19,0%	100,0%
Ouverture. Nb form. lits connus								2	91
Somme lits créés ouv.								62	9762
Pourc.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	100,0%
Capacité moyenne								31,0	107,3
Nb form. ferm.	1	1	2	1	1	1	1	49	200
Pourc.	0,5%	0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	24,5%	100,0%
Fermeture. Nb form. lits connus			1		1			12	91
Somme lits sup.			70		80			2055	9762
Pourc.	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	21,1%	100,0%

Légende du tableau :

Date : mois et année.

Nb form. ou. : Nombre de formations ouvertes.

Nb form. ferm. : Nombre de formations fermées.

Ouverture. Nb for. lits connus : Nombre de formations ouvertes dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Somme lits créés ouv. : Somme des lits créés à l'ouverture des formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Fermeture. Nb form. lits connus : Nombre de formations fermées dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Somme lits sup. : Somme des lits supprimés en prenant pour base le nombre de lits à l'ouverture de la formation.

Capacité moyenne : Capacité moyenne des formations ouvertes dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.

Pourc. : Pourcentage se rapportant au nombre situé au-dessus de la ligne.

9) Tableau 8. Nombre d'ouvertures de formations de type Service de Santé selon le type de la structure par année de 1914 à 1918.

Date	1914	1915	1916	1917	1918	Vide	Total
Annexe H	12					5	17
Annexe H.C.	44	11	1	6	5	14	81
Dépôt de convalescents	1						1
Dépôt de physiothérapie			1				1
H	14						14
H.C.	35	8	8	1	3	1	56
H.D.C.	1	6	2				9
Infirmerie du Ripault	1						1
Laboratoire de bactériologie	1	1	1			2	5
Structure de commandement	1				1		2
Structure de soutien	3			3		7	13
Total	113	26	13	10	9	29	200
Pourcentage	56,5%	13,0%	6,5%	5,0%	4,5%	14,5%	100,0%
Nombre de lits créés	7226	1685	601	108	80	62	9762
Pourcentage	74,0%	17,3%	6,2%	1,1%	0,8%	0,6%	100,0%
Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture	67	15	4	2	1	2	91
Capacité moyenne	107,9	112,3	150,3	54	80	31	107,3

10) Tableau 9. Nombre de fermetures de formations de type Service de Santé selon le type de la structure par année de 1914 à 1923.

Date	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1923	Vide	Total
Annexe H		2	2	4	2	3			4	17
Annexe H.C.	1	7	5	25	16	18	3		6	81
Dépôt de convalescents	1									1
Dépôt de physiothérapie					1					1
H									14	14
H.C.	1	2	13	10	11	14	2	1	2	56
H.D.C.			6	1		2				9
Infirmerie du Ripault									1	1
Laboratoire de bactériologie									5	5
Structure de commandement					1	1				2
Structure de soutien				1		1			11	13
Total	3	11	26	41	31	39	5	1	43	200
Pourcentage	1,5%	5,5%	13,0%	20,5%	15,5%	19,5%	2,5%	0,5%	21,5%	100,0%
Nombre de lits supprimés (nombre de lits à l'ouverture)	116	320	2216	1373	1316	2516	150		1755	9762
Pourcentage	1,2%	3,3%	22,7%	14,1%	13,5%	25,8%	1,5%	0,0%	18,0%	100,0%
Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture	2	5	18	16	14	23	2		11	91

11) Tableau 10. Nombre d'ouvertures et de fermetures de formations de la Croix-Rouge selon le type de la structure et celui de la société par année de 1914 à 1919.

Société	Date	1914	1915	1916	1917	1918	1919	Vide	Total
A.D.F.	Nombre d'annexes H.A. ouvertes	1							1
	Nombre d'H.A. ouverts		1						1
	Nombre total de formations ouvertes	1	1						2
	Nombre d'annexes H.A. fermées		1						
	Nombre d'H.A. fermés			1					
	Nombre total de formations fermées		1	1					
S.S.B.M.	Nombre d'annexes H.A. ouvertes	50	12	1	1	1		28	93
	Nombre d'H.A. ouverts	29		4	2				35
	Nombre d'I.G. ouverts	6						1	7
	Nombre total de formations ouvertes	85	12	5	3	1		29	135
	Nombre d'annexes H.A. fermées	12	6	12	22	22	5	14	93
	Nombre d'H.A. fermés			2	10	13	10		35
	Nombre d'I.G. fermés						1	6	7
	Nombre total de formations fermées	12	6	14	32	35	16	20	
U.F.F.	Nombre d'annexes H.A. ouvertes	5	1					4	10
	Nombre d'H.A. ouverts	13		1	1			1	16
	Nombre total de formations ouvertes	18	1	1	1			5	26
	Nombre d'annexes H.A. fermées	1			5	1	1	2	10
	Nombre d'H.A. fermés			3	4	6	3		16
Total	Nombre total de formations ouvertes	104	14	6	4	1		34	163
	Nombre total de formations fermées	13	7	18	41	42	20	22	163

12) Tableau 11. Ouvertures et fermetures de formations de la Croix-Rouge selon la société et par mois d'août 1914 à décembre 1919.

	Date	août-14	sept.-14	oct.-14	nov.-14	déc.-14	janv.-15	févr.-15	mars-15	avr.-15	mai-15	juin-15
Ouvertures	**A.D.F.**			1								1
	Pourcentage			50%								50%
	S.S.B.M.	35	32	4	7	2	1	2	1		1	1
	Pourcentage	25,9%	23,7%	3,0%	5,2%	1,5%	0,7%	1,5%	0,7%		0,7%	0,7%
	U.F.F.	11	5									
	Pourcentage	42,3%	19,2%									
	Nombre de formations de la Croix-Rouge ouvertes	46	37	5	7	2	1	2	1		1	2
	Pourcentage	28,2%	22,7%	3,1%	4,3%	1,2%	0,6%	1,2%	0,6%		0,6%	1,2%
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture (exceptées les infirmeries de gare)	34	30	5	6	2	1	1	1		1	1
	Somme de lits créés	1751	774	101	130	40	26	45	25		20	66
	Pourcentage	43,4%	19,2%	2,5%	3,2%	1,0%	0,6%	1,1%	0,6%		0,5%	1,6%
	Capacité moyenne	51,5	25,8	20,2	21,7	20	26	45	25		20	66
Fermetures	**A.D.F.**											1
	Pourcentage											50,0%
	S.S.B.M.			2	5	5	1			1	1	
	Pourcentage			1,5%	3,7%	3,7%	0,7%			0,7%	0,7%	
	U.F.F.				1							
	Pourcentage			0,0%	3,8%							
	Nombre de formations de la Croix-Rouge fermées			2	6	5	1			1	1	1
	Pourcentage			1,2%	3,7%	3,1%	0,6%			0,6%	0,6%	0,6%
	Somme de lits supprimés (lits à l'ouverture)			26	64	42	20			10	20	30
	Pourcentage			0,6%	1,6%	1,0%	0,5%			0,2%	0,5%	0,7%

	Date	juil.-15	sept.-15	oct.-15	nov.-15	janv.-16	févr.-16	mars-16	avr.-16	sept.-16	oct.-16	nov.-16
Ouvertures	**A.D.F.**											
	Pourcentage											
	S.S.B.M.	2	2	2		1		1		1		
	Pourcentage	1,5%	1,5%	1,5%		0,7%		0,7%		0,7%		
	U.F.F.	1						1				
	Pourcentage	3,8%						3,8%				
	Nombre de formations de la Croix-Rouge ouvertes	3	2	2		1		2		1		
	Pourcentage	1,8%	1,2%	1,2%		0,6%		1,2%		0,6%		
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture (exceptées les infirmeries de gare)	3	2	2		1		1		1		
	Somme de lits créés	125	70	128		25		152		52		
	Pourcentage	3,1%	1,7%	3,2%		0,6%		3,8%		1,3%		
	Capacité moyenne	41,7	35	64		25		152		52		
Fermetures	**A.D.F.**											1
	Pourcentage											50 %
	S.S.B.M.				1	2		3	1	2	1	1
	Pourcentage				0,7%	1,5%		2,2%	0,7%	1,5%	0,7%	0,7%
	U.F.F.						1			1	1	
	Pourcentage						3,8%			3,8%	3,8%	
	Nombre de formations de la Croix-Rouge fermées				1	2	1	3	1	3	2	2
	Pourcentage				0,6%	1,2%	0,6%	1,8%	0,6%	1,8%	1,2%	1,2%
	Somme de lits supprimés (lits à l'ouverture)				20	60	40	90	20	165	70	86
	Pourcentage				0,5%	1,5%	1,0%	2,2%	0,5%	4,1%	1,7%	2,1%

	Date	déc.-16	janv.-17	févr.-17	mars-17	mai-17	juin-17	juil.-17	août-17	sept.-17	oct.-17	nov.-17
Ouvertures	**A.D.F.**											
	Pourcentage											
	S.S.B.M.	1								1		
	Pourcentage	0,7%								0,7%		
	U.F.F.											
	Pourcentage											
	Nombre de formations de la Croix-Rouge ouvertes	1								1		
	Pourcentage	0,6%								0,6%		
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture (exceptées les infirmeries de gare)											
	Somme de lits créés											
	Pourcentage											
	Capacité moyenne											
Fermetures	**A.D.F.**											
	Pourcentage											
	S.S.B.M.	1	2	3		4	2	3	12	1	1	3
	Pourcentage	0,7%	1,5%	2,2%		3,0%	1,5%	2,2%	8,9%	0,7%	0,7%	2,2%
	U.F.F.			1	1				5	2		
	Pourcentage			3,8%	3,8%				19,2%	7,7%		
	Nombre de formations de la Croix-Rouge fermées	1	2	4	1	4	2	3	17	3	1	3
	Pourcentage	0,6%	1,2%	2,5%	0,6%	2,5%	1,2%	1,8%	10,4%	1,8%	0,6%	1,8%
	Somme de lits supprimés (lits à l'ouverture)	20	52	37		66	51	60	285	160	25	90
	Pourcentage	0,5%	1,3%	0,9%		1,6%	1,3%	1,5%	7,1%	4,0%	0,6%	2,2%

	Date	déc.-17	janv.-18	févr.-18	sept.-18	nov.-18	déc.-18	janv.-19	févr.-19	mars-19	mai-19	déc.-19	Vide	Total
Ouvertures	**A.D.F.**													2
	Pourcentage													100%
	S.S.B.M.	1	1										36	135
	Pourcentage	0,7%	0,7%										26,7%	100,0%
	U.F.F.												8	26
	Pourcentage												30,8%	100,0%
	Nombre de formations de la Croix-Rouge ouvertes	1	1										44	163
	Pourcentage	0,6%	0,6%										27,0%	100,0%
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture (exceptées les infirmeries de gare)		1										27	120
	Somme de lits créés		32										476	4043
	Pourcentage		0,8%										11,8%	100,1%
	Capacité moyenne		32											33,7
Fermetures	**A.D.F.**													2
	Pourcentage													
	S.S.B.M.	1	1	1		1	31	4	4	3	1	1	29	135
	Pourcentage	0,7%	0,7%	0,7%		0,7%	23,0%	3,0%	3,0%	2,2%	0,7%	0,7%	21,5%	100,0%
	U.F.F.				1		6	1	2	1			2	26
	Pourcentage				3,8%		23,1%	3,8%	7,7%	3,8%			7,7%	100,0%
	Nombre de formations de la Croix-Rouge fermées	1	1	1	1	1	37	5	6	4	1	1	31	163
	Pourcentage	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	22,7%	3,1%	3,7%	2,5%	0,6%	0,6%	19,0%	100,0%
	Somme de lits supprimés (lits à l'ouverture)	28	21	20		20	844	320	317	365		45	449	4038
	Pourcentage	0,7%	0,5%	0,5%		0,5%	20,9%	7,9%	7,9%	9,0%		1,1%	11,1%	100,0%

13) Tableau 12. Enquête du délégué régional de la S.S.B.M. sur les formations de la société pouvant continuer à fonctionner après l'armistice.

Formations pouvant rester ouvertes après la cessation des hostilités			
Formation	**Décision**	**Nombre de lits**	**Observation**
Annexe HA 1 Vauvert	Restera ouvert	20	A moins que d'accord avec le Service de Santé, nous n'en fassions un hôpital pour militaires tuberculeux
HA 2	Restera ouvert	130	
Annexe HA 2 Le Ménage	Restera ouvert	40	
HA 5	Restera ouvert	30	
HA 10	Restera ouvert	110	
Annexe HA 10 Fontenailles	Restera ouvert	30	
HA 12	Restera ouvert	100	Cette formation qui n'est pas établie à Sainte-Mesmes à [*sic*] un bail avec son propriétaire jusqu'au 31 Décembre 1917
HA 13	Restera ouvert	40	
HA 14	Restera ouvert	75	Restera ouvert trois mois après la signature de la paix
HA 17	Restera ouvert	25	Propriété de la Société
HA 18	Restera ouvert	100	De 1 à trois mois après la guerre
HA 22	Restera ouvert	67	
HA 23	Restera ouvert	74	De 3 à 6 mois après la cessation des hostilités
HA 24	Restera ouvert	30	
HA 25	Restera ouvert	30	
HA 26	Restera ouvert	60	De 3 à 6 mois au moins après la guerr [*sic*] fermé
HA 28	Restera ouvert	100	
HA 29	Restera ouvert	32	Trois mois au moins après la guerre

Formations devant fermer à la cessation des hostilités		
Formation	**Décision**	**Observation**
HA 1	Immédiatement à la signature de la paix	Cette formation est dans un établissement scolaire
HA 3	A la conclusion de la paix	Établissement scolaire
HA 4	A la conclusion de la paix	Établissement scolaire
HA 6	A la cessation des hostilités	Établissement scolaire
HA 7	A la cessation des hostilités	Établissement scolaire
HA 9	A la signature de la paix	Établissement scolaire
HA 11	A la signature de la paix	Établissement scolaire
HA 15	A la cessation des hostilités	Établissement scolaire peut prolonger pendant trois mois
HA 16	A la cessation des hostilités	Établissement scolaire
HA 19	A la signature de la paix	
HA 20	A la cessation des hostilités	
HA 21	A la cessation des hostilités	Local scolaire
HA 31	A la cessation des hostilités	L'Annexe "du refuge" 50 lits pourra peut-être continuer
HA 32	A la cessation des hostilités	Local scolaire

14) Tableau 13. Ouvertures et fermetures de formations bénévoles par type et par année de 1914 à 1921.

	Date	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	Vide	Total
Ouvertures	**Annexe H**	3								5	8
	Annexe H.B.	3								3	6
	H	20								7	27
	H.B.	70	5	2			1			27	105
	O.A.C.M.	5	4							28	37
	Total	101	9	2			1			70	183
	Pourcentage	55,2%	4,9%	1,1%			0,5%			38,3%	100,0%
	Somme des lits créés	959	50							118	1127
	Pourcentage	85,1%	4,4%							10,5%	100,0%
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture.	20	1							5	26
Fermetures	**Annexe H**	1		1						6	8
	Annexe H.B.	1		1	2	2					6
	H		2	1	18	2	1			3	27
	H.B.	2	8	20	38	17	9	1	1	9	105
	O.A.C.M.		1	1	2			1		32	37
	Total	4	11	24	60	21	10	2	1	50	183
	Pourcentage	2,2%	6,0%	13,1%	32,8%	11,5%	5,5%	1,1%	0,5%	27,3%	100,0%

15) Tableau 14. Ouvertures et fermetures de formations bénévoles par type de la structure et par mois d'août 1914 à juillet 1920.

	Date	août-14	sept.-14	oct.-14	nov.-14	déc.-14	janv.-15	févr.-15	avr.-15	mai-15	juin-15	juil.-15	août-15
Ouvertures	**Annexe H**	2											
	Annexe H.B.	2			1								
	H	4	13										
	H.B.	14	33	12	6		1	3	1				
	O.A.C.M.			2	1	1	2			1			
	Total	22	46	14	8	1	3	3	1	1			
	Pourcentage	12,0%	25,1%	7,7%	4,4%	0,5%	1,6%	1,6%	0,5%	0,5%			
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture	5	10	3					1				
	Somme des lits créés	234	559	124					50				
	Pourcentage	20,8%	49,6%	11,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	0,0%			
	Capacité moyenne	46,8	55,9	41,3					50				
Fermetures	**Annexe H**			1									
	Annexe H.B.					1							
	H												
	H.B.				2					1	1	1	1
	O.A.C.M.												
	Total			1	2	1				1	1	1	1
	Pourcentage			0,5%	1,1%	0,5%				0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

	Date	sept.-15	oct.-15	mars-16	avr.-16	mai-16	juil.-16	août-16	sept.-16	oct.-16	nov.-16	déc.-16	janv.-17
Ouvertures	Annexe H												
	Annexe H.B.												
	H												
	H.B.				1						1		
	O.A.C.M.												
	Total				1						1		
	Pourcentage				0,5%						0,5%		
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture												
	Somme des lits créés												
	Pourcentage				0,0%						0,0%		
	Capacité moyenne												
Fermetures	Annexe H						1						
	Annexe H.B.											1	
	H									1			1
	H.B.		3	2			2	1	3	5		7	4
	O.A.C.M.	1				1							1
	Total	1	3	2		1	3	1	3	6		8	6
	Pourcentage	0,5%	1,6%	1,1%		0,5%	1,6%	0,5%	1,6%	3,3%		4,4%	3,3%

	Date	févr.-17	mars-17	mai-17	juin-17	juil.-17	août-17	sept.-17	oct.-17	nov.-17	déc.-17	janv.-18	juil.-18
Ouvertures	Annexe H												
	Annexe H.B.												
	H												
	H.B.												
	O.A.C.M.												
	Total												
	Pourcentage												
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture												
	Somme des lits créés												
	Pourcentage												
	Capacité moyenne												
Fermetures	Annexe H												
	Annexe H.B.		1			1							
	H		5		1	3	4	2	2				
	H.B.	2	8	1	7	1	7	4	2	1	1	1	1
	O.A.C.M.							1					
	Total	2	14	1	8	5	11	7	4	1	1	1	1
	Pourcentage	1,1%	7,7%	0,5%	4,4%	2,7%	6,0%	3,8%	2,2%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

	Date	nov.-18	déc.-18	janv.-19	févr.-19	mars-19	avr.-19	mai-19	avr.-20	juil.-20	Vide	Total
Ouvertures	**Annexe H**										6	8
	Annexe H.B.										3	6
	H										10	27
	H.B.				1						32	105
	O.A.C.M.										30	37
	Total				1						81	183
	Pourcentage				0,5%						44,3%	100,0%
	Nombre de formations dont on connaît le nombre de lits à l'ouverture										7	26
	Somme des lits créés										160	1127
	Pourcentage				0,0%						14,2%	100,0%
	Capacité moyenne											
Fermetures	**Annexe H**										6	8
	Annexe H.B.		2									6
	H	1	1			1					5	27
	H.B.		14	2		3	1	2	1		13	105
	O.A.C.M.									1	32	37
	Total	1	17	2		4	1	2	1	1	56	183
	Pourcentage	0,5%	9,3%	1,1%		2,2%	0,5%	1,1%	0,5%	0,5%	30,6%	100,0%

16) Tableau 15. Population en 1911 des villes de la 9e région militaire où sont situées des structures sanitaires.

Source : http://cassini.ehess.fr/cassini/fr/html/1_navigation.php

Département de l'Indre.

Ville	Code INSEE	Population en 1911	Ville	Code INSEE	Population en 1911
Châteauroux	36044	26095	Vendoeuvres	36232	2126
Issoudun	36088	13709	Mézières-en-Brenne	36123	1926
Le Blanc	36018	6493	Bélâbre	36016	1813
Argenton-sur-Creuse	36006	6122	Chassignolles	36043	1326
La Châtre	36046	4770	Sainte-Sévère	36208	1297
Buzançais	36031	4638	Dun-le-Poëlier	36068	1281
Levroux	36093	4032	Pellevoisin	36155	1167
Châtillon-sur-Indre	36045	3621	Arthon	36009	1111
Valençay	36228	3343	Ciron	36053	1079
Villedieu-sur-Indre	36241	3243	Saint-Benoît-du-Sault	36182	939
Ardentes	36005	2725	Mâron	36112	838
Saint-Gaultier	36192	2659	Bouges	36023	804
Neuvy-Saint-Sépulchre	36141	2638	Langé	36092	780
Reuilly	36171	2578	Néons-sur-Creuse	36137	727
Aigurande	36001	2552	Saulnay	36212	532
Vatan	36230	2464	Meunet-Planches	36121	467
Orsennes	36146	2377	Saint-Cyran-du-Jambot	36188	441

Département d’Indre-et-Loire.

Ville	Code INSEE	Population en 1911	Ville	Code INSEE	Population en 1911
Tours	37261	73398	Ballan-Miré	37018	1246
Chinon	37072	5943	Mettray	37152	1243
Loches	37132	5346	Cléré	37081	1208
Amboise	37003	4660	Abilly	37001	1172
Château-Renault	37063	4135	Montbazon	37154	1161
Saint-Pierre-des-Corps	37233	4093	Cheillé	37067	1130
Saint-Symphorien	37300	3830	Beaumont-la-Ronce	37021	1129
Bléré	37027	3533	Céré	37046	1082
Langeais	37123	3467	Noizay	37171	1068
Bourgueil	37031	2850	Villedomer	37276	1054
Saint-Cyr-sur-Loire	37214	2740	Nouzilly	37175	1023
Joué-lès-Tours	37122	2730	Francueil (Villedomer)	37110	1000
La Riche	37195	2536	Hommes	37117	973
Ligueil	37130	2179	Ambillou	37002	969
Azay-le-Rideau	37014	2142	Sainte-Radegonde	37301	921
Richelieu	37196	2124	Chambray-lès-Tours	37050	814
Preuilly-sur-Claise	37189	2052	Souvigné	37251	787
Fondettes	37109	2038	Chançay	37052	745
Genillé	37111	2017	Villandry	37272	745
Saint-Avertin	37208	1905	Avoine	37011	723
Cinq-Mars-la-Pile	37077	1799	La Membrolle-sur-Choisille	37151	675
Luynes	37139	1734	Montrésor	37157	589
Monnaie	37153	1720	Parcay-Meslay	37179	554
La Haye-Descartes	37115	1697	Charentilly	37059	516
Neuillé-Pont-Pierre	37167	1581	Cerelles-Baudry	37047	491
Monts	37159	1561	Louestault	37135	415
Rochecorbon	37203	1524	Notre-Dame-d'Oé	37172	404
Neuvy-le-Roi	37170	1423	Autrèches	37009	366
Veigné	37266	1361	Chenonceaux	37070	308
Château-la-Vallière	37062	1296			

Département du Maine-et-Loire.

Ville	Code INSEE	Population en 1911	Ville	Code INSEE	Population en 1911
Angers	49007	83786	Challain-la-Potherie	49061	1778
Cholet	49099	21058	Vihiers	49373	1735
Saumur	49328	16198	Maulévrier	49192	1665
Chemille	49092	4270	Martigné-Briand	49191	1661
Chalonnes-sur-Loire	49063	4177	Chaudron-en-Mauges	49083	1637
Segré	49331	4134	Noyant-Méon	49228	1622
Longué	49180	4075	La Ménitré	49201	1551
Beaufort-en-Vallée	49021	4038	Le Puy-Notre-Dame	49253	1507
Beaupréau	49023	3590	Varennes-sur-Loire	49361	1449
Combrée	49103	3403	Yzernay	49381	1442
Doué-la-Fontaine	49125	3369	Seiches-sur-Le-Loir	49333	1422
Baugé	49018	3235	Châteauneuf-sur-Sarthe	49080	1413
Durtal	49127	3218	Brion	49049	1387
Pouancé	49248	3093	La Jumelière	49169	1296
La Pommeraye	49244	2886	Sainte-Gemmes-d'Andigné	49277	1235
Le Louroux-Béconnais	49183	2686	Montrevault	49218	1103
Jallais	49162	2568	Saint-Crespin-sur-Moine	49273	1037
Lion-d'Angers	49176	2518	Blou	49030	1006
Saint-Macaire-en-Mauges	49301	2473	La Salle-de-Vihiers	49325	955
Montreuil-Bellay	49215	2227	Bégrolles	49029	923
Torfou	49350	2225	Saint-Georges-Châtelaison	49282	866
Saint-Georges-sur-Loire	49283	2216	Brézé	49046	862
Sainte-Gemmes-sur-Loire	49278	2148	Saint-Georges-des-Gardes	49281	736
Candé	49054	2087	La Chapelle-sur-Oudon	49077	693
Saint-Mathurin-sur-Loire	49307	2028	Le Coudray	49112	656
Morannes	49220	1984	Montfaucon-sur-Moine	49206	600
Bécon	49026	1981	Ecuillé	49130	506
Tiercé	49347	1935	Chaumont-d'Anjou	49084	347
Nueil-sous-Passavent	49232	1850	Chenillé-Changé	49095	212

Département des Deux-Sèvres.

Ville	Code INSEE	Population en 1911	Ville	Code INSEE	Population en 1911
Niort	79191	23775	Celles-sur-Belle	79061	1594
Parthenay	79202	7544	Vernoux-en-Gatine	79342	1573
Thouars	79329	7111	Mauzé-sur-le-Mignon	79170	1520
Saint-Maixent-l'École	79270	5651	L'Absie	79001	1496
Bressuire	79049	5274	Champdeniers	79066	1342
Moncoutant	79179	2810	Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)	79079	1342
Melle	79174	2568	Argenton-Château	79013	1178
Lezay	79148	2558	Exireuil	79114	1137
Coulonges-sur-l'Autize	79101	2256	Faye-l'Abbesse	79116	1115
Breloux-la-Crèche	79048	2223	Ménigoute	79176	986
La Mothe-sur-Sainte-Héray	79184	2197	Magné	79460	977
Chef-Boutonne	79083	2170	Prahecq	79216	972
Saint-Pardoux	79285	2041	Usseau	79334	917
Allonnes	79007	1945	Secondigny	79311	837
Cerizay	79062	1940	Oiron	79196	792
Frontenay-Rohan-Rohan	79130	1847	Sainte-Néomaye	79283	720
Airvault	79005	1806	La Chapelle-Bertrand	79071	635
Sauzé-Vaussais	79307	1686	Chizé	79090	610
Ardin	79012	1667			

Département de la Vienne.

Ville	Code INSEE	Population en 1911	Ville	Code INSEE	Population en 1911
Poitiers	86194	41242	Pleumartin	86193	1335
Châtellerault	86066	18260	La Roche-Posay	86207	1327
Montmorillon	86165	4944	Bonneuil-Matour	86032	1314
Loudun	86137	4781	Les Ormes	86183	1259
Neuville-du-Poitou	86177	3261	Les Trois Moutiers	86274	1230
Chauvigny	86070	2632	Beaumont (La Tricherie)	86019	1170
Civray	86078	2515	Gençay	86103	1165
Vivonne	86293	2393	Liglet	86132	1139
Lusignan	86139	2123	L'Isle-Jourdain	86112	1114
Couhé-Vérac	86082	1896	Salles-en-Toulon	86233	1047
Charroux	86061	1862	La Puye	86202	1011
Lussac-les-Châteaux	86140	1783	Biard	86027	836
Persac	86190	1744	Leigné-les-Bois	86125	704
Saint-Pierre-de-Maillé	86236	1711	Mignaloux-Beauvoir	86157	692
La Trimouille	86273	1678	Antran-la-Gatilanière	86007	633
Scorbé-Clairvaux	86258	1451	Croutelle	86088	216
Sanxay	86253	1345			

17) Tableau 16. Répartition des formations créées au mois d'août 1914 par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge selon le local utilisé.

Type de bâtiment	S.S.B.M.	U.F.F.	Total
École	11	10	21
Privé	12		12
Dont châteaux (Privé)	6		6
Religieux	3		3
Soin	8	1	9
Indéterminé	1		1
Total	35	11	46

18) Tableau 17. Type de local employé en août 1914 pour la création des structures bénévoles en fonction du type de la structure.

	Type de la formation bénévole				Total
Type de bâtiment	**Annexe H**	**Annexe H.B.**	**H**	**H.B.**	
École	2	1		4	7
Indéterminé		1		1	2
Public				1	1
Religieux				2	2
Soin			4	6	10
Total	2	2	4	14	22

19) Tableau 18. Nombre de formations et de lits créés par les sociétés d'assistance de la Croix-Rouge durant les mois d'août et septembre 1914.

	S.S.B.M.		U.F.F.		Total	
Date	**août-14**	**septembre-14**	**août-14**	**septembre-14**	**août-14**	**septembre-14**
Nombre de formations créées	35	32	11	5	46	37
Somme des lits créés	1531	704	225	70	1756	774
Nombre de formations ouvertes dont le nombre de lits à l'ouverture est inconnu	5	4	6	3	11	7
Moyenne de lits à l'ouverture	51,03	25,14	45	35	50,17	25,80
Nombre d'hôpitaux auxiliaires créées	19	9	9	3	28	12
Nombre d'annexes d'hôpitaux auxiliaires créées	12	23	2	2	14	25
Nombre d'infirmeries de gare créées	4				4	0
Nombre de lits minimum à l'ouverture	5	12	40	20	5	12
Nombre de lits maximum à l'ouverture	250	57	50	50	250	57

20) Tableau 19. Type de bâtiment employé selon l'organisme à l'origine de la structure créée de février 1915 à décembre 1916.

	Type d'organisme			Total
Type de bâtiment	**Croix-Rouge**	**Œuvre bénévole**	**Service de Santé**	
École	6	2	11	19
Privé	2	3	7	12
Soin	6	1	3	10
Militaire			7	7
Indéterminé	4		2	6
Public	1		2	3
Religieux		2	1	3
Total	19	8	33	60

21) Tableau 20. Évolution du nombre de lits hospitaliers dans la 9e région.

Date	**20/08/1914**	**31/12/1914**	**31/12/1915**	**31/12/1916**	**31/12/1917**	**01/09/1918**
Nombre de lits	9593	21393	22936	23845	17077	16827

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

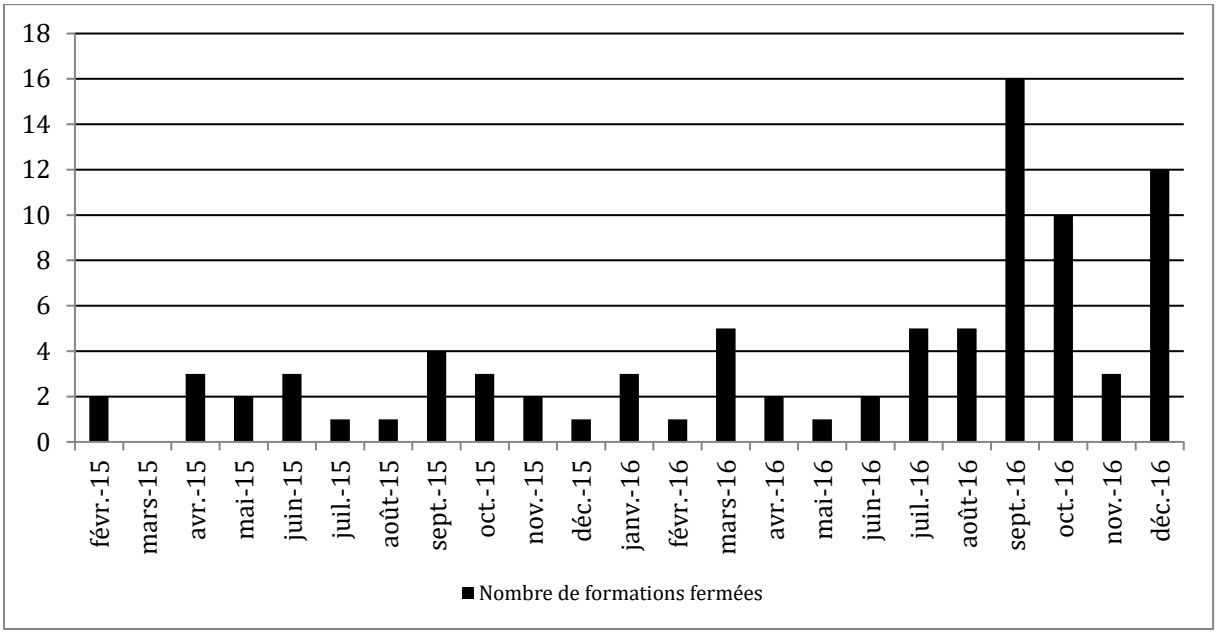
22) Tableau 21. Nombre de formations « fermées » selon l'œuvre à sa tête et le type de la formation de février 1915 à décembre 1916.

	Organisme						Total
	Croix-Rouge				Œuvre bénévole	Service de Santé	
Type de formation	A.D.F.	S.S.B.M.	U.F.F.	Total			
H.B.					28		28
Annexe H.A.	1	17		18			18
H.C.						15	15
Annexe H.C.						11	11
H.A.	1	2	3	6			6
H.D.C.						6	6
Annexe H					1	4	5
H					3		3
O.A.C.M.					2		2
Annexe H.B.					1		1
Total	2	19	3	24	35	36	95

23) Tableau 22. Type de bâtiment utilisé par les organismes pour leurs formations fermées de février 1915 à décembre 1916.

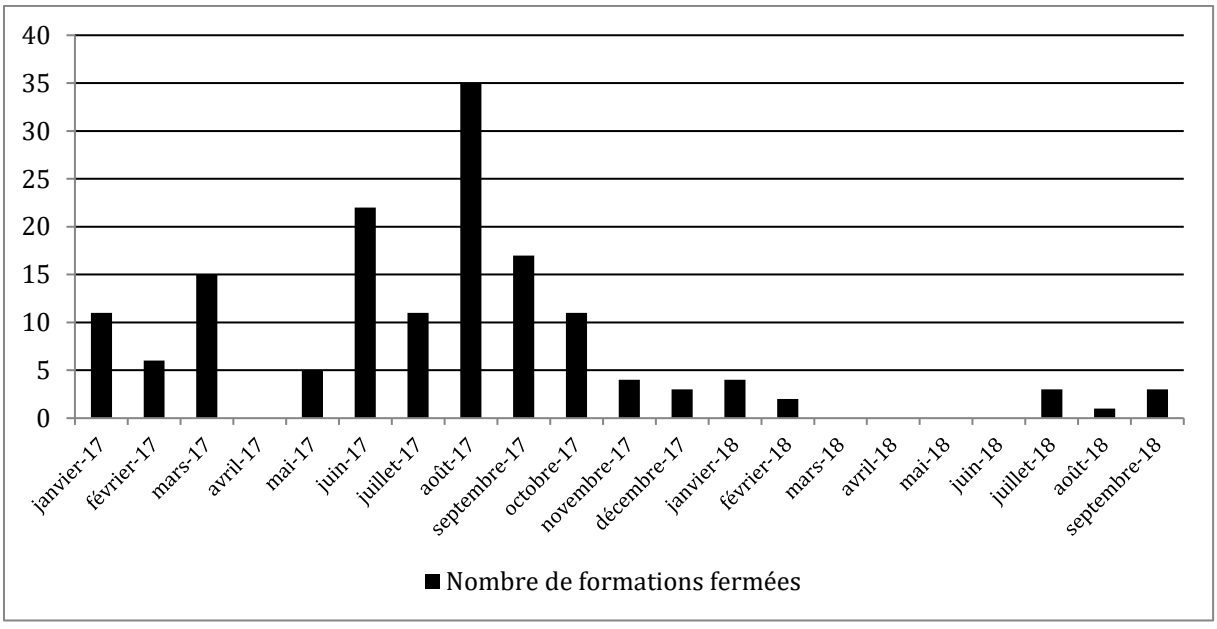
Type de bâtiment	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Service de Santé	Total
École	8	10	23	41
Privé	9	14	5	28
Soin	3	5	1	9
Indéterminé	2	3	1	6
Militaire			5	5
Public	2	1	1	4
Religieux		2		2
Total	24	35	36	95

24) Graphique 3. Fermetures de formations de février 1915 à décembre 1916.



Note : Les formations qui déménagent ou changent de type sont incluses dans ce graphique.

25) Graphique 4. Évolution des fermetures de formations sanitaires de janvier 1917 à octobre 1918.



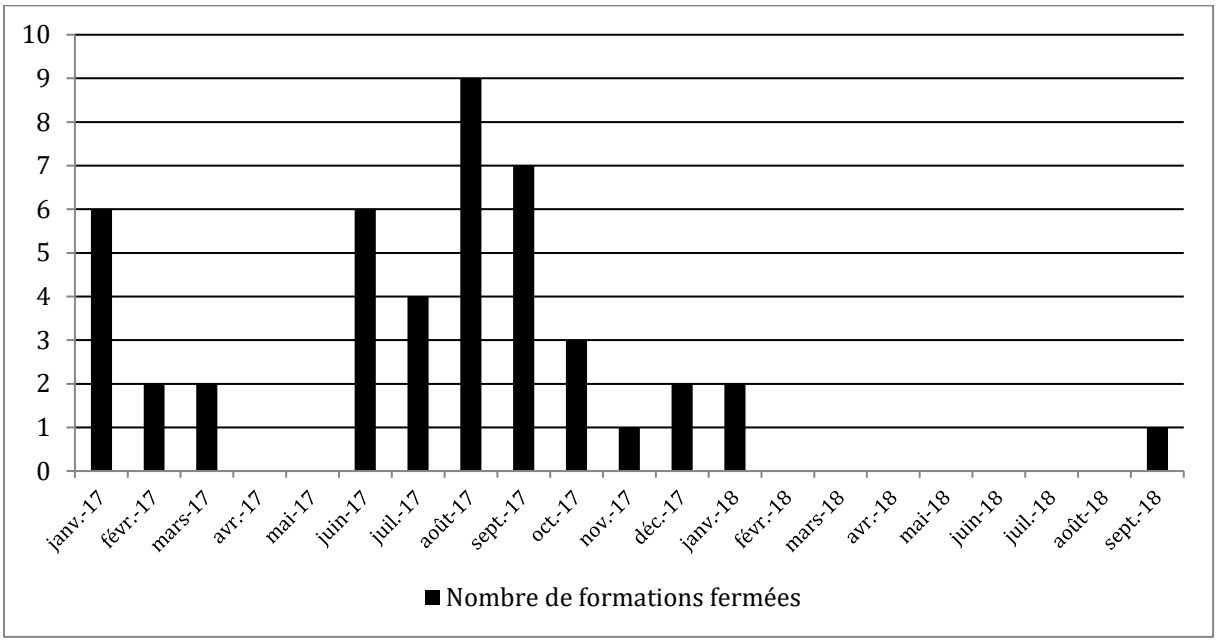
26) Tableau 23. Répartition des fermetures, selon le type de la formation, en 1917 et 1918 (exceptés novembre et décembre 1918).

Type de formation	1917	Pourcentage	1918	Pourcentage
Annexe H.	4	2,8%	1	5,9%
Annexe H.A.	27	19,0%	3	17,6%
Annexe H.B.	2	1,4%		0,0%
Annexe H.C.	25	17,6%	2	11,8%
Dépôt de physiothérapie		0,0%	1	5,9%
H.	18	12,7%		0,0%
H.A.	14	9,9%	1	5,9%
H.B.	38	26,8%	3	17,6%
H.C.	10	7,0%	5	29,4%
H.D.C.	1	0,7%		0,0%
O.A.C.M.	2	1,4%		0,0%
Structure de soutien	1	0,7%		0,0%
Structure de commandement		0,0%	1	5,9%
Total	142	100,0%	17	100,0%

27) Tableau 24. Nombre de formations créées en fonction de leur type, de janvier 1917 à octobre 1918.

Type de formation	Nombre de créations
Annexe H.A.	2
Annexe H.C.	9
H.A.	3
H.C.	3
Structure de commandement	1
Structure de soutien	3
Total	21

28) Graphique 5. Évolution du nombre de fermetures de formations sanitaires présentes dans des locaux scolaires de janvier 1917 à octobre 1918.

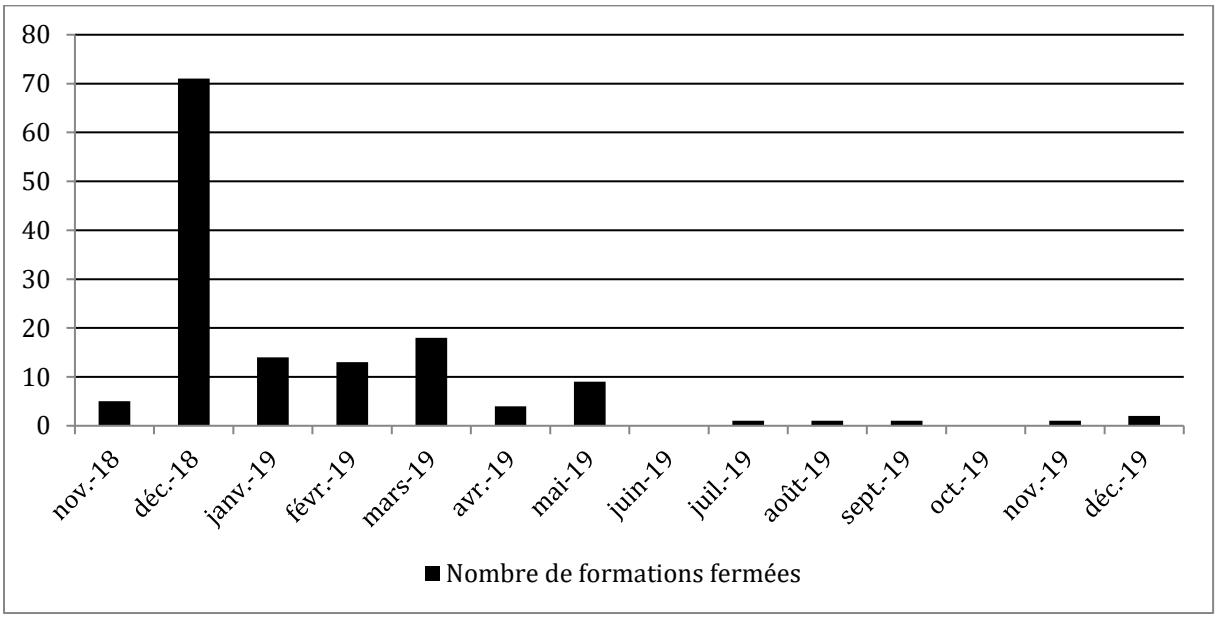


29) Tableau 25. Répartition, selon le type, des formations sanitaires existantes au 11 novembre 1918.

Type de formation	Nombre
Hôpitaux permanents mixtes ou civils	14
Annexes des hôpitaux permanents mixtes ou civils	6
Hôpitaux complémentaires	26
Annexes des hôpitaux complémentaires	25
Hôpitaux auxiliaires	32
Annexes des hôpitaux auxiliaires	21
Hôpitaux bénévoles	38
Annexes des hôpitaux bénévoles	2
Total	164

Source : S.H.D. GR 8 NN 267. Rapport particulier fait par le contrôleur de 1ère classe Drouot sur les opérations de démobilisation et daté du 30 avril 1919.

30) Graphique 6. Évolution du nombre de fermetures de formations de novembre 1918 à décembre 1919.

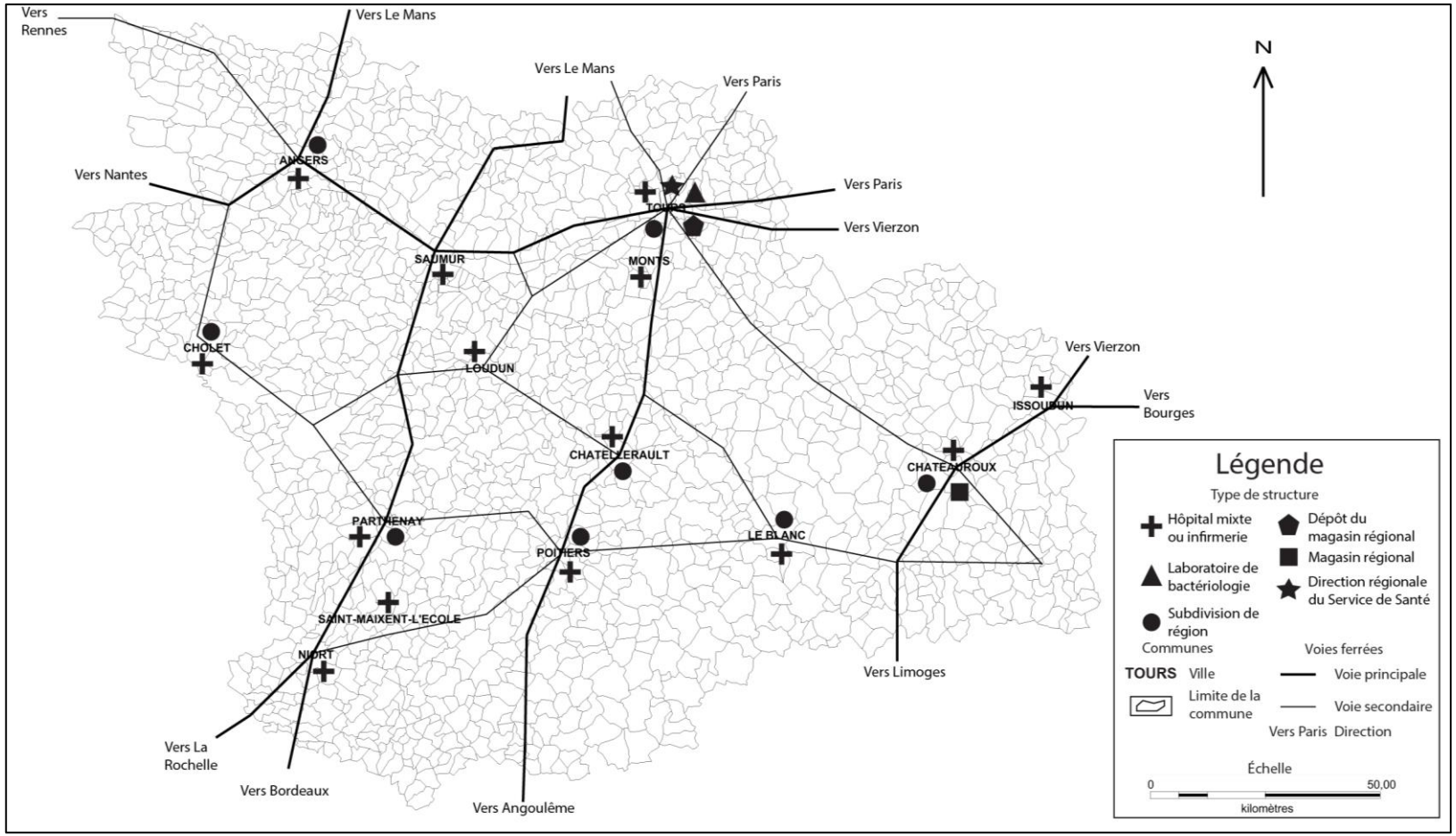


31) Tableau 26. Répartition des restitutions, selon le type de la formation, en décembre 1918.

Type de la formation	Nombre de fermetures	Pourcentage
Annexe H.	1	1,4%
Annexe H.A.	19	26,8%
Annexe H.B.	2	2,8%
Annexe H.C.	12	16,9%
H.	1	1,4%
H.A.	18	25,4%
H.B.	14	19,7%
H.C.	4	5,6%
Total	71	100,0%

III- Cartes et tableaux.

1) Carte 1. Emplacement des structures militaires du Service de Santé aux Armées du 9e corps d'armée au début de l'année 1914.

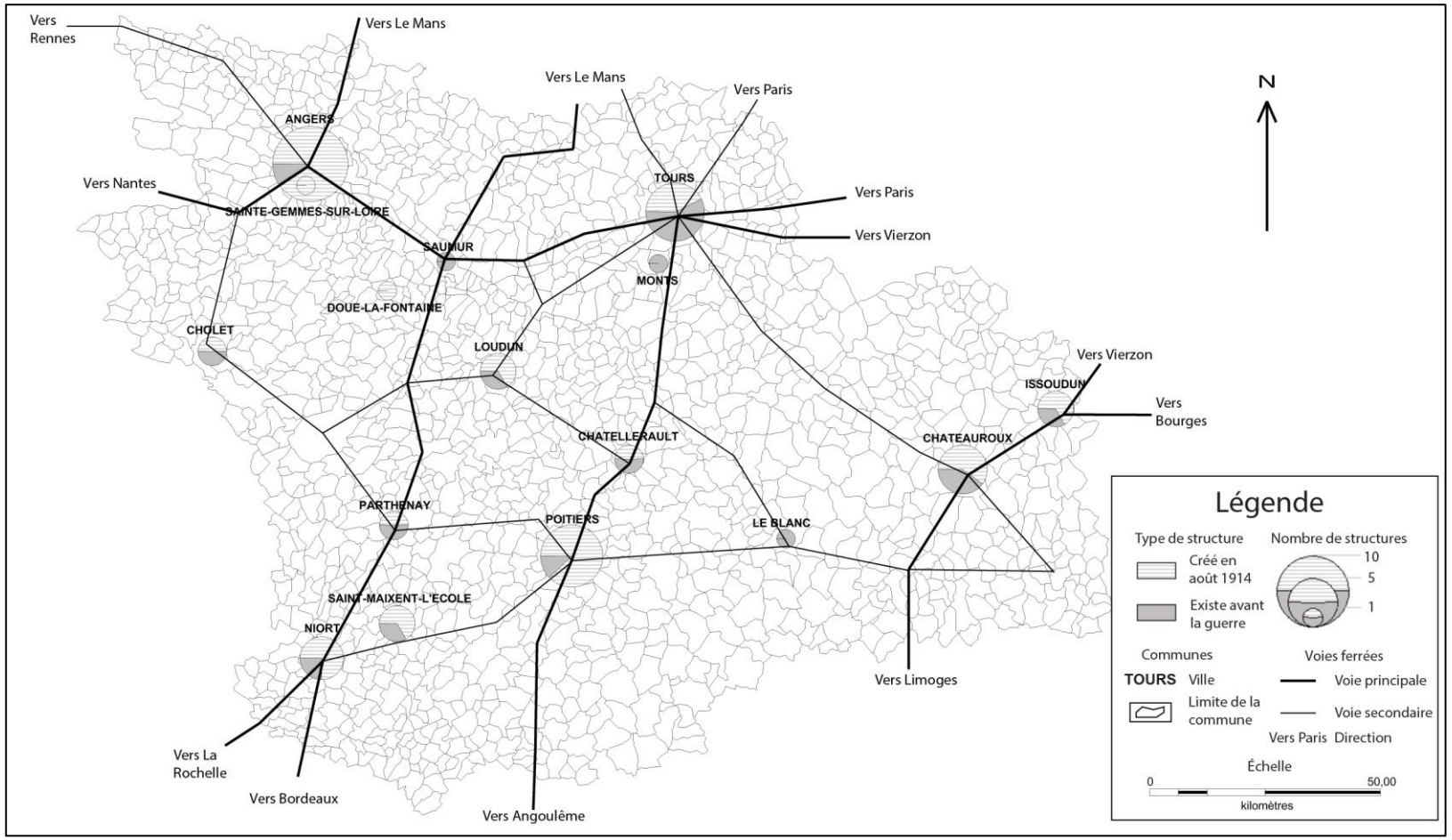


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

2) Tableau 27. Répartition des structures du Service de Santé aux Armées du 9e corps d'armées au début de l'année 1914.

Ville	Hôpital	Infirmerie de Monts	Laboratoire de bactériologie	Structure de commandement	Structure de soutien	Total
Le Blanc	1					1
Châteauroux	1				1	2
Issoudun	1					1
Monts		1				1
Tours	1		1	1	1	4
Angers	1					1
Cholet	1					1
Saumur	1					1
Niort	1					1
Parthenay	1					1
Saint-Maixent-l'École	1					1
Châtellerault	1					1
Loudun	1					1
Poitiers	1					1
Total	13	1	1	1	2	18

3) Carte 2. Emplacement des structures militaires créées au mois d'août 1914 par rapport à celles existantes avant la guerre.

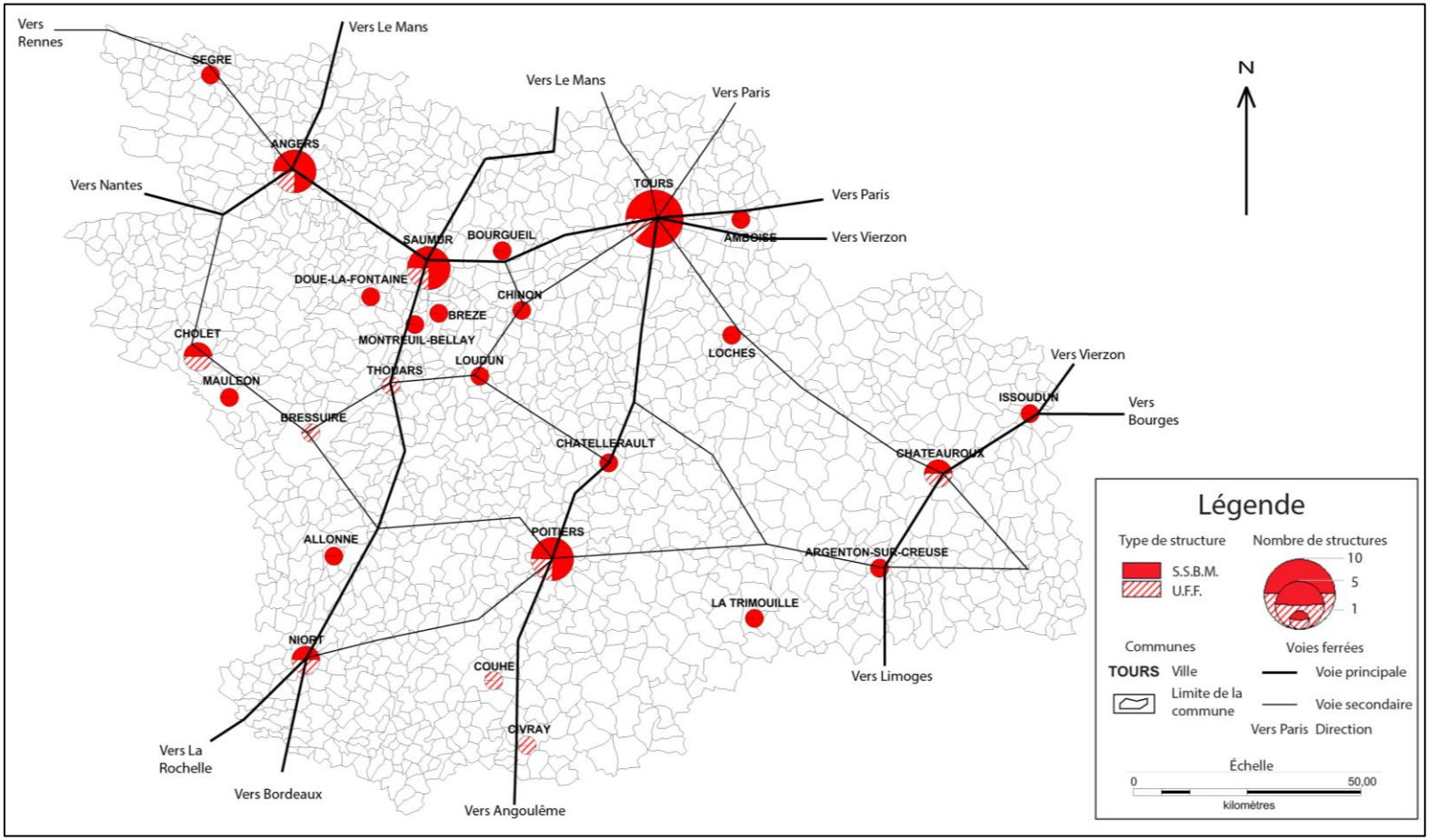


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

4) Tableau 28. Répartition selon le type des structures militaires existantes avant la guerre et de celles créées en août 1914.

Ville	Existantes avant la guerre						Créées en août 1914			Total général
	Hôpital	Infirmerie de Monts	Laboratoire de bactériologie	Structure de commandement	Structure de soutien	Total	Annexe	Hôpital	Total	
Le Blanc	1					1	0	0	0	1
Châteauroux	1				1	2	0	3	3	5
Issoudun	1					1	0	2	2	3
Monts		1				1	0	0	0	1
Tours	1		1	1	1	4	0	3	3	7
Angers	1					1	4	6	10	11
Cholet	1					1	0	1	1	2
Doué-la-Fontaine							1	0	1	1
Sainte-Gemmes-sur-Loire							0	1	1	1
Saumur	1					1	0	0	0	1
Niort	1					1	1	2	3	4
Parthenay	1					1	0	1	1	2
Saint-Maixent-l'École	1					1	0	2	2	3
Châtellerault	1					1	0	1	1	2
Loudun	1					1	2	0	2	3
Poitiers	1					1	2	5	7	8
Total	13	1	1	1	2	18	10	27	37	55

5) Carte 3. Emplacement des formations de la Croix-Rouge créées au mois d'août 1914 selon la société d'assistance de la Croix-Rouge à l'origine de leur création.

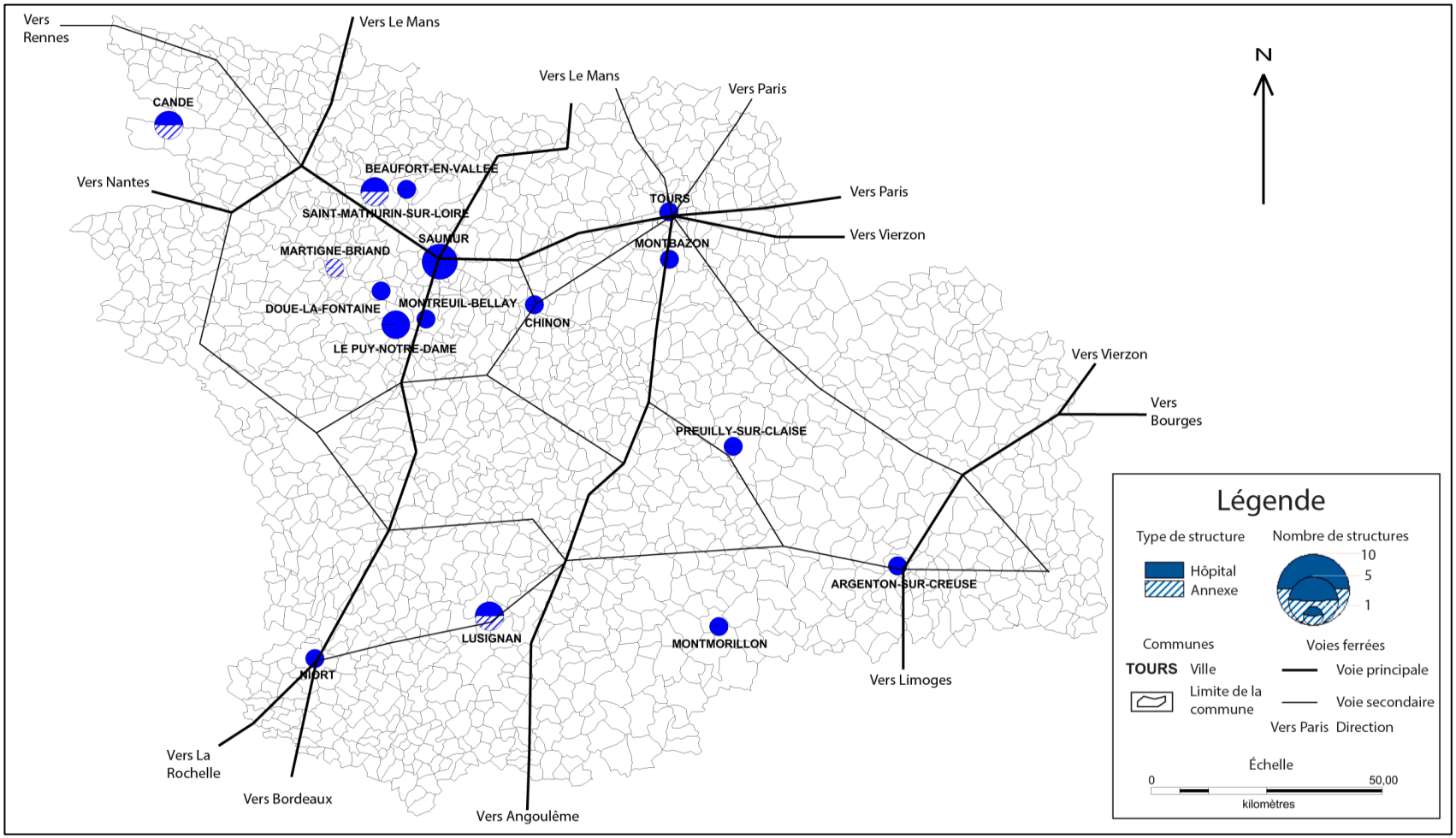


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

6) Tableau 29. Répartition des structures créées par la Croix-Rouge en août 1914 selon la société d'assistance et le type de la structure.

Société	S.S.B.M.				U.F.F.			Total général
Ville	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	
Argenton-sur-Creuse			1	1				1
Châteauroux		1		1		1	1	2
Issoudun	1			1				1
Amboise		1		1				1
Bourgueil		1		1				1
Chinon		1		1				1
Loches		1		1				1
Saint-Pierre-des-Corps			1	1				1
Tours	4	2		6		1	1	7
Sainte-Radegonde		1		1				1
Angers		2	1	3		1	1	4
Brézé	1			1				1
Cholet		1		1		1	1	2
Doué-la-Fontaine	1			1				1
Montreuil-Bellay	1			1				1
Saumur	2	1		3		1	1	4
Segré		1		1				1
Allonnes	1			1				1
Bressuire						1	1	1
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)		1		1				1
Niort		1		1		1	1	2
Thouars						1	1	1
Châtellerault		1		1				1
Civray					1		1	1
Couhé-Vérac					1		1	1
Loudun		1		1				1
Poitiers	1	1	1	3		1	1	4
La Trimouille		1		1				1
Total	12	19	4	35	2	9	11	46

7) Carte 4. Emplacement des formations bénévoles créées au mois d'août 1914 selon le type de la formation.

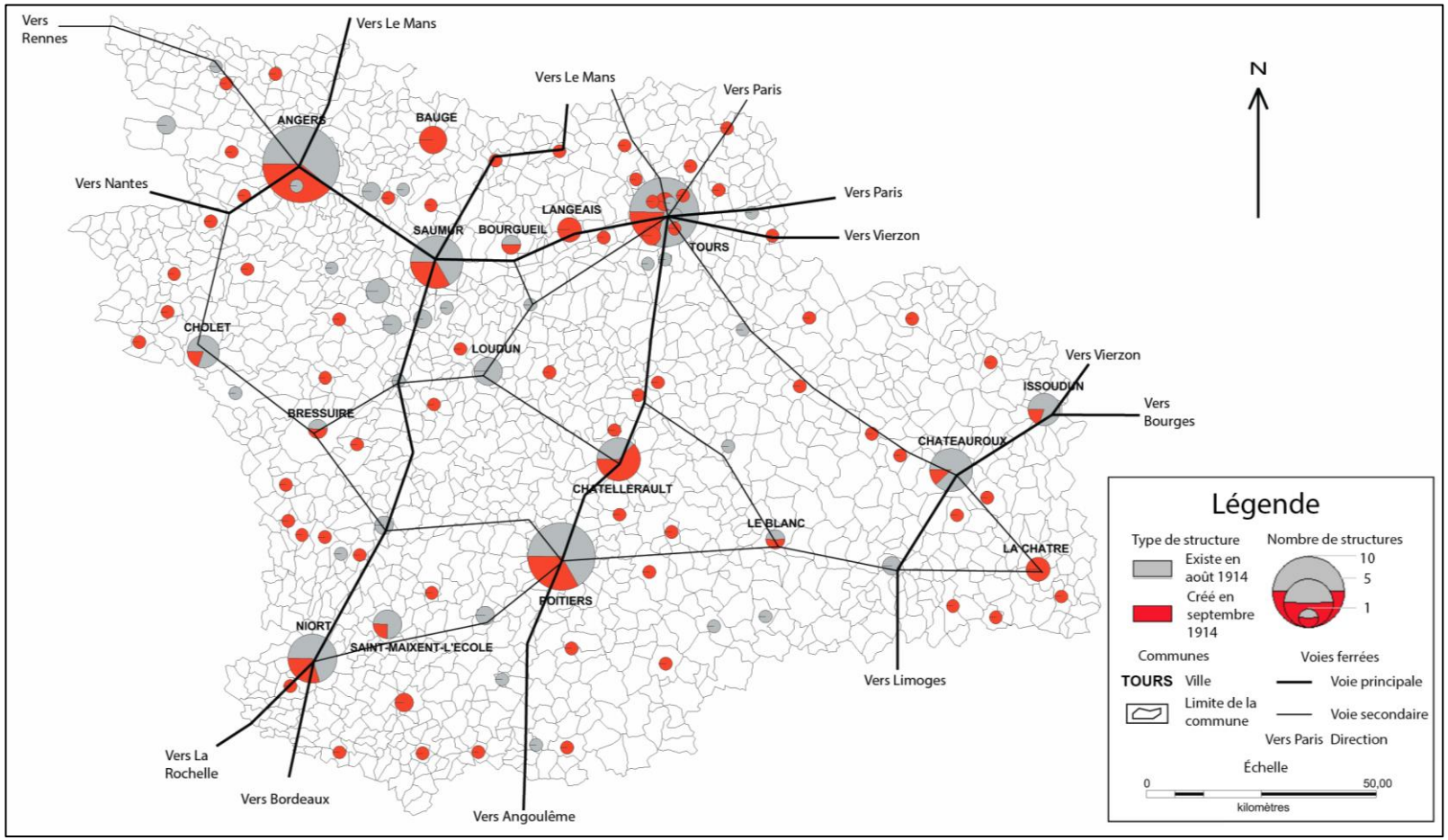


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

8) Tableau 30. Répartition des structures bénévoles ouvertes en août 1914 selon le type de la structure.

Ville	Annexe	Hôpital	Total
Argenton-sur-Creuse	0	1	1
Chinon	0	1	1
Montbazon	0	1	1
Preuilly-sur-Claise	0	1	1
Tours	0	1	1
Beaufort-en-Vallée	0	1	1
Candé	1	1	2
Doué-la-Fontaine	0	1	1
Martigné-Briand	1	0	1
Montreuil-Bellay	0	1	1
Le Puy-Notre-Dame	0	2	2
Saint-Mathurin-sur-Loire	1	1	2
Saumur	0	3	3
Niort	0	1	1
Lusignan	1	1	2
Montmorillon	0	1	1
Total	4	18	22

9) Carte 5. Emplacement des formations présentes dans la 9e région militaire à la fin du mois de septembre 1914, selon leur date de création.

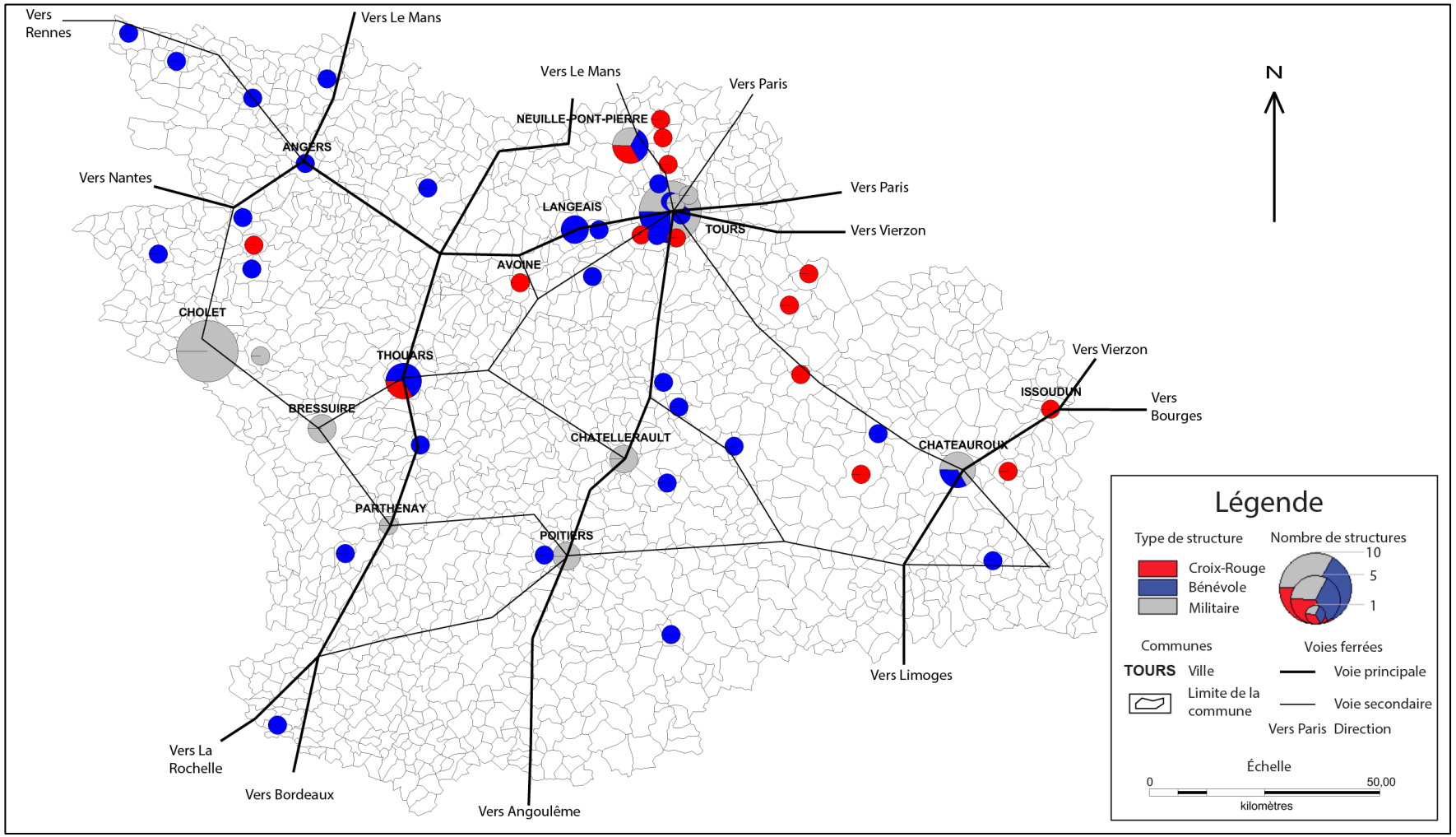


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

10) Tableau 31. Répartition des formations existantes à la fin du mois de septembre 1914.

Ville	Nb form.	Ville	Nb form.	Ville	Nb form.
Aigurande	1	Civray	1	Niort	11
Allonnes	1	Couhé-Vérac	1	Noyant-Méon	1
Amboise	2	Doué-la-Fontaine	3	Nueil-sous-Passavent	1
Angers	23	Faye-l'Abbesse	1	Oiron	1
Antran-la-Gatilanière	1	Frontenay-Rohan-Rohan	1	Orsennes	1
Ardentes	1	Gençay	1	Parthenay	2
Argenton-Château	1	Issoudun	5	Persac	1
Argenton-sur-Creuse	2	Joué-lès-Tours	2	Poitiers	18
Arthon	1	L'Absie	1	Preuilly-sur-Claise	1
Baugé	4	La Chapelle-sur-Oudon	1	Richelieu	1
Beaufort-en-Vallée	1	La Châtre	3	Rochecorbon	1
Beaupréau	1	La Haye-Descartes	1	Saint-Avertin	1
Bécon	1	La Menitré	1	Saint-Cyr-sur-Loire	1
Bonneuil-Matour	1	La Pommeraye	1	Saint-Georges-sur-Loire	1
Bourgueil	2	La Puye	1	Saint-Macaire-en-Mauges	1
Bressuire	2	La Trimouille	1	Saint-Maixent-l'École	4
Brézé	1	Langeais	3	Saint-Mathurin-sur-Loire	2
Buzançais	1	Le Blanc	2	Saint-Pardoux	1
Candé	2	Le Puy-Notre-Dame	2	Saint-Pierre-des-Corps	1
Chançay	1	Les Ormes	1	Saint-Symphorien	2
Charentilly	1	Les Trois Moutiers	1	Sainte-Gemmes-sur-Loire	1
Charroux	1	Loches	1	Sainte-Radegonde	1
Château-la-Vallière	1	Longué	1	Sainte-Sévère	1
Châteaurenault	1	Loudun	4	Saumur	12
Châteauroux	8	Lusignan	2	Sauzé-Vaussais	1
Châtellerault	8	Martigné-Briand	1	Secondigny	1
Châtillon-sur-Indre	1	Melle	2	Segré	1
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)	1	Ménigoute	1	Thouars	1
Chauvigny	1	Moncoutant	1	Torfou	1
Chef-Boutonne	1	Monnaie	1	Tours	19
Chemillé	1	Montbazon	1	Valençay	1
Chenillé-Changé	1	Montmorillon	1	Vatan	1
Chenonceaux	1	Montrésor	1	Vernoux-en-Gâtine	1
Chinon	2	Montreuil-Bellay	2	Villandry	1
Chizé	1	Monts	1	Villedieu-sur-Indre	1
Cholet	5	Neuillé-Pont-Pierre	1	Total	237

11) Carte 6. Emplacement des formations créées du mois d'octobre 1914 au mois de janvier 1915 selon l'organisme à leur origine.

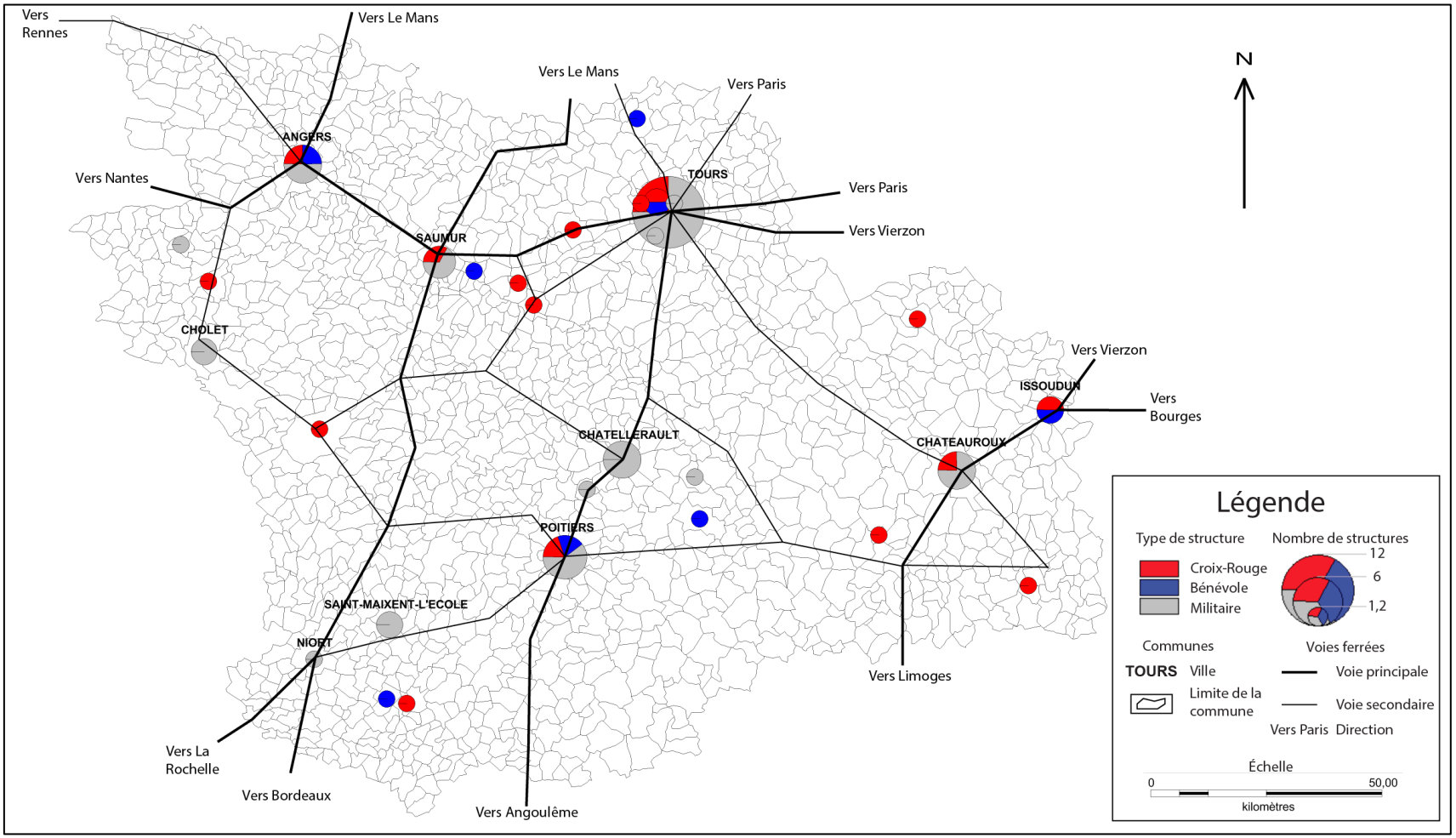


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

12) Tableau 32. Répartition des formations créées du mois d'octobre 1914 au mois de janvier 1915.

Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.
Abilly	1	Cheillé	1	Neuillé-Pont-Pierre	3
Airvault	1	Chemillé	1	Neuvy-Saint-Sépulchre	1
Allonnes	1	Cholet	8	Parthenay	1
Angers	1	Cinq-Mars-la-Pile	1	Poitiers	2
Avoine	1	Combrée	1	Pouancé	1
Ballan-Miré	1	Genillé	1	Preuilly-sur-Claise	1
Beaumont-la-Ronce	1	Issoudun	1	Rochecorbon	1
Biard	1	Joué-lès-Tours	1	Saint-Cyran-du-Jambot	1
Bressuire	2	La Haye-Descartes	1	Saint-Pierre-des-Corps	1
Brion	1	La Jumelière	1	Saint-Symphorien	1
Buzançais	1	Langeais	2	Sainte-Radegonde	1
Céré	1	Leigné-les-Bois	1	Thouars	3
Cérelles-Baudry	1	Lion-d'Angers	1	Tours	8
Chalonnes-sur-Loire	1	Louestault	1	Usseau	1
Chambray-lès-Tours	1	Lussac-les-Châteaux	1	Vendoeuvres	1
Châteauneuf-sur-Sarthe	1	Mâron	1	Yzernay	1
Châteauroux	3	Mettray	1	Total	76
Châtellerault	2	Montrevault	1		

13) Carte 7. Emplacement des structures créées selon l'organisme qui en est à l'origine, du mois de février 1915 au mois de décembre 1916.

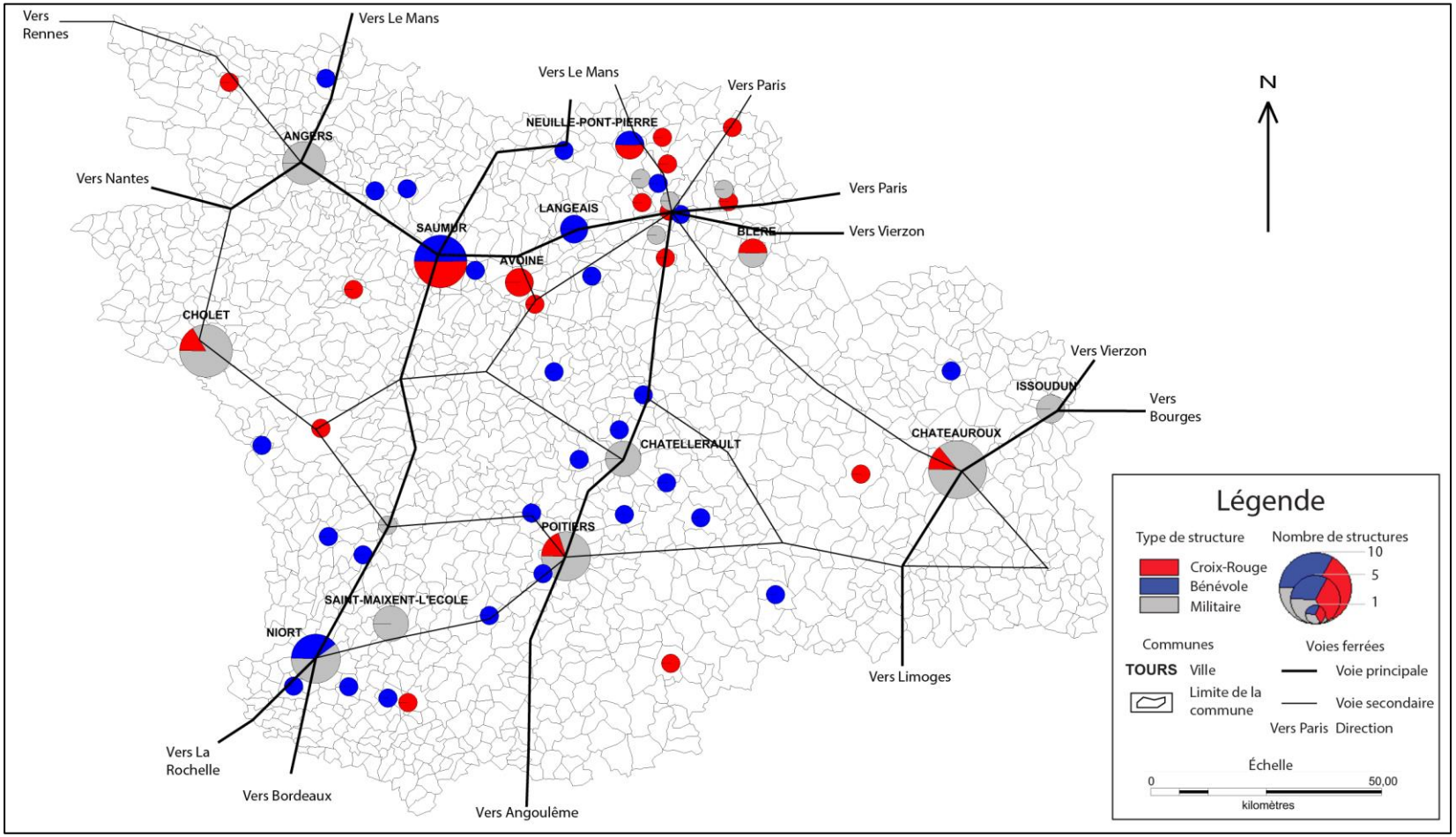


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

14) Tableau 33. Répartition des structures créées du mois de février 1915 au 31 décembre 1916.

Ville	Nombre de formations	Ville	Nombre de formations
Angers	4	Langeais	1
Avoine	1	Melle	1
Bressuire	1	Neuvy-le-Roi	1
Celles-sur-Belle	1	Niort	1
Chassignolles	1	Poitiers	5
Châteauroux	4	Saint-Cyr-sur-Loire	2
Châtellerault	4	Saint-Gaultier	1
Chaudron-en-Mauges	1	Saint-Maixent-l'École	2
Chinon	1	Saint-Pierre-de-Maillé	1
Cholet	2	Sainte-Radegonde	1
Fondettes	1	Saumur	3
Issoudun	2	Tours	12
Jallais	1	Valençay	1
Joué-lès-Tours	1	Varennes-sur-Loire	1
La Roche-Posay	1	Total	60
La Tricherie	1		

15) Carte 8. Emplacement des formations, selon l'organisme à leur origine, fermées du mois de février 1915 au mois de décembre 1916.

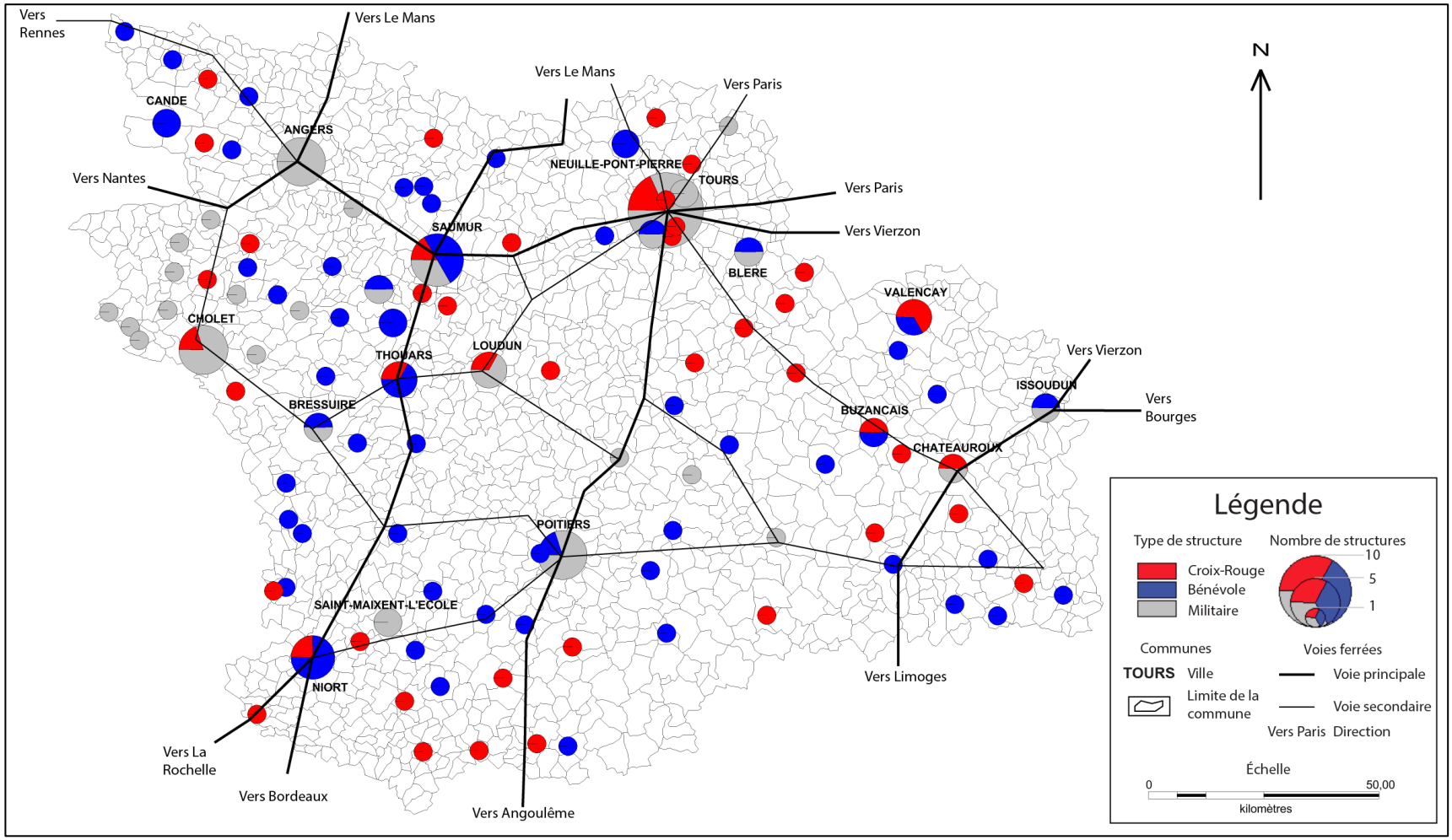


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

16) Tableau 34. Répartition des formations fermées du mois de février 1915 au mois de décembre 1916

Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.
Angers	4	Chinon	1	Parthenay	1
Antran-la-Gatilanière	1	Cholet	6	Persac	1
Avoine	2	Croutelle	1	Poitiers	5
Beaufort-en-Vallée	1	Fondettes	1	Prahecq	1
Beaumont-la-Ronce	1	Frontenay-Rohan-Rohan	1	Richelieu	1
Bléré	2	Issoudun	2	Saint-Georges-Châtelaison	1
Bonneuil-Matour	1	Joué-lès-Tours	1	Saint-Maixent-l'École	3
Bouges	1	La Chapelle-sur-Oudon	1	Saint-Mathurin-sur-Loire	1
Bressuire	1	Langeais	2	Saint-Pardoux	1
Celles-sur-Belle	1	Leigné-les-Bois	1	Saint-Pierre-de-Maille	1
Cérelles-Baudry	1	Les Ormes	1	Saint-Pierre-des-Corps	1
Cerizay	1	Liglet	1	Saint-Symphorien	1
Chançay	1	Lusignan	1	Saumur	6
Charentilly	1	Magné	1	Scorbé-Clairvaux	1
Château-la-Vallière	1	Melle	1	Secondigny	1
Châteauneuf-sur-Sarthe	1	Mettray	1	Tours	1
Châteaurenault	1	Neuillé-Pont-Pierre	2	Varennes-sur-Loire	1
Châteauroux	7	Neuville-du-Poitou	1	Veigné	1
Châtellerault	3	Niort	5	Vendoeuvres	1
Cheillé	1	Noizay	1	Total	95

17) Carte 9. Emplacement des formations fermées, selon l'organisme à l'origine de la formation, de janvier 1917 à l'armistice.

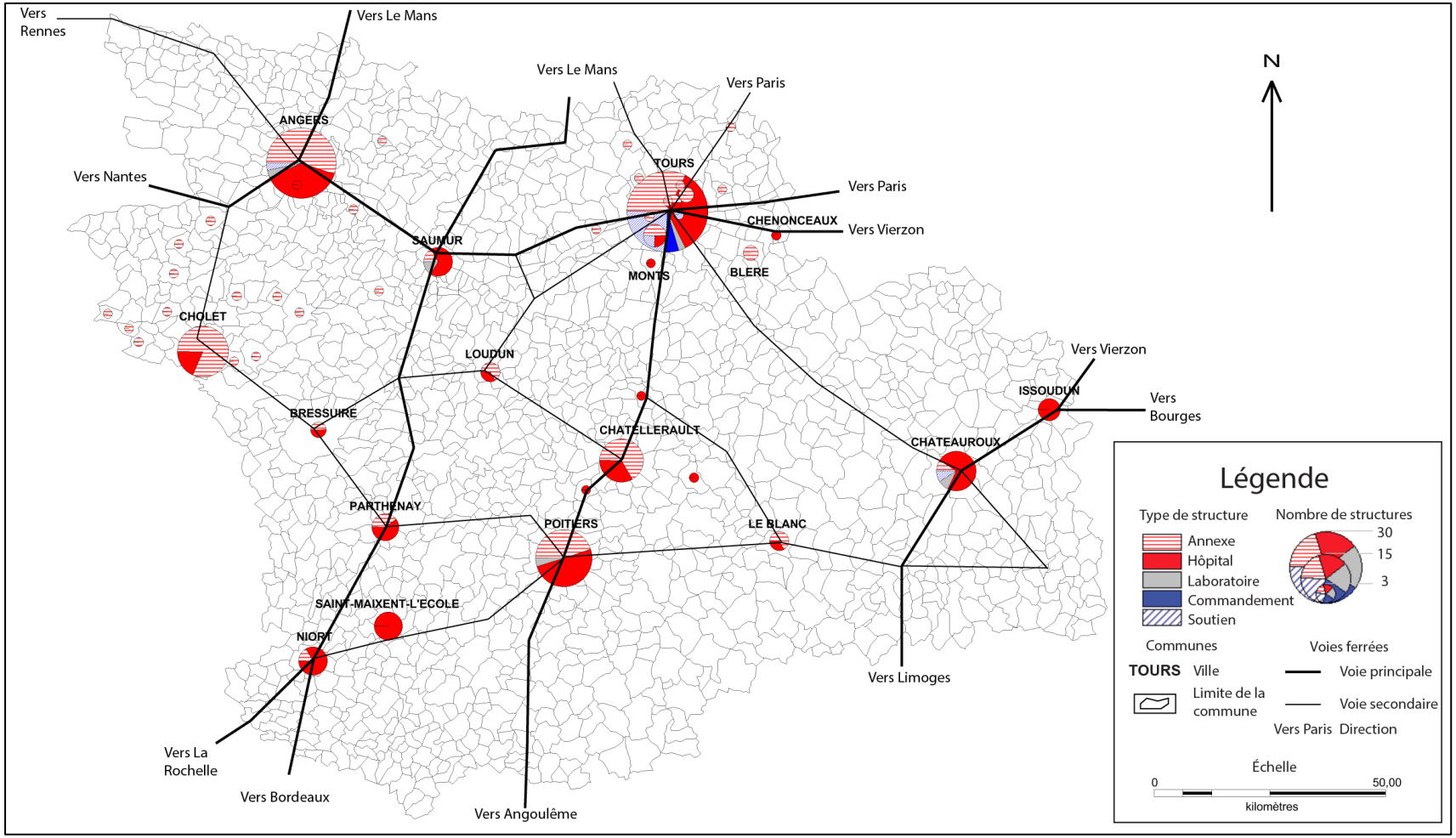


Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

18) Tableau 35. Répartition des structures fermées de janvier 1917 à l'armistice.

Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.	Ville	Nb. form.
Abilly	1	Coulonges-sur-l'Autize	1	Moncoutant	1
Aigurande	1	Doué-la-Fontaine	2	Monnaie	1
Airvault	1	Faye-l'Abbesse	1	Montfaucon-sur-Moine	1
Angers	5	Gençay	1	Neuillé-Pont-Pierre	2
Ardin	1	Genillé	1	Neuvy-Saint-Sépulchre	1
Argenton-Château	1	Issoudun	2	Niort	4
Argenton-sur-Creuse	2	Jallais	1	Noyant-Méon	1
Baugé	1	Joué-lès-Tours	2	Nueil-sous-Passavent	1
Beaufort-en-Vallée	1	L'Absie	1	Orsennes	1
Beaupréau	1	La Chapelle-Bertrand	1	Poitiers	5
Bécon	1	La Jumelière	1	Pouancé	1
Bégrolles	1	La Mothe-sur-Sainte-Héray	1	Preuilly-sur-Claise	1
Biard	1	La Pommeraye	1	Richelieu	1
Bléré	2	La Puye	1	Rochecorbon	2
Bourgueil	1	La Roche-Posay	1	Saint-Avertin	1
Breloux-la-Crêche	1	La Salle-de-Vihiers	1	Saint-Crespin-sur-Moine	1
Bressuire	2	La Trimouille	1	Saint-Cyran-du-Jambot	1
Brézé	1	Langé	1	Saint-Gaultier	1
Brion	1	Le Blanc	1	Saint-Georges-des-Gardes	1
Buzançais	2	Le Coudray	1	Saint-Macaire-en-Mauges	1
Candé	2	Le Louroux-Béconnais	1	Saint-Maixent-l'École	2
Céré	1	Le Puy-Notre-Dame	2	Saint-Symphorien	1
Chambray-lès-Tours	1	Levroux	1	Sainte-Gemmes-d'Andigné	1
Charroux	1	Lezay	1	Sainte-Sévère	1
Chassignolles	1	Ligueil	1	Saumur	6
Châteaurenault	1	Lion-d'Angers	1	Sauzé-Vaussais	1
Châteauroux	2	Loches	1	Thouars	3
Châtellerault	1	Longué	1	Torfou	1
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)	1	Loudun	3	Tours	11
Chaudron-en-Mauges	1	Louestault	1	Valençay	3
Chauvigny	1	Lusignan	1	Vernoux-en-Gatine	1
Chef-Boutonne	1	Lussac-les-Châteaux	1	Vihiers	1
Chemille	1	Martigné-Briand	1	Villandry	1
Cholet	5	Mauzé-sur-le-Mignon	1	Villedieu-sur-Indre	1
Civray	1	Melle	1	Vivonne	1
Combrée	1	Ménigoute	1	Yzernay	1
Couhé-Vérac	1	Mézières-en-Brenne	1	Total	159

19) Carte 10. Emplacement des structures militaires ouvertes durant le conflit selon le type de la structure.



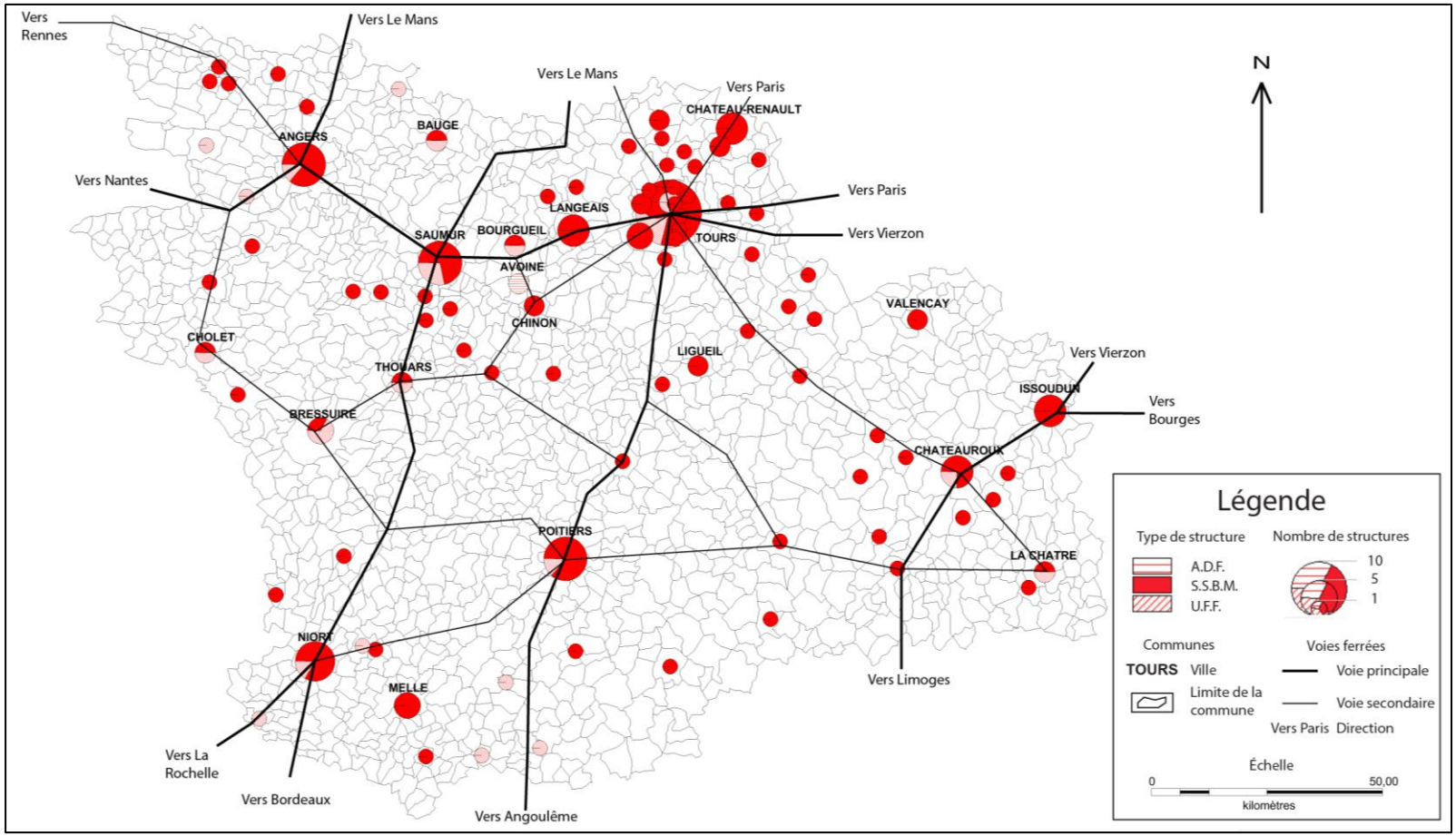
Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

20) Tableau 36. Répartition des structures militaires ouvertes durant le conflit selon le type de la structure.

Ville	Annexe	Hôpital	Laboratoire de bactériologie	Structure de commandement	Structure de soutien	Total
Tours	12	13	1	2	9	37
Angers	16	11	1		1	29
Poitiers	9	10	1			20
Cholet	13	3				16
Châtellerault	8	4				12
Châteauroux	1	8	1		1	11
Saumur	1	4	1			6
Niort	1	5				6
Saint-Maixent-l'École	0	6				6
Parthenay	2	3				5
Issoudun	0	4				4
Joué-lès-Tours	2	1			1	4
Le Blanc	2	1				3
Loudun	2	1				3
Bléré	2	0				2
Rochecorbon	2	0				2
Sainte-Radegonde	1	1				2
Bressuire	1	1				2
Chançay	1	0				1
Charentilly	1	0				1
Châteaurenault	1	0				1
Chenonceaux	0	1				1
Cinq-Mars-la-Pile	1	0				1
Monts	0	1				1
Neuillé-Pont-Pierre	1	0				1
Parçay-Meslay	1	0				1
La Riche	1	0				1
Saint-Pierre-des-Corps	0	0			1	1

Ville	Annexe	Hôpital	Laboratoire de bactériologie	Structure de commandement	Structure de soutien	Total
Saint-Symphorien	1	0				1
Beaupréau	1	0				1
Bégrolles	1	0				1
Chaudron-en-Mauges	1	0				1
Chaumont-d'Anjou	1	0				1
Doué-la-Fontaine	1	0				1
Maulévrier	1	0				1
Montfaucon-sur-Moine	1	0				1
La Pommeraye	1	0				1
Saint-Crespin-sur-Moine	1	0				1
Sainte-Gemmes-sur-Loire	0	1				1
Saint-Georges-des-Gardes	1	0				1
Saint-Macaire-en-Mauges	1	0				1
La Salle-de-Vihiers	1	0				1
Torfou	1	0				1
Vihiers	1	0				1
Yzernay	1	0				1
La Tricherie	0	1				1
Les Ormes	0	1				1
La Roche-Posay	0	1				1
Total	98	82	5	2	13	200

21) Carte 11. Répartition des formations de la Croix-Rouge ouvertes durant la guerre selon la société à l'origine de la formation.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

22) Tableau 37. Répartition des formations de la Croix-Rouge ouvertes durant la guerre selon la société et le type de la formation.

Société	A.D.F.			S.S.B.M.				U.F.F.			Total général
Ville	Annexe H.A.	H.A.	Total	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	
Tours				8	3		11	2	1	3	14
Angers				3	2	1	6		1	1	7
Poitiers				3	2	1	6		1	1	7
Saumur				2	1	1	4		2	2	6
Niort				2	2	1	5		1	1	6
Châteauroux				1	2		3		1	1	4
Châteaurenault				3	1		4				4
Issoudun				3	1		4				4
Langeais				4			4				4
Saint-Cyr-sur-Loire				4			4				4
Bressuire					1		1		2	2	3
Ballan-Miré				3			3				3
Melle				1	2		3				3
Saint-Symphorien								2		2	2
Baugé					1		1		1	1	2
Bourgueil					1		1		1	1	2
La Châtre					1		1		1	1	2
Cholet					1		1		1	1	2
Thouars						1	1		1	1	2
Avoine	1	1	2								2
Chinon					2		2				2

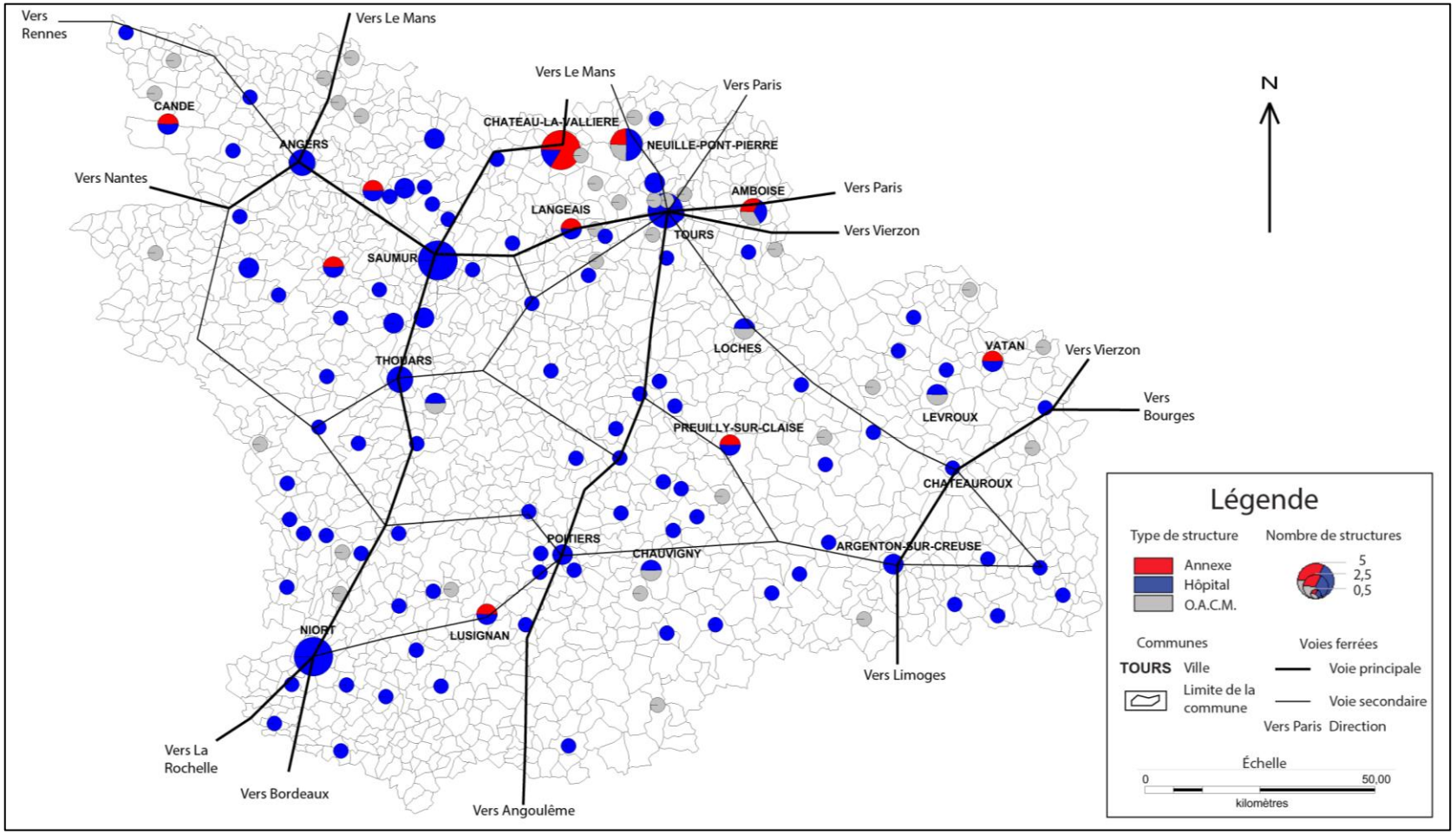
Société	A.D.F.			S.S.B.M.				U.F.F.			Total général
Ville	Annexe H.A.	H.A.	Total	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	
Fondettes				2			2				2
Ligueil				2			2				2
Louestault				2			2				2
Valençay				2			2				2
Villedomer				2			2				2
Breloux-la-Crèche									1	1	1
Civray								1		1	1
Couhé-Vérac								1		1	1
Durtal								1		1	1
Le Louroux-Béconnais								1		1	1
Mauzé-sur-le-Mignon								1		1	1
Saint-Georges-sur-Loire								1		1	1
Sauzé-Vaussais									1	1	1
Allonnes				1			1				1
Amboise					1		1				1
Ardentes				1			1				1
Argenton-sur-Creuse						1	1				1
Arthon				1			1				1
Autrèches				1			1				1

Société	A.D.F.			S.S.B.M.				U.F.F.			Total
Ville	Annexe H.A.	H.A.	Total	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	général
Balesmes					1		1				1
Beaumont-la-Ronce				1			1				1
Le Blanc					1		1				1
Bléré				1			1				1
Brézé				1			1				1
Buzançais				1			1				1
Céré				1			1				1
Cérelles-Baudry				1			1				1
Chambray-lès-Tours				1			1				1
Chassignolles				1			1				1
Châtellerault					1		1				1
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)					1		1				1
Chef-Boutonne					1		1				1
Chenille-Change				1			1				1
Cléré				1			1				1
Le Coudray				1			1				1
Coulonges-sur-l'Autize				1			1				1
Doué-la-Fontaine				1			1				1
Ecuillé				1			1				1

Société	A.D.F.			S.S.B.M.				U.F.F.			Total général
Ville	Annexe H.A.	H.A.	Total	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	
Gençay				1			1				1
Genillé				1			1				1
Hommes				1			1				1
Jallais				1			1				1
La Jumelière				1			1				1
La Chapelle-sur-Oudon				1			1				1
La Membrolle-sur-Choisille				1			1				1
Les Trois Moutiers				1			1				1
Loches					1		1				1
Loudun					1		1				1
Mâron				1			1				1
Monnaie				1			1				1
Montrésor					1		1				1
Montreuil-Bellay				1			1				1
Neuillé-Pont-Pierre				1			1				1
Noizay				1			1				1
Notre-Dame-d'Oé				1			1				1
Nouzilly				1			1				1
Persac				1			1				1
Richelieu				1			1				1

Société	A.D.F.			S.S.B.M.				U.F.F.			Total général
Ville	Annexe H.A.	H.A.	Total	Annexe H.A.	H.A.	I.G.	Total	Annexe H.A.	H.A.	Total	
Saint-Avertin				1			1				1
Saint-Cyran-du-Jambot				1			1				1
Saint-Gaultier				1			1				1
Saint-Georges-Châtelaison				1			1				1
Saint-Hilaire-Saint-Florent				1			1				1
Saint-Pierre-des-Corps						1	1				1
Sainte-Gemmes-d'Andigné				1			1				1
Sainte-Néomaye				1			1				1
Sainte-Radegonde					1		1				1
Segré					1		1				1
La Trimouille					1		1				1
Vauvert-Rochecorbon				1			1				1
Veigné				1			1				1
Vendoeuvres				1			1				1
Villedieu-sur-Indre				1			1				1
Total	1	1	2	93	35	7	135	10	16	26	163

23) Carte 12. Répartition des formations bénévoles ouvertes durant la guerre selon le type de la formation.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

24) Tableau 38. Répartition des formations bénévoles ouvertes durant le conflit selon le type de la formation.

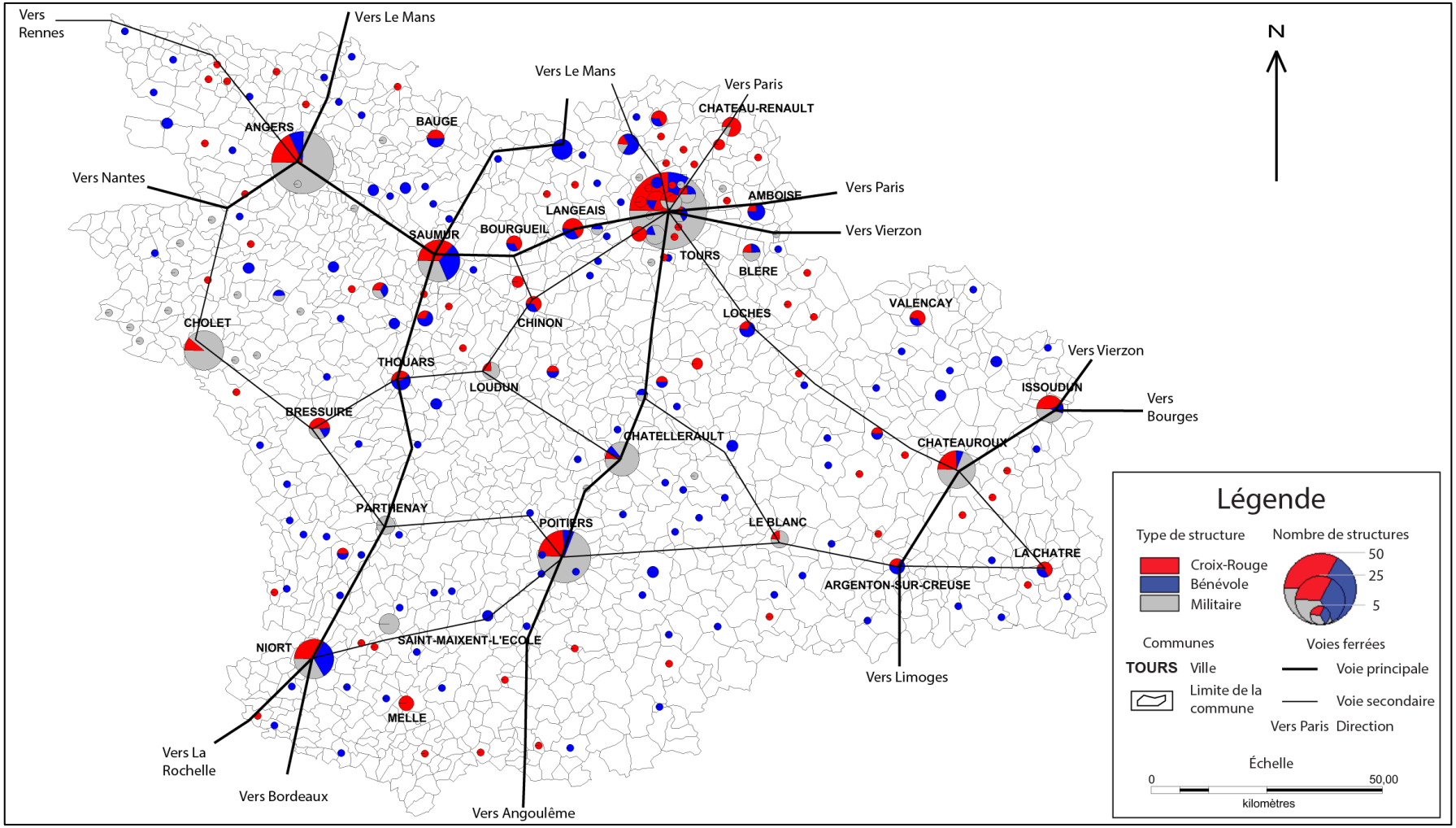
Ville	Annexe H.	Annexe H.B.	H.	H.B.	O.A.C.M.	Total
Château-la-Vallière	5			1		6
Niort				6		6
Saumur				6		6
Tours				5		5
Neuillé-Pont-Pierre		1		2	1	4
Amboise		1		1	1	3
Angers				3		3
Thouars			1	2		3
Argenton-sur-Creuse				2		2
Baugé				2		2
Beaufort-en-Vallée			1	1		2
Candé		1		1		2
Chauvigny			1		1	2
Chemillé				2		2
Langeais		1		1		2
Le Puy-Notre-Dame				2		2
Levroux			1		1	2
Loches				1	1	2
Lusignan	1		1			2
Martigné-Briand		1	1			2
Mettray			1	1		2
Montreuil-Bellay				2		2
Oiron			1		1	2
Poitiers				2		2
Preuilly-sur-Claise	1		1			2
Saint-Mathurin-sur-Loire	1		1			2
Vatan		1		1		2
Abilly				1		1
Aigurande				1		1
Airvault				1		1
Allonnes					1	1
Ambillou					1	1
Antran-la-Gatilanière				1		1
Ardin				1		1
Argenton-Château				1		1
Azay-le-Rideau					1	1
Bécon			1			1

Ville	Annexe H.	Annexe H.B.	H.	H.B.	O.A.C.M.	Total
Bélâbre				1		1
Biard				1		1
Bléré				1		1
Blou				1		1
Bonneuil-Matour				1		1
Bouges				1		1
Bourgueil				1		1
Bressuire			1			1
Brion				1		1
Buzançais			1			1
Celles-sur-Belle				1		1
Cerizay					1	1
Challain-la-Potherie					1	1
Chalonnes-sur-Loire				1		1
Champdeniers					1	1
Charroux				1		1
Châteauneuf-sur-Sarthe					1	1
Châteauroux				1		1
Châtellerault				1		1
Châtillon-sur-Indre			1			1
Cheillé				1		1
Chinon				1		1
Chizé			1			1
Cinq-Mars-la-Pile					1	1
Ciron				1		1
Combrée					1	1
Croutelle				1		1
Doué-la-Fontaine				1		1
Dun-le-Poëlier					1	1
Exireuil				1		1
Faye-l'Abbesse			1			1
Francueil (Villedomer)					1	1
Frontenay-Rohan-Rohan				1		1
Issoudun				1		1
Joué-lès-Tours					1	1
L'Absie				1		1
L'Isle-Jourdain					1	1

Ville	Annexe H.	Annexe H.B.	H.	H.B.	O.A.C.M.	Total
La Chapelle-Bertrand				1		1
La Châtre			1			1
La Haye-Descartes				1		1
La Ménitré				1		1
La Mothe-sur-Sainte-Héray			1			1
La Puye				1		1
La Salle-de-Vihiers				1		1
Langé				1		1
Leigné-les-Bois				1		1
Les Ormes				1		1
Lezay				1		1
Liglet				1		1
Lion-d'Angers				1		1
Longué			1			1
Louestault				1		1
Lussac-les-Châteaux				1		1
Luynes					1	1
Magné				1		1
Menigoute			1			1
Meunet-Planches					1	1
Mézières-en-Brenne			1			1
Mignaloux-Beauvoir				1		1
Moncoutant				1		1
Montbazon				1		1
Montmorillon				1		1
Montrevault					1	1
Morannes					1	1
Néons-sur-Creuse					1	1
Neuville-du-Poitou				1		1
Neuvy-le-Roi					1	1
Neuvy-Saint-Sépulchre				1		1
Noyant-Méon			1			1
Nueil-sous-Passavent			1			1
Orsennes				1		1
Pellevoisin					1	1
Pleumartin				1		1

Ville	Annexe H.	Annexe H.B.	H.	H.B.	O.A.C.M.	Total
Pouancé			1			1
Prahecq				1		1
Reuilly					1	1
Richelieu			1			1
Rochecorbon					1	1
Saint-Benoît-du-Sault					1	1
Saint-Cyr-sur-Loire					1	1
Saint-Pardoux			1			1
Saint-Pierre-de-Maille				1		1
Saint-Pierre-des-Corps				1		1
Saint-Symphorien					1	1
Sainte-Sévère				1		1
Salles-en-Toulon					1	1
Sanxay					1	1
Saulnay					1	1
Scorbé-Clairvaux				1		1
Secondigny				1		1
Seiches-sur-Le-Loir					1	1
Souvigné					1	1
Tiercé					1	1
Usseau				1		1
Valençay			1			1
Varennes-sur-Loire				1		1
Vernoux-en-Gâtine				1		1
Villandry				1		1
Vivonne				1		1
Total	8	6	27	105	37	183

25) Carte 13. Emplacement des formations créées durant la guerre selon le type de l'organisme à la tête de la structure.



Source de la carte : monsieur Pascal Chareille.

26) Tableau 39. Répartition des structures créées durant la guerre selon le type de l'organisme à la tête de la structure.

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Tours	14	5	37	56
Angers	7	3	29	39
Poitiers	7	1	20	28
Cholet	2		16	18
Saumur	6	5	6	17
Châteauroux	4	1	11	16
Niort	6	4	6	16
Châtellerault	1	1	12	14
Issoudun	4	1	4	9
Bressuire	3	1	2	6
Château-la-Vallière		6		6
Langeais	4	2		6
Neuillé-Pont-Pierre	1	4	1	6
Saint-Maixent-l'École			6	6
Château-Renault	4		1	5
Joué-lès-Tours		1	4	5
Parthenay			5	5
Saint-Cyr-sur-Loire	4	1		5
Thouars	2	3		5
Amboise	1	3		4
Baugé	2	2		4
Le Blanc	1		3	4
Loudun	1		3	4
Saint-Symphorien	2	1	1	4
Argenton-sur-Creuse	1	2		3
Ballan-Miré	3			3
Bléré	1		2	3
Bourgueil	2	1		3
La Châtre	2	1		3
Chinon	2	1		3
Doué-la-Fontaine	1	1	1	3
Loches	1	2		3
Louestault	2	1		3
Melle	3			3
Montreuil-Bellay	1	2		3
Rochecorbon		1	2	3
Saint-Pierre-des-Corps	1	1	1	3
Sainte-Radegonde	1		2	3

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Valençay	2	1		3
Villedomer	2	1		3
Allonnes	1	1		2
Avoine	2			2
Beaufort-en-Vallée		2		2
Buzançais	1	1		2
Candé		2		2
Chauvigny		2		2
Chemillé		2		2
Cinq-Mars-la-Pile		1	1	2
Fondettes	2			2
Levroux		2		2
Ligueil	2			2
Lusignan		2		2
Martigné-Briand		2		2
Mettray		2		2
Oiron		2		2
Les Ormes		1	1	2
Preuilly-sur-Claise		2		2
Le Puy-Notre-Dame		2		2
Richelieu	1	1		2
Saint-Mathurin-sur-Loire		2		2
La Salle-de-Vihiers		1	1	2
Vatan		2		2
Abilly		1		1
Aigurande		1		1
Airvault		1		1
Ambillou		1		1
Antran-la-Gatilanière		1		1
Ardentes	1			1
Ardin		1		1
Argenton-Château		1		1
Arthon	1			1
Autrèches	1			1
Azay-le-Rideau		1		1
Bagneux (Saumur)		1		1
Balesmes	1			1
Beaumont-la-Ronce	1			1

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Beaupréau			1	1
Bécon		1		1
Bégrolles			1	1
Bélâbre		1		1
Biard		1		1
Blou		1		1
Bonneuil-Matour		1		1
Bouges		1		1
Breloux-la-Crèche	1			1
Brézé	1			1
Brion		1		1
Celles-sur-Belle		1		1
Céré	1			1
Cérelles-Baudry	1			1
Cerizay		1		1
Challain-la-Potherie		1		1
Chalonnes-sur-Loire		1		1
Chambray-lès-Tours	1			1
Champdeniers		1		1
Chançay			1	1
La Chapelle-Bertrand		1		1
Charentilly			1	1
Charroux		1		1
Chassignolles	1			1
Châteauneuf-sur-Sarthe		1		1
Châtillon-sur-Indre		1		1
Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon)	1			1
Chaudron-en-Mauges			1	1
Chaumont-d'Anjou			1	1
Chef-Boutonne	1			1
Cheillé		1		1
Chenillé-Changé	1			1
Chenonceaux			1	1
Chizé		1		1
Ciron		1		1
Civray	1			1
Cléré	1			1
Combrée		1		1
Le Coudray	1			1

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Couhé-Vérac	1			1
Coulonges-sur-l'Autize	1			1
Croutelle		1		1
Dun-le-Poëlier		1		1
Durtal	1			1
Ecuillé	1			1
Exireuil		1		1
Faye-l'Abbesse		1		1
Frontenay-Rohan-Rohan		1		1
Gençay	1			1
Genillé	1			1
Hommes	1			1
Jallais	1			1
La Jumelière	1			1
L'Absie		1		1
L'Isle-Jourdain		1		1
La Chapelle-sur-Oudon	1			1
La Croix-de-Bléré		1		1
La Haye-Descartes		1		1
La Membrolle-sur-Choisille	1			1
La Ménitré		1		1
La Riche			1	1
Langé		1		1
Leigné-les-Bois		1		1
Les Trois Moutiers	1			1
Lezay		1		1
Liglet		1		1
Lion-d'Angers		1		1
Longué		1		1
Le Louroux-Béconnais	1			1
Lussac-les-Châteaux		1		1
Luynes		1		1
Magné		1		1
Mâron	1			1
Maulévrier			1	1
Mauzé-sur-le-Mignon	1			1
Ménigoute		1		1
Meunet-Planches		1		1
Mézières-en-Brenne		1		1
Mignaloux-Beauvoir		1		1

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Moncoutant		1		1
Monnaie	1			1
Montbazon		1		1
Montfaucon-sur-Moine			1	1
Montmorillon		1		1
Montrésor	1			1
Montrevault		1		1
Monts			1	1
Morannes		1		1
La Mothe-sur-Sainte-Héray		1		1
Néons-sur-Creuse		1		1
Neuville-du-Poitou		1		1
Neuvy-le-Roi		1		1
Neuvy-Saint-Sépulchre		1		1
Noizay	1			1
Notre-Dame-d'Oé	1			1
Nouzilly	1			1
Noyant-Méon		1		1
Nueil-sous-Passavent		1		1
Orsennes		1		1
Parcay-Meslay			1	1
Pellevoisin		1		1
Persac	1			1
Pleumartin		1		1
La Pommeraye			1	1
Pouancé		1		1
Prahecq		1		1
La Puye		1		1
Reuilly		1		1
La Roche-Posay			1	1
Saint-Avertin	1			1
Saint-Benoît-du-Sault		1		1
Saint-Benoit-Mauroc		1		1
Saint-Crespin-sur-Moine			1	1
Saint-Cyran-du-Jambot	1			1
Saint-Florent (Niort)		1		1
Saint-Gaultier	1			1
Saint-Georges-Châtelaison	1			1

Ville	Croix-Rouge	Œuvre bénévole	Militaire	Total
Saint-Georges-des-Gardes			1	1
Saint-Georges-sur-Loire	1			1
Saint-Hilaire-Saint-Florent	1			1
Saint-Macaire-en-Mauges			1	1
Saint-Pardoux		1		1
Saint-Pierre-de-Maille		1		1
Sainte-Gemmes-d'Andigné	1			1
Sainte-Gemmes-sur-Loire			1	1
Sainte-Neomaye	1			1
Sainte-Sévère		1		1
Salles-en-Toulon		1		1
Sanxay		1		1
Saulnay		1		1
Sauze-Vaussais	1			1
Scorbé-Clairvaux		1		1
Secondigny		1		1
Segré	1			1
Seiches-sur-Le-Loir		1		1
Souché (Niort)		1		1
Souvigné		1		1
Tiercé		1		1
Torfou			1	1
Tricherie (La)			1	1
Trimouille (La)	1			1
Usseau		1		1
Varennes-sur-Loire		1		1
Vauvert-Rochecorbon	1			1
Veigné	1			1
Vendoeuvres	1			1
Vernoux-en-Gatine		1		1
Vihiers			1	1
Villandry		1		1
Villedieu-sur-Indre	1			1
Vivonne		1		1
Yzernay			1	1
Total	163	183	200	546

IV- Personnel.

1) Tableau 40. Grades du personnel du Service de Santé aux Armées et de l'Armée de Terre.

Armée de Terre	**Médecin**	**Pharmacien**	**Officier d'administration**
Adjudant	Médecin auxiliaire	Pharmacien auxiliaire	Adjudant d'administration
Sous-lieutenant	Médecin aide-major de 2e classe	Pharmacien aide-major de 2e classe	Officier d'administration de 3e classe
Lieutenant	Médecin aide-major de 1ère classe	Pharmacien aide-major de 1ère classe	Officier d'administration de 2e classe
Capitaine	Médecin major de 2e classe	Pharmacien major de 2e classe	Officier d'administration de 1ère classe
Chef de bataillon (Commandant)	Médecin major de 1ère classe	Pharmacien major de 1ère classe	Officier d'administration principal
Lieutenant-Colonel	Médecin principal de 2e classe	Pharmacien principal de 2e classe	
Colonel	Médecin principal de 1ère classe	Pharmacien principal de 1ère classe	
Général de Brigade	Médecine inspecteur	Pharmacien inspecteur	
Général de Division	Médecin inspecteur général		

Source : DELPY, P., LÉGUILLETTE (Lieutenant) et VAILLANT (Capitaine), (1914), Précis de…, op. cit. p. 61.

2) Tableau 41. Enquête menée par le préfet de l'Indre sur les médecins toujours présents dans son département en septembre 1914.

	Nombre de médecins restants dans la commune					Total
Nombre de médecins présents avant la guerre	**0**	**1**	**2**	**4**	**5**	
0	19					19
1	9	11				20
2	5	6	3			14
3	1	3				4
4			1			1
5	1		1		1	3
6			1	1		2
Total	35	20	6	1	1	63

Source : A.D.I. R 895.

3) Tableau 42. Âge et classe des chefs de centre ou de service spécialisé lors de leur nomination à ce poste.

	Classe d'armée lors de leur nomination comme chef de centre ou de service				
Âge lors de la nomination au poste de chef de centre ou de service	**Réserve de l'armée active**	**Armée territoriale**	**Réserve de l'armée territoriale**	**Indéterminée**	**Total**
32	1				1
34				1	1
35		1			1
36		3			3
37		1			1
39		3			3
40		2			2
41				5	5
42			3		3
43			1		1
44			2		2
45			2		2
46			4		4
63			1		1
Total	1	10	13	6	30
Pourcentage	3,3%	33,3%	43,3%	20,0%	100,0%
Âge moyen	41,4				
Âge médian	41				

4) Tableau 43. Ville de résidence d'avant-guerre des chefs de centre ou de service spécialisé.

Ville	Nombre de chefs résidant dans la ville lors de la mobilisation	Pourcentage
Angers	3	10,0%
Bourg-la-Reine	1	3,3%
Lille	1	3,3%
Lyon	1	3,3%
Neuilly-sur-Seine	1	3,3%
Paris	19	63,3%
Toulouse	1	3,3%
Tours	2	6,7%
Indéterminée	1	3,3%
Total	30	100,0%

5) Tableau 44. Ville d'internat des chefs de centre ou de service spécialisé.

Ville d'internat	Interne			Total	Pourcentage
	oui	non	Indéterminé		
Charenton	1			1	4,2%
Lille	1			1	4,2%
Lyon	1			1	4,2%
Paris	20			20	83,3%
Tours	1			1	4,2%
Vide		3	3	6	0,0%
Total	24	3	3	30	100,0%
Pourcentage	80%	10%	10%	100%	

6) Tableau 45. Application dans la 9e région militaire du décret du 31 décembre 1915 concernant l'obtention des grades de médecin major de 2e et 1ère classe.

Nom	Grade 1	Grade 2	Date d'obtention du Grade 2 par rapport au décret du 31/12/1915	Concerné par le décret du 31/12/1915	Grade 3	Date d'obtention du Grade 3 par rapport au décret du 31/12/1915	Concerné par le décret du 31/12/1915
Vincent	M.A.	M.A.M.2	-503,00	non	M.M.2	16,00	oui
Rist	M.A.M.1	M.M.2	-500,00	non	M.M.1	18,00	oui
Ombrédanne	M.M.2	M.M.1	-500,00	non			non
Laignel-Lavastine	M.A.M.1	M.M.2	-500,00	non			non
Caïn	M.A.	M.A.M.2	-492,00	non	M.A.M.1	228,00	non
Terrien	S.2	M.A.M.2	-487,00	non	M.M.1	69,00	oui
Courcoux	M.A.M.1	M.M.2	-471,00	non	M.M.1	901,00	oui
Robineau	S.2	M.A.M.2	-454,00	non	M.M.1	69,00	oui
Duroux	M.A.M.2	M.A.M.1	-379,00	non	M.M.2	135,00	oui
Herscher	M.A.M.2	M.A.M.1	-379,00	non	M.M.2	830,00	oui
Fargin-Fayolle	S.2	M.A.	-376,00	non	M.A.M.2	-252,00	non
Ledoux-Lebard	M.A.M.2	M.A.M.1	-376,00	non	M.M.2	573,00	oui
Hautant	M.A.M.2	M.A.M.1	-374,00	non	M.M.2	16,00	oui
Monod	M.M.2	M.M.1	-365,00	non			
Baumgartner	I.2	M.A.M.2	-263,00	non	M.M.2	69,00	oui
Brin	S.2	M.A.M.2	-263,00	non	M.M.2	69,00	oui
Wetterwald	S.2	M.A.M.2	-257,00	non			
Boidin	M.A.M.1	M.M.2	1,00	oui	M.M.1	1171,00	oui
Cestan		M.A.M.2	15,00	non	M.M.1	135,00	oui
Castelain	M.A.M.1	M.M.2	16,00	oui			non
Labey	M.A.M.1	M.M.2	16,00	oui			non
Turlais	S.2	M.A.	96,00	non	M.A.M.2	586,00	non
Gougerot	M.A.M.1	M.M.2	135,00	oui			non
Denéchau	M.A.M.2	M.A.M.1	212,00	non	M.M.2	985,00	oui
Oberthür	M.A.M.1	M.M.2	232,00	oui			non
Boureau	M.A.M.1	M.M.2	402,00	oui			non
Ringot	M.A.M.1	M.M.2	402,00	oui			non
Lapeyre	M.M.2	M.M.1	573,00	oui			non
Kahn	M.A.M.1	M.M.2	841,00	oui			non
Nattan-Larrier	M.A.M.1			non			non

Légende :

I.2 = infirmier de 2e classe ; S.2 = soldat de 2e classe ; M.A. = médecin auxiliaire ; M.A.M.2 = médecin aide-major de 2e classe ; M.A.M.1 = médecin aide-major de 1ère classe ; M.M.2 = médecin major de 2e classe ; M.M.1 = médecin major de 1ère classe.
Le Grade 1 correspond au grade à l'entrée en guerre et le Grade 2 est le premier grade obtenu durant celle-ci. Lorsque la date d'obtention est négative, c'est que le grade a été obtenu avant le décret du 31 décembre 1915 et lorsqu'il est positif, c'est que le grade a été obtenu après le décret. Il faut aussi vérifier si la personne est concernée par le décret.

7) Tableau 46. Grade des médecins-chefs de centre ou de service spécialisé à la mobilisation.

Grade au début de la guerre	Nombre
Aucun	1
Infirmier de 2e classe ou soldat de 2e classe	7
Médecin auxiliaire	2
Médecin aide-major de 2e classe	5
Médecin aide-major de 1ère classe	12
Médecin major de 2e classe	3
Total	30

8) Tableau 47. Années d'arrivée et de départ du personnel infirmier de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers.

	Année d'arrivée					Total
Année de départ	**1914**	**1915**	**1916**	**1918**	**Vide**	
1914	15					15
1915	14	6				20
1916	7	5	1			13
1917	6	9	1			16
1918	6	5		4		15
1919	31	6		3		40
Vide	1				15	16
Total	80	31	2	7	15	135

Source : A.D.M&L. 101 J 235. Registre du personnel de l'hôpital auxiliaire n°102.

Note : Ce personnel infirmier comprend les infirmières des services de jour et de nuit, les aides-soignantes et les infirmières-majors. Certaines personnes font plusieurs services dans différents hôpitaux ou structures (maison des réfugiés, dames visiteuses) mais sont tout de même inscrites à cette formation. Nous ignorons la date d'entrée de quinze personnes et la date de départ de seize personnes.

9) Tableau 48. Effectif du personnel civil dans les structures militaires de la 9e région du 1er septembre 1914 au 1er octobre 1918.

Date	01/09/14	01/07/15	01/01/16	01/07/16	01/01/17	01/07/17	01/10/18
Effectif total	10	16	166	595	1261	1488	1149

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

V- Spécialités médicales

A) Informations générales.

1) Tableau 49. Nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur en fonction de l'année de leur blessure.

Année	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Nombre de blessés hospitalisés à l'intérieur	634221	833623	608898	425856	593221	22055

Source : MINISTÈRE DE LA GUERRE, (1924), (tome 1), Étude de…, op. cit. p. XI.

2) Tableau 50. Nombre de journées d'hospitalisation dans la 9e région militaire selon le type de la formation de 1914 à 1917.

Catégorie des établissements	1914	1915	1916	1917	Totaux
Hôpital complémentaire	623 501	2 250 965	1 699 063	1 858 254	6 431 783
Hôpital mixte	583 190	968 366	678 653	671 610	2 701 819
Hôpital civil	14 796	11 861	21 319	33 105	81 081
Asile d'aliénés	814	7 960	14 169	15 121	38 064
Hôpital auxiliaire	395 359	1 045 715	641 721	637 172	2 719 967
Hôpital bénévole	350 618	1 229 441	480 570	461 378	2 522 007
Totaux	1 768 278	5 514 308	3 535 495	3 676 640	14 494 721

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

3) Tableau 51. Bilan des évacuations durant la guerre selon le médecin inspecteur général Mignon.

Évacuations sur la zone de l'intérieur				
Année	**Blessés**	**Malades**	**Gazés**	**Total des évacuations sur l'intérieur**
1914	336334			336334
1915	518920	468185		987105
1916	325225	162199		487424
1917	187394	89268		276662
1918	398523	201586	89403	689512
Totaux	1766396	921238	89403	2777037

Source : MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), Le Service de Santé…, op. cit. p. 520.

Évacuations sur la zone des armées				
Année	**Blessés**	**Malades**	**Gazés**	**Total des évacuations sur la zone des armées**
1914				
1915	373652	240005		613657
1916	532865	466848		999713
1917	203170	97997		301167
1918	149530	97406	50153	297089
Totaux	1259217	902256	50153	2211626

Source : MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), Le Service de Santé…, op. cit. p. 520.

Année	**Total des évacuations**
1914	336334
1915	1600762
1916	1487137
1917	577829
1918	986601
Total	4988663

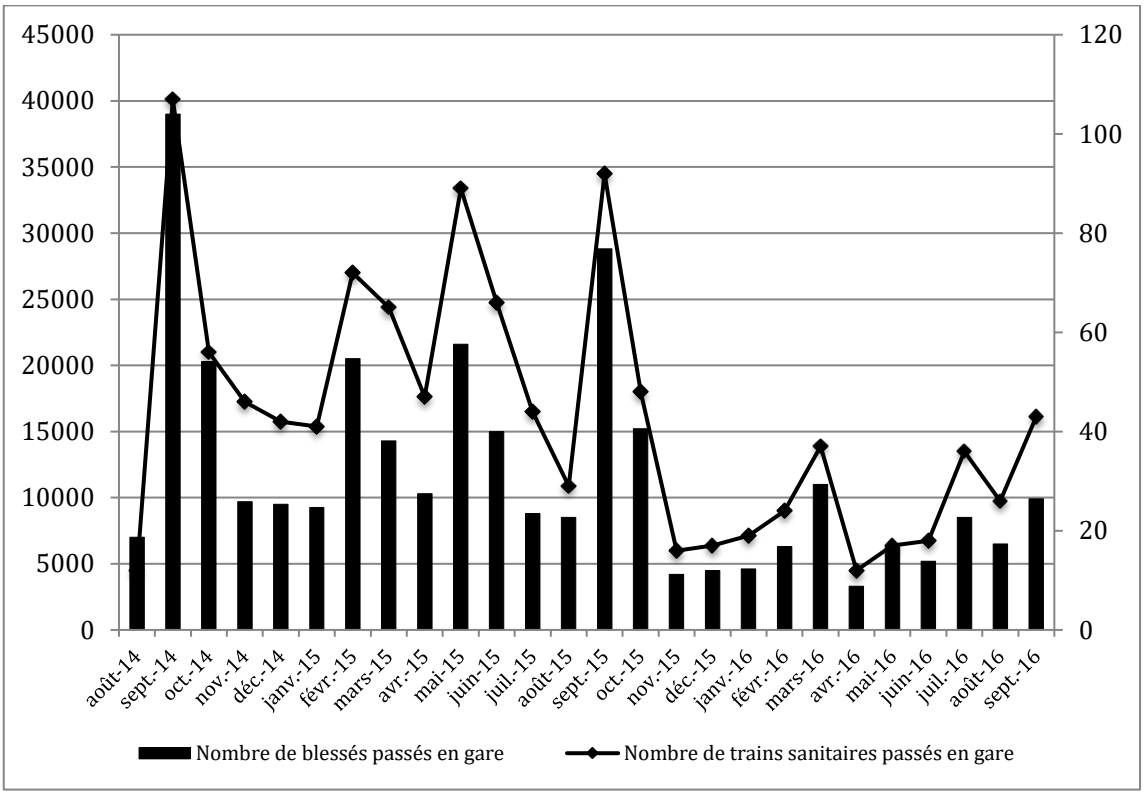
Source : MIGNON, Alfred (médecin inspecteur général), (1927), Le Service de Santé…, op. cit. p. 520.

4) Tableau 51. Nombre de trains sanitaires et de blessés passés par la gare de Saint-Pierre-des-Corps du mois d'août 1914 au mois de septembre 1916.

Date	**août-14**	**septembre-14**	**octobre-14**	**novembre-14**	**décembre-14**	**janvier-15**
Nombre de blessés passés en gare	7000	39000	20300	9700	9500	9250
Nombre de trains sanitaires passés en gare	12	107	56	46	42	41
Date	**février-15**	**mars-15**	**avril-15**	**mai-15**	**juin-15**	**juillet-15**
Nombre de blessés passés en gare	20500	14300	10300	21600	15000	8800
Nombre de trains sanitaires passés en gare	72	65	47	89	66	44
Date	**août-15**	**septembre-15**	**octobre-15**	**novembre-15**	**décembre-15**	**janvier-16**
Nombre de blessés passés en gare	8500	28800	15200	4200	4500	4600
Nombre de trains sanitaires passés en gare	29	92	48	16	17	19
Date	**février-16**	**mars-16**	**avril-16**	**mai-16**	**juin-16**	**juillet-16**
Nombre de blessés passés en gare	6300	11000	3300	6300	5200	8500
Nombre de trains sanitaires passés en gare	24	37	12	17	18	36
Date	**août-16**	**septembre-16**				
Nombre de blessés passés en gare	6500	9900				
Nombre de trains sanitaires passés en gare	26	43				

Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.

5) Graphique 7. Nombre de blessés et de trains sanitaires passés par la gare de Saint-Pierre-des-Corps du 23 août 1914 au 30 septembre 1916.



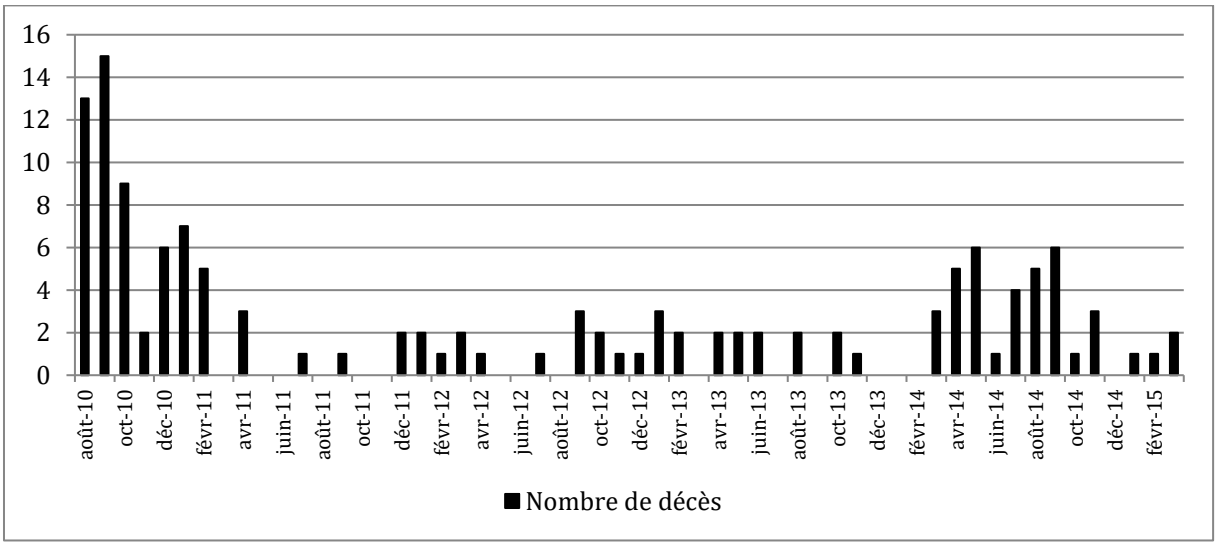
Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice historique de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps par Charles de Beaumont, administrateur-adjoint, et datée du 15 octobre 1916.

6) Tableau 52. Nombre de décès par mois à l'hôpital complémentaire n°2 Tours de septembre 1914 à avril 1919.

Date	**sept-14**	**oct-14**	**nov-14**	**déc-14**	**janv-15**	**févr-15**	**mars-15**
Nombre de décès	13	15	9	2	6	7	5
Date	**mai-15**	**août-15**	**oct-15**	**janv-16**	**févr-16**	**mars-16**	**avr-16**
Nombre de décès	3	1	1	2	2	1	2
Date	**mai-16**	**août-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**	**janv-17**	**févr-17**
Nombre de décès	1	1	3	2	1	1	3
Date	**mars-17**	**mai-17**	**juin-17**	**juil-17**	**sept-17**	**nov-17**	**déc-17**
Nombre de décès	2	2	2	2	2	2	1
Date	**avr-18**	**mai-18**	**juin-18**	**juil-18**	**août-18**	**sept-18**	**oct-18**
Nombre de décès	3	5	6	1	4	5	6
Date	**nov-18**	**déc-18**	**févr-19**	**mars-19**	**avr-19**		
Nombre de décès	1	3	1	1	2		

Source : S.A.M.H.A. T 3391. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registre des décès (2 septembre 1914 – 16 avril 1919).

7) Graphique 8. Évolution du nombre de décès à l'hôpital complémentaire n°2 du mois de septembre 1914 au mois d'avril 1919.



Source : S.A.M.H.A. T 3391. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Registre des décès (2 septembre 1914 – 16 avril 1919).

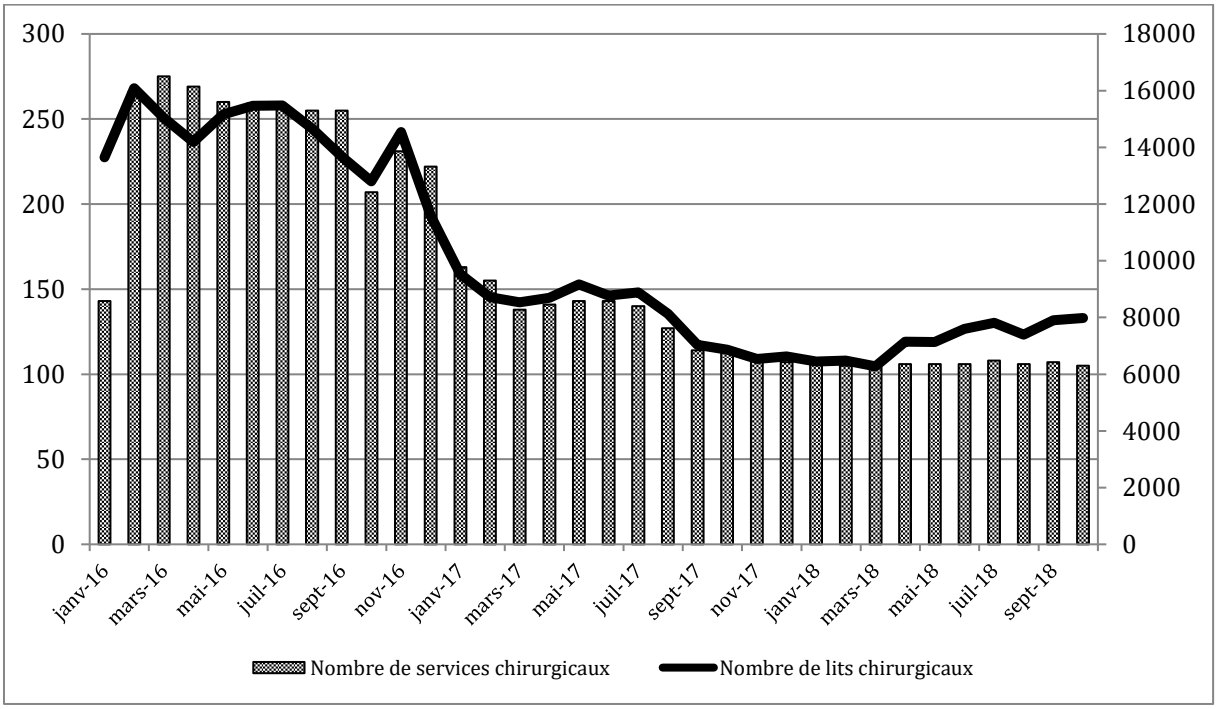
Note : Un décès n'est pas comptabilisé et date probablement d'août ou de septembre 1914.

B) Chirurgie.

1) Tableau 53. Nombre de services et de lits chirurgicaux présents dans la 9e région par mois de janvier 1916 à d'octobre 1918.

Date	**janv-16**	**févr-16**	**mars-16**	**avr-16**	**mai-16**	**juin-16**
Nombre de services chirurgicaux	143	266	275	269	260	259
Nombre de lits chirurgicaux	13648	16086	15034	14189	15162	15469
Date	**juil-16**	**août-16**	**sept-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**
Nombre de services chirurgicaux	257	255	255	207	231	222
Nombre de lits chirurgicaux	15479	14660	13674	12798	14541	11586
Date	**janv-17**	**févr-17**	**mars-17**	**avr-17**	**mai-17**	**juin-17**
Nombre de services chirurgicaux	163	155	138	141	143	143
Nombre de lits chirurgicaux	9532	8721	8536	8694	9169	8773
Date	**juil-17**	**août-17**	**sept-17**	**oct-17**	**nov-17**	**déc-17**
Nombre de services chirurgicaux	140	127	114	114	109	107
Nombre de lits chirurgicaux	8889	8130	7035	6863	6536	6628
Date	**janv-18**	**févr-18**	**mars-18**	**avr-18**	**mai-18**	**juin-18**
Nombre de services chirurgicaux	106	105	104	106	106	106
Nombre de lits chirurgicaux	6449	6480	6277	7145	7139	7600
Date	**juil-18**	**août-18**	**sept-18**	**oct-18**		
Nombre de services chirurgicaux	108	106	107	105		
Nombre de lits chirurgicaux	7810	7394	7902	7983		

2) Graphique 9. Évolution comparée du nombre de services et de lits chirurgicaux dans la 9e région de janvier 1916 à octobre 1918.



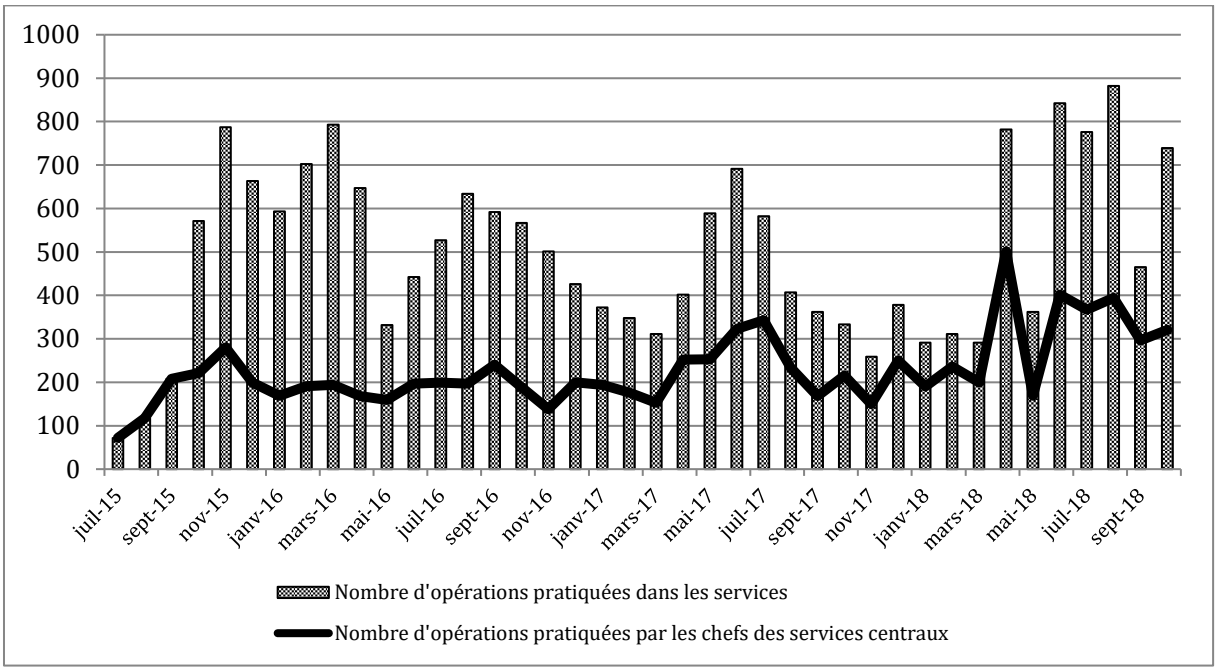
Note : N'ayant pas les statistiques pour l'année 1915, cette étude comporte une lacune importante car cette année est celle où le nombre d'hospitalisés à l'intérieur est le plus élevé. En outre, cette étude est une tendance générale. En effet, nous n'avons pas pu retrouver tous les rapports. Ceux-ci s'achèvent en octobre 1918, ce qui ne permet pas de nous renseigner précisément sur le système chirurgical lors de la démobilisation. Enfin, concernant le nombre de lits, il manque les chiffres pour l'hôpital mixte de Tours de février 1918 à mai 1918. Le chirurgien Ombrédanne ne mentionne pas ce service à cette période mais celui-ci existe.

3) Tableau 54. Nombre d’opérations pratiquées dans les services chirurgicaux et par les chefs des services centraux (Saumur excepté).

Date	**juil-15**	**août-15**	**sept-15**	**oct-15**	**nov-15**	**déc-15**
Nombre d'opérations pratiquées	72	117	208	571	787	663
Dont pratiquées dans les services centraux	72	117	208	221	280	199
Date	**janv-16**	**févr-16**	**mars-16**	**avr-16**	**mai-16**	**juin-16**
Nombre d'opérations pratiquées	593	702	793	647	332	442
Dont pratiquées dans les services centraux	169	191	194	168	159	197
Date	**juil-16**	**août-16**	**sept-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**
Nombre d'opérations pratiquées	527	634	592	567	501	426
Dont pratiquées dans les services centraux	199	197	240	189	138	200
Date	**janv-17**	**févr-17**	**mars-17**	**avr-17**	**mai-17**	**juin-17**
Nombre d'opérations pratiquées	372	348	311	402	589	691
Dont pratiquées dans les services centraux	194	176	153	252	253	323
Date	**juil-17**	**août-17**	**sept-17**	**oct-17**	**nov-17**	**déc-17**
Nombre d'opérations pratiquées	582	407	362	333	259	378
Dont pratiquées dans les services centraux	343	234	168	215	150	250
Date	**janv-18**	**févr-18**	**mars-18**	**avr-18**	**mai-18**	**juin-18**
Nombre d'opérations pratiquées	291	311	291	782	362	842
Dont pratiquées dans les services centraux	190	236	200	501	169	402
Date	**juil-18**	**août-18**	**sept-18**	**oct-18**		
Nombre d'opérations pratiquées	776	882	465	739		
Dont pratiquées dans les services centraux	367	394	296	321		

Note : Ce tableau a été réalisé à partir des rapports des chirurgiens-chefs de secteur et comprend des lacunes. Les rapports sont parfois absents et certains auteurs ne mentionnent pas toujours le nombre d’opérations pratiquées ou leur lieu d’exécution. Cependant, cela permet de dégager une tendance générale. L’activité du secteur de Saumur a été exclue car son chef de secteur ne mentionne pas toujours le nombre d’opérations qu’il a réalisées et l’on ne sait pas si les chiffres qu’il donne sont les siens ou ceux de son secteur. Cela ne modifie pas l’allure du graphisme de la page suivante.

4) Graphique 10. Évolution du nombre d'opérations pratiquées dans la 9e région et de celles réalisées par les chirurgiens-chefs des secteurs chirurgicaux (Saumur excepté).

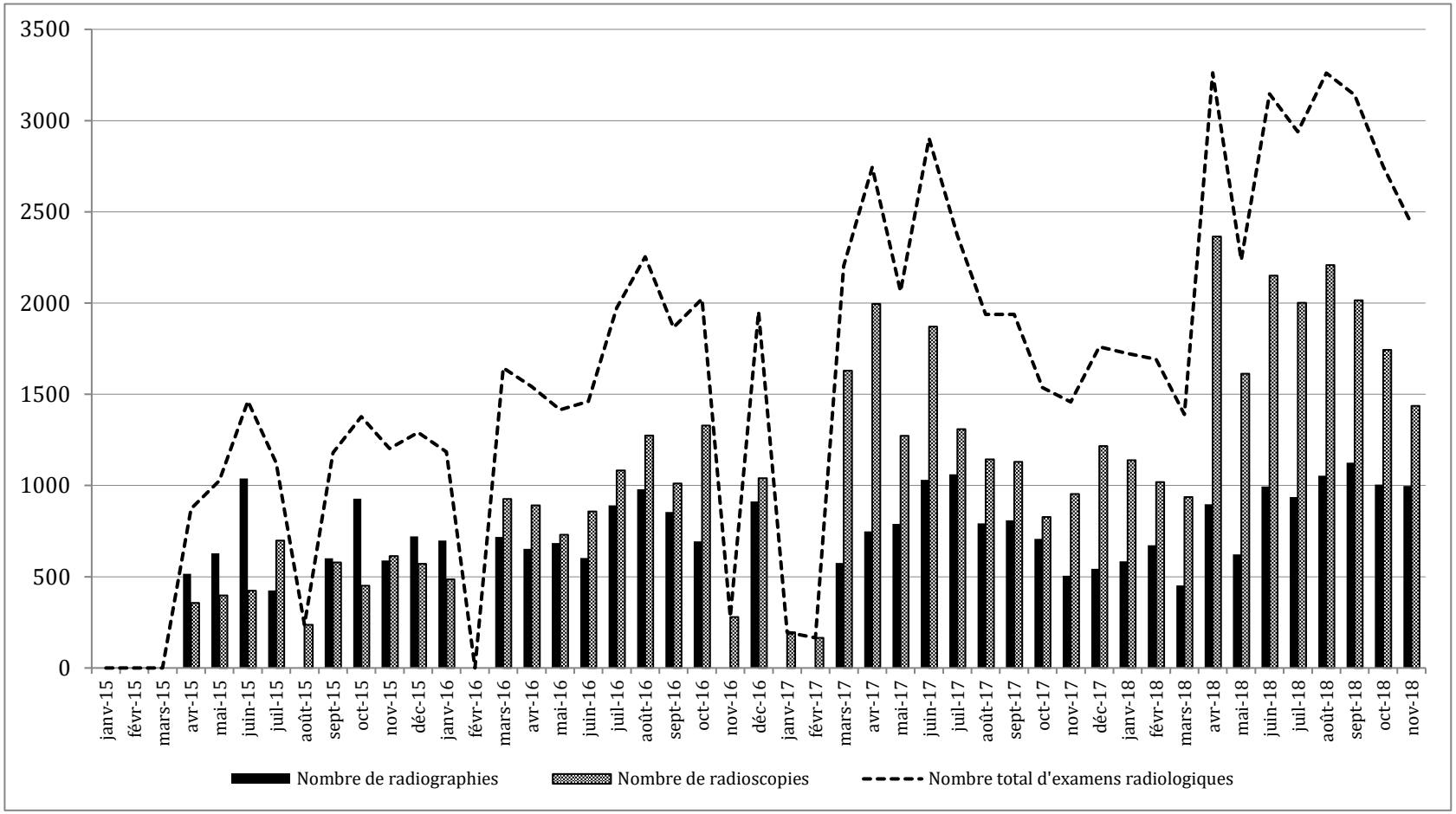


C) Radiologie.

1) Tableau 55. Évolution du nombre de radiographies et de radioscopies réalisées dans la 9e région de janvier 1915 à novembre 1918.

Date	**janv-15**	**févr-15**	**mars-15**	**avr-15**	**mai-15**	**juin-15**
Nombre de radiographies	0	0	0	516	628	1039
Nombre de radioscopies	0	0	0	357	398	424
Total des examens de radiologie	0	0	0	873	1026	1463
Date	**juil-15**	**août-15**	**sept-15**	**oct-15**	**nov-15**	**déc-15**
Nombre de radiographies	425	1	601	927	589	721
Nombre de radioscopies	699	236	579	450	613	570
Total des examens de radiologie	1124	237	1180	1377	1202	1291
Date	**janv-16**	**févr-16**	**mars-16**	**avr-16**	**mai-16**	**juin-16**
Nombre de radiographies	698	0	718	652	685	602
Nombre de radioscopies	486	0	926	891	730	858
Total des examens de radiologie	1184	0	1644	1543	1415	1460
Date	**juil-16**	**août-16**	**sept-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**
Nombre de radiographies	891	979	855	693	0	913
Nombre de radioscopies	1082	1274	1011	1329	279	1040
Total des examens de radiologie	1973	2253	1866	2022	279	1953
Date	**janv-17**	**févr-17**	**mars-17**	**avr-17**	**mai-17**	**juin-17**
Nombre de radiographies	0	0	575	748	790	1031
Nombre de radioscopies	196	165	1629	1996	1273	1871
Total des examens de radiologie	196	165	2204	2744	2063	2902
Date	**juil-17**	**août-17**	**sept-17**	**oct-17**	**nov-17**	**déc-17**
Nombre de radiographies	1061	793	809	708	505	544
Nombre de radioscopies	1309	1144	1129	828	953	1216
Total des examens de radiologie	2370	1937	1938	1536	1458	1760
Date	**janv-18**	**févr-18**	**mars-18**	**avr-18**	**mai-18**	**juin-18**
Nombre de radiographies	585	673	452	898	622	995
Nombre de radioscopies	1139	1018	937	2364	1613	2151
Total des examens de radiologie	1724	1691	1389	3262	2235	3146
Date	**sept-18**	**oct-18**	**nov-18**			
Nombre de radiographies	1125	1005	998			
Nombre de radioscopies	2015	1744	1437			
Total des examens de radiologie	3140	2749	2435			

2) Graphique 11. Évolution du nombre de radiographies et de radioscopies réalisées dans la 9e région de janvier 1915 à novembre 1918.

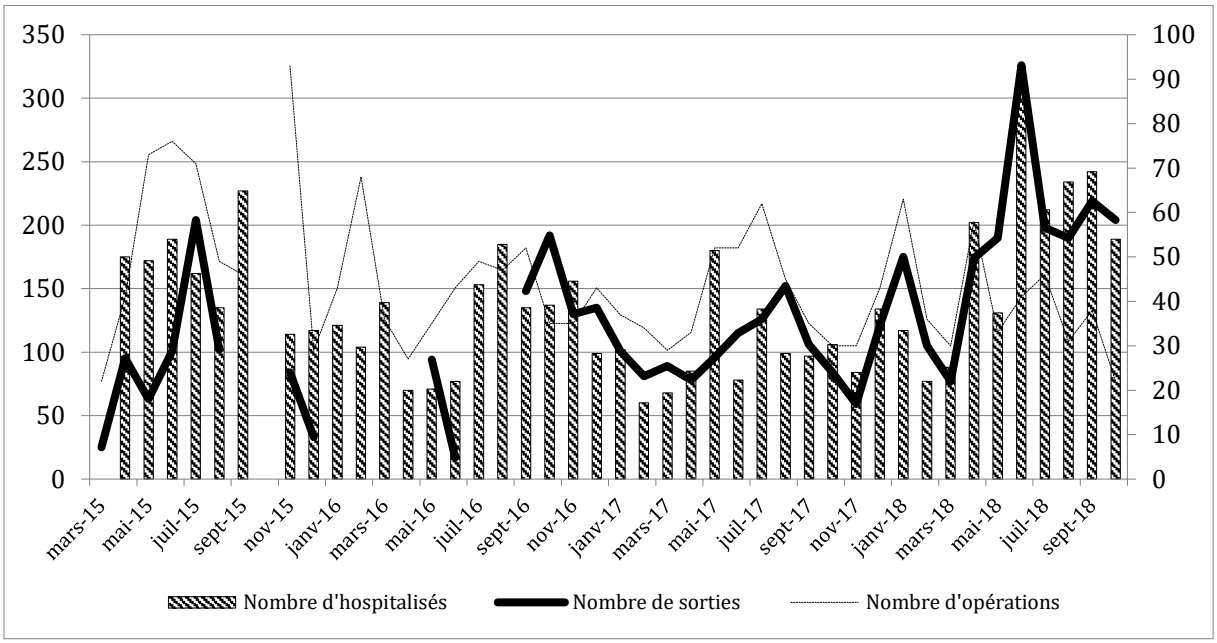


D) Ophtalmologie.

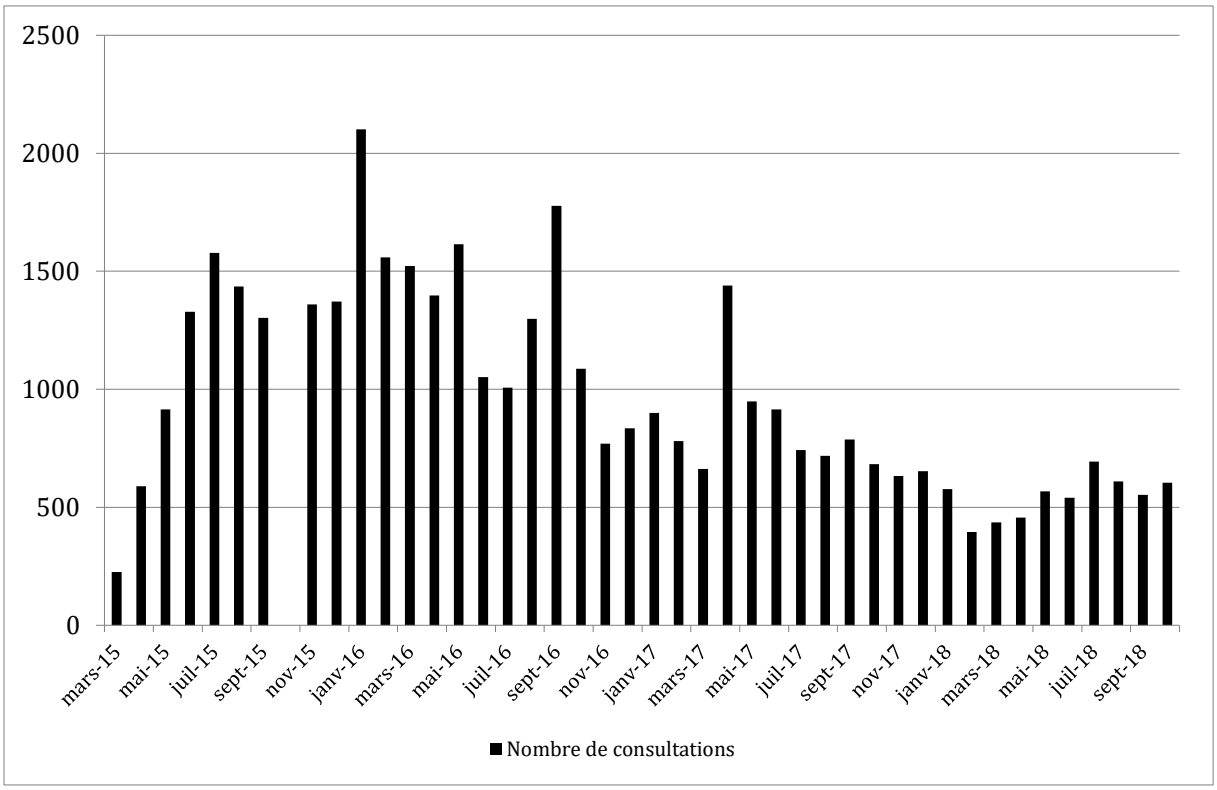
1) Tableau 56. Évolution de l'activité du centre régional d'ophtalmologie de la 9e région de mars 1915 à octobre 1918.

Date	mars-15	avr-15	mai-15	juin-15	juil-15	août-15
Nombre d'opérations	22	41	73	76	71	49
Nombre de consultations	225	589	914	1329	1578	1435
Nombre d'hospitalisés		175	172	189	162	135
Nombre de sorties	25	95	63	101	204	102
Date	sept-15	oct-15	nov-15	déc-15	janv-16	févr-16
Nombre d'opérations	46		93	29	43	68
Nombre de consultations	1302		1360	1372	2101	1559
Nombre d'hospitalisés	227		114	117	121	104
Nombre de sorties			84	33		
Date	mars-16	avr-16	mai-16	juin-16	juil-16	août-16
Nombre d'opérations	36	27	35	43	49	47
Nombre de consultations	1522	1398	1614	1051	1007	1299
Nombre d'hospitalisés	139	70	71	77	153	185
Nombre de sorties			94	17		
Date	sept-16	oct-16	nov-16	déc-16	janv-17	févr-17
Nombre d'opérations	52	35	35	43	37	34
Nombre de consultations	1777	1087	769	834	900	781
Nombre d'hospitalisés	135	137	156	99	102	60
Nombre de sorties	148	192	130	135	101	81
Date	mars-17	avr-17	mai-17	juin-17	juil-17	août-17
Nombre d'opérations	29	33	52	52	62	45
Nombre de consultations	662	1440	949	915	742	718
Nombre d'hospitalisés	68	85	180	78	134	99
Nombre de sorties	89	78	96	115	126	152
Date	sept-17	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18
Nombre d'opérations	35	30	30	43	63	36
Nombre de consultations	787	683	632	653	577	395
Nombre d'hospitalisés	97	106	84	134	117	77
Nombre de sorties	106	84	59	121	175	105
Date	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18
Nombre d'opérations	30	58	33	41	46	31
Nombre de consultations	436	456	568	541	693	610
Nombre d'hospitalisés	88	202	131	299	212	234
Nombre de sorties	77	174	190	326	198	190
Date	sept-18	oct-18				
Nombre d'opérations	38	22				
Nombre de consultations	552	604				
Nombre d'hospitalisés	242	189				
Nombre de sorties	219	204				

2) Graphique 12. Activité du service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918.



3) Graphique 13. Nombre de consultations mensuelles au service central d'ophtalmologie de Tours de mars 1915 à octobre 1918.



E) Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L.).

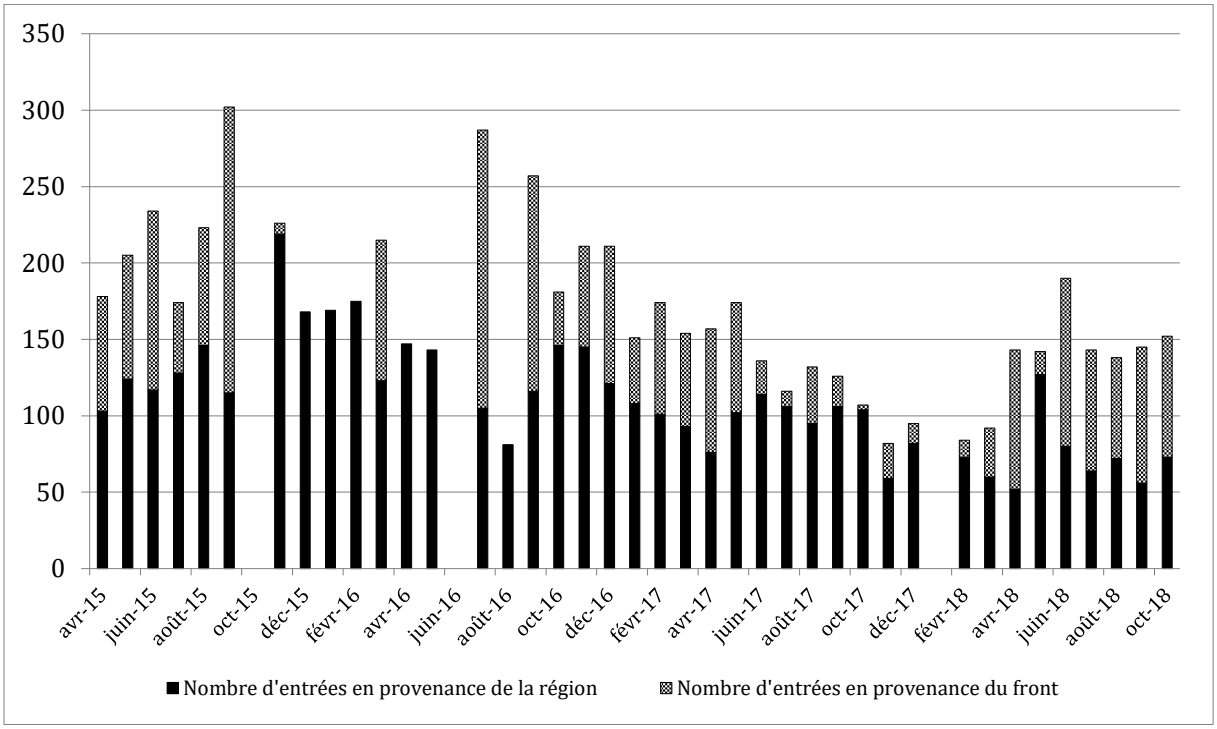
1) Tableau 57. Activité des services d'O.R.L. de la 9e région d'avril 1915 à octobre 1918.

Date	avr-15	mai-15	juin-15	juil-15	août-15	sept-15	oct-15	nov-15	déc-15	janv-16	févr-16
Nombre de consultations à Tours	506	290	243	402	382	361		498	445	366	200
Nombre de consultations à Angers											
Nombre de consultations à Niort											
Nombre de consultations à Châteauroux											
Nombre de consultations à Poitiers											
Nombre d'opérations à Tours	38	65	85	56	65	74		76	81	49	53
Nombre d'entrées venant de la 9e région	103	124	117	128	146	115	0	219	168	169	175
Nombre d'entrées venant du front	75	81	117	46	77	187		7	0	0	0
Date	**mars-16**	**avr-16**	**mai-16**	**juin-16**	**juil-16**	**août-16**	**sept-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**	**janv-17**
Nombre de consultations à Tours	214	220	263		321	328	390	370	363	406	393
Nombre de consultations à Angers			239		145	277	263		322	335	226
Nombre de consultations à Niort											
Nombre de consultations à Châteauroux											
Nombre de consultations à Poitiers											
Nombre d'opérations à Tours	56	55	59		66	98	77	75	111	111	102
Nombre d'entrées venant de la 9e région	123	147	143	0	105	81	116	146	145	121	108
Nombre d'entrées venant du front	92	0	0		182	0	141	35	66	90	43

Date	févr-17	mars-17	avr-17	mai-17	juin-17	juil-17	août-17	sept-17	oct-17	nov-17	déc-17
Nombre de consultations à Tours	391	354	333	332	357	505	543	516	473	471	656
Nombre de consultations à Angers	187	192	174	189	205	254	261	258	228	231	226
Nombre de consultations à Niort						40	50	80	67	50	
Nombre de consultations à Châteauroux						84	162	145	102	106	
Nombre de consultations à Poitiers											
Nombre d'opérations à Tours	110	116	114	114	97	93	91	83	81	75	86
Nombre d'entrées venant de la 9e région	101	93	76	102	114	106	95	106	104	59	82
Nombre d'entrées venant du front	73	61	81	72	22	10	37	20	3	23	13

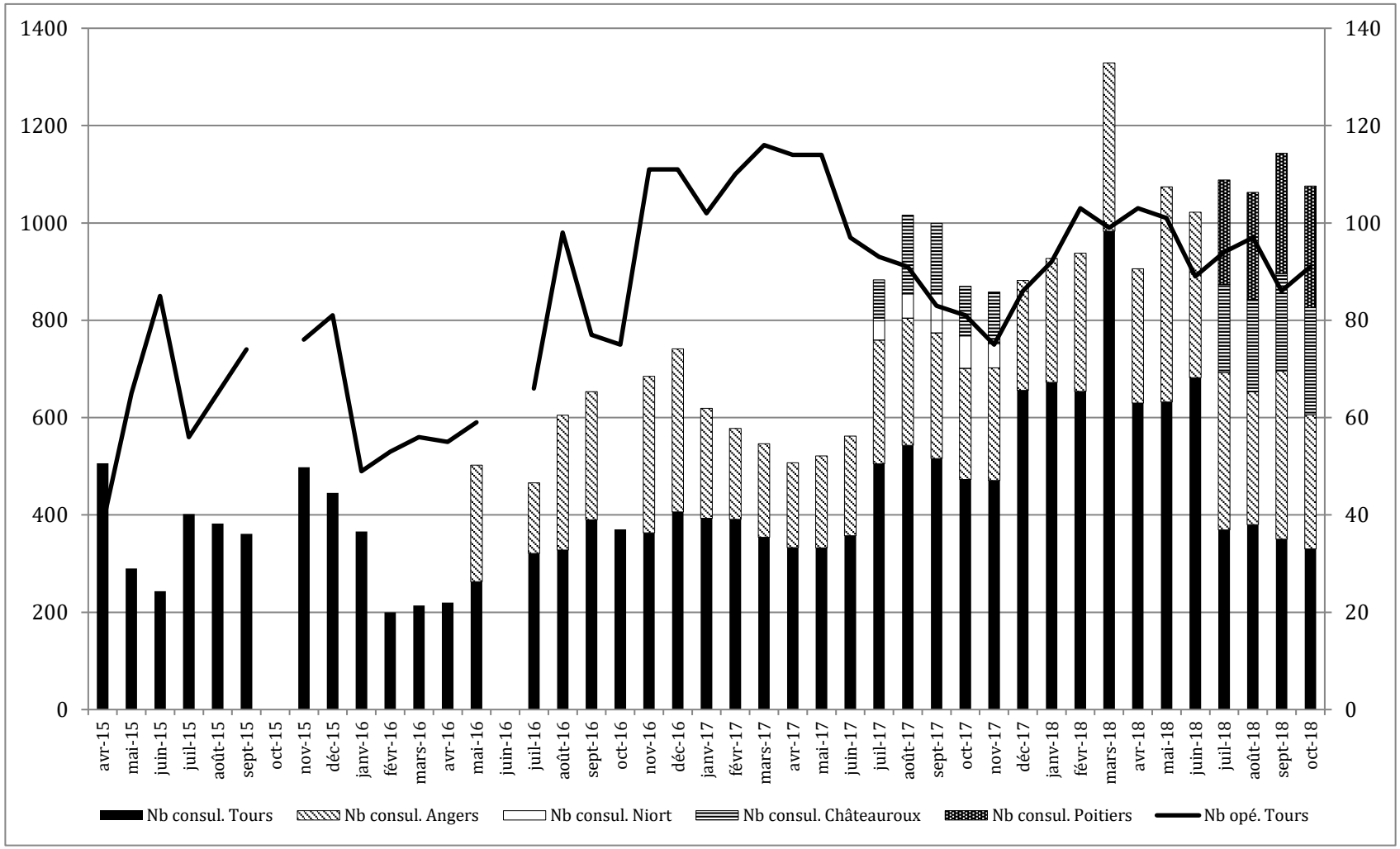
Date	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18
Nombre de consultations à Tours	672	654	983	630	632	682	369	380	350	330
Nombre de consultations à Angers	255	284	346	276	442	340	324	273	346	276
Nombre de consultations à Niort										
Nombre de consultations à Châteauroux							180	190	200	220
Nombre de consultations à Poitiers							215	220	247	250
Nombre d'opérations à Tours	92	103	99	103	101	89	94	97	86	91
Nombre d'entrées venant de la 9e région	0	73	60	52	127	80	64	72	56	73
Nombre d'entrées venant du front		11	32	91	15	110	79	66	89	79

2) Graphique 14. Évolution des entrées au service central d'O.R.L. de la 9e région en fonction de la provenance du soldat d'avril 1915 à octobre 1918.



Note : Pour les entrées de la 9e région, il a été choisi de regrouper celles provenant des corps de troupes en cantonnement et celles des formations sanitaires. Les soldats provenant de ces dernières sont alors soit des soldats évacués du front ou provenant des corps de troupes en cantonnement. Cependant, le docteur Hautant ne donne pas de précisions quant à leur provenance. Il est alors probable qu'il s'agisse de soldats évacués du front durant le même mois, ce qui tendrait à les confondre avec les entrées directes. Cependant, ces soldats semblent avoir été déjà pris en charge médicalement par un autre service avant leur entrée au centre.

3) Graphique 15. Activité des services d'O.R.L. de la 9e région d'avril 1915 à octobre 1918.

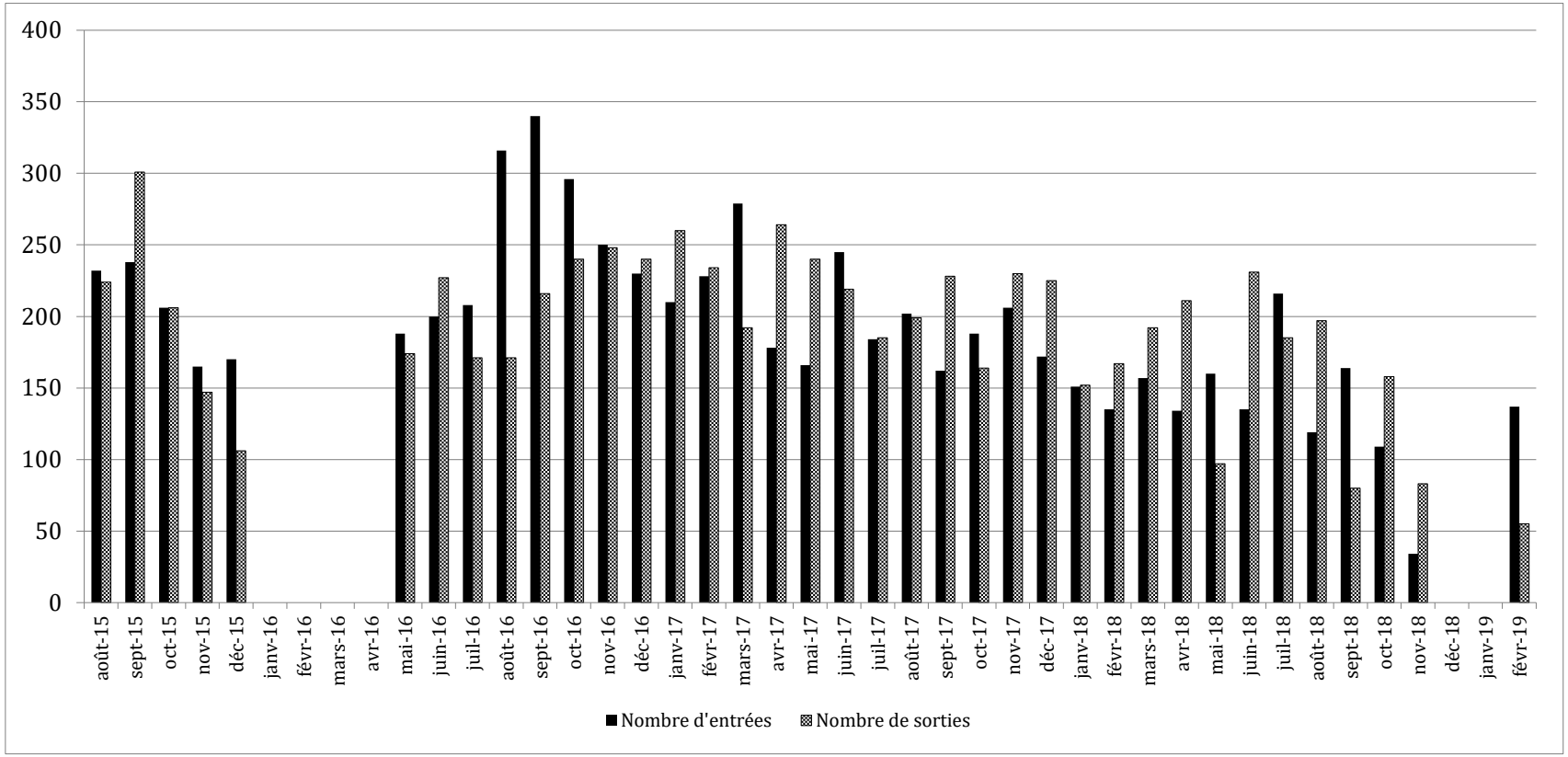


F) Neurologie.

1) Tableau 58. Activité du service central du centre de neurologie de la 9e région d'août 1915 à février 1919.

Date	août-15	sept-15	oct-15	nov-15	déc-15	mai-16
Nombre d'entrées	232	238	206	165	170	188
Nombre de sorties	224	301	206	147	106	174
Nombre de consultations			580	383	456	497
Date	juin-16	juil-16	août-16	sept-16	oct-16	nov-16
Nombre d'entrées	200	208	316	340	296	250
Nombre de sorties	227	171	171	216	240	248
Nombre de consultations	496	474	384	597	304	456
Date	déc-16	janv-17	févr-17	mars-17	avr-17	mai-17
Nombre d'entrées	230	210	228	279	178	166
Nombre de sorties	240	260	234	192	264	240
Nombre de consultations	432	475	499	488	504	681
Date	juin-17	juil-17	août-17	sept-17	oct-17	nov-17
Nombre d'entrées	245	184	202	162	188	206
Nombre de sorties	219	185	199	228	164	230
Nombre de consultations	395	274	350	383	476	425
Date	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18
Nombre d'entrées	172	151	135	157	134	160
Nombre de sorties	225	152	167	192	211	97
Nombre de consultations	322	359	348	222	224	192
Date	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18
Nombre d'entrées	135	216	119	164	109	34
Nombre de sorties	231	185	197	80	158	83
Nombre de consultations	306	155	261	171	210	170
Date	déc-18	janv-19	févr-19			
Nombre d'entrées			137			
Nombre de sorties			55			
Nombre de consultations			169			

2) Graphique 16. Évolution des entrées et des sorties au service central de neurologie de la 9e région d'août 1915 à février 1919.



Note : Les différents chefs de ce centre évoquent principalement leur activité par le mouvement du centre, comprenant le nombre d'entrées et de sorties, et par le nombre de consultations données. Ils n'évoquent pratiquement jamais le nombre de traitements notamment parce que ces derniers sont généralement faits dans d'autres services (chirurgie, physiothérapie). On comprend ainsi l'intérêt du centre à cohabiter avec ces services à l'hôpital complémentaire n°2.

G) Psychiatrie.

1) Tableau 59. Maladies traitées par le centre de psychiatrie de la 9e région militaire.

Catégorie	Maladies
Dégénérescence mentale	Imbécillité, idiotie, débilité mentale simple, bouffées délirantes des dégénérés, perversions instinctives
Syndromes neuropsychiques	Epilepsie et pithiatisme
Psychoses aigües d'origine toxi-infectieuse ou commotionnelle	Neurasthénie, dépression psychique, obtusion-obnibulation, confusions mentales
Diathèses mentales	Cyclothymie, psychasthénie, paranoïa
Délires systématisés chroniques	À base d'interprétations ou d'hallucinations ou mixtes
Démences	Précoces, artérielles cérébrales, alcooliques, épileptiques, par méningo-encéphalite diffuse

Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.

2) Tableau 60. État des récupérés par le service central de psychiatrie de Tours de son ouverture jusqu'au 31 octobre 1918.

Nombre de sortants	Évacués sur d'autres régions	Réformés	Décès	Récupération	Dont service armée
947	535	102	13	297	203

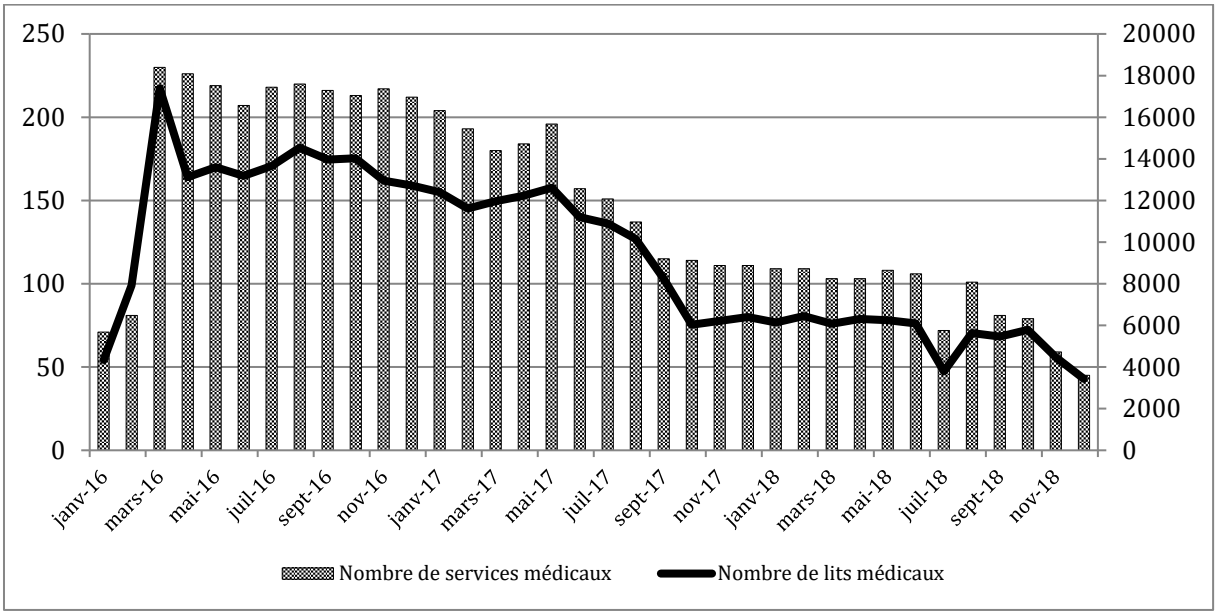
Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 75. Rapport annuel du médecin major de 2e classe Kahn sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 9e région militaire d'octobre 1917 à octobre 1918.

H) Médecine générale.

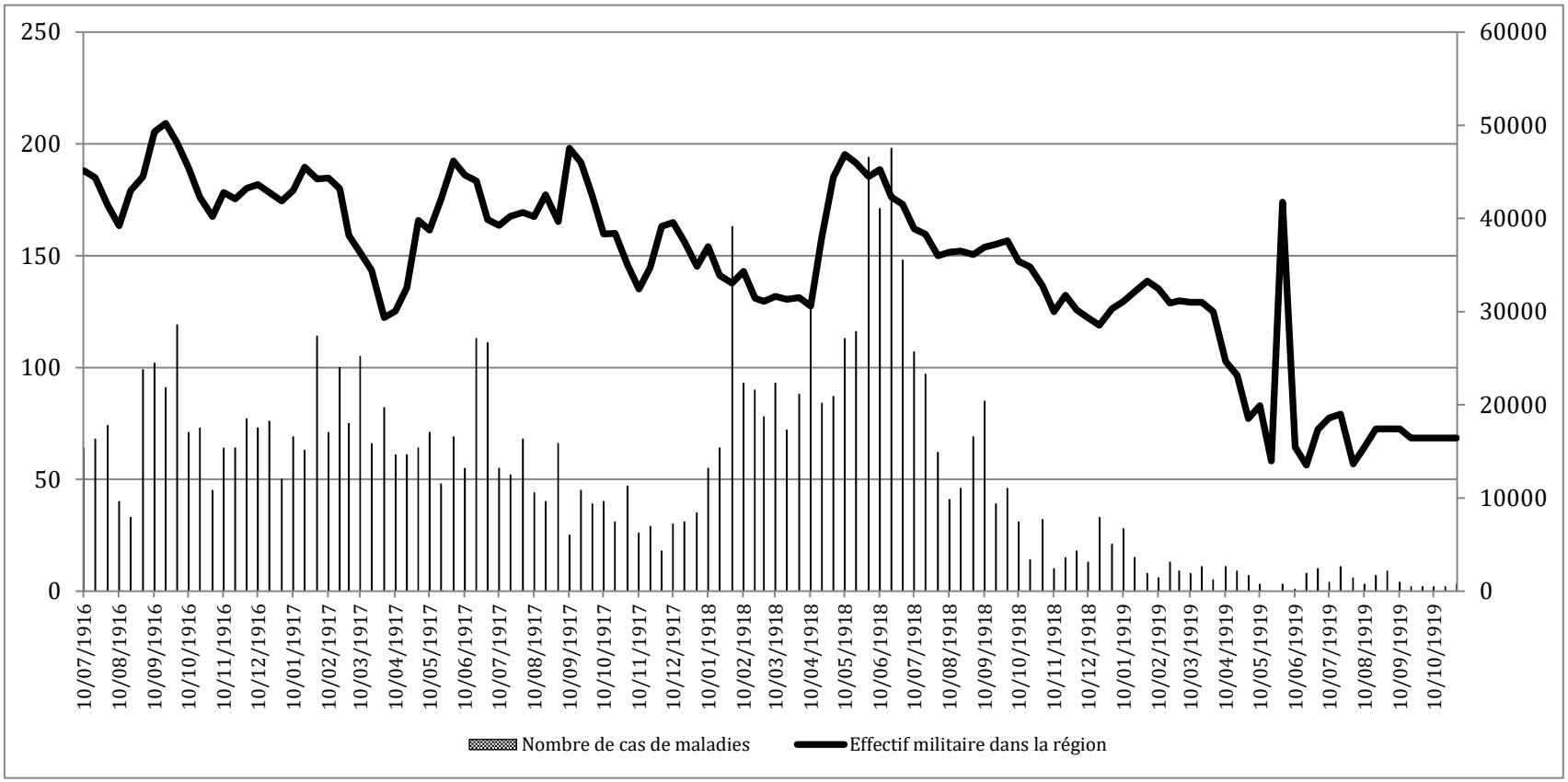
1) Tableau 61. Évolution du nombre de services et de lits médicaux dans la 9e région de janvier 1916 à décembre 1918.

Date	**janv-16**	**févr-16**	**mars-16**	**avr-16**	**mai-16**	**juin-16**
Nombre de services médicaux	71	81	230	226	219	207
Nombre de lits médicaux	4342	7930	17387	13127	13597	13179
Date	**juil-16**	**août-16**	**sept-16**	**oct-16**	**nov-16**	**déc-16**
Nombre de services médicaux	218	220	216	213	217	212
Nombre de lits médicaux	13656	14532	13963	14020	12955	12717
Date	**janv-17**	**févr-17**	**mars-17**	**avr-17**	**mai-17**	**juin-17**
Nombre de services médicaux	204	193	180	184	196	157
Nombre de lits médicaux	12399	11620	11961	12229	12616	11202
Date	**juil-17**	**août-17**	**sept-17**	**oct-17**	**nov-17**	**déc-17**
Nombre de services médicaux	151	137	115	114	111	111
Nombre de lits médicaux	10897	10160	8235	6032	6217	6401
Date	**janv-18**	**févr-18**	**mars-18**	**avr-18**	**mai-18**	**juin-18**
Nombre de services médicaux	109	109	103	103	108	106
Nombre de lits médicaux	6143	6448	6082	6306	6252	6089
Date	**juil-18**	**août-18**	**sept-18**	**oct-18**	**nov-18**	**déc-18**
Nombre de services médicaux	72	101	81	79	59	45
Nombre de lits médicaux	3790	5630	5466	5787	4467	3431

2) Graphique 16. Évolution du nombre de services et de lits médicaux dans la 9e région de janvier 1916 à décembre 1918.



3) Graphique 17. Évolution par décade du nombre de cas de maladies et de l'effectif militaire de la 9e région du 10 juillet 1916 au 30 octobre 1919.

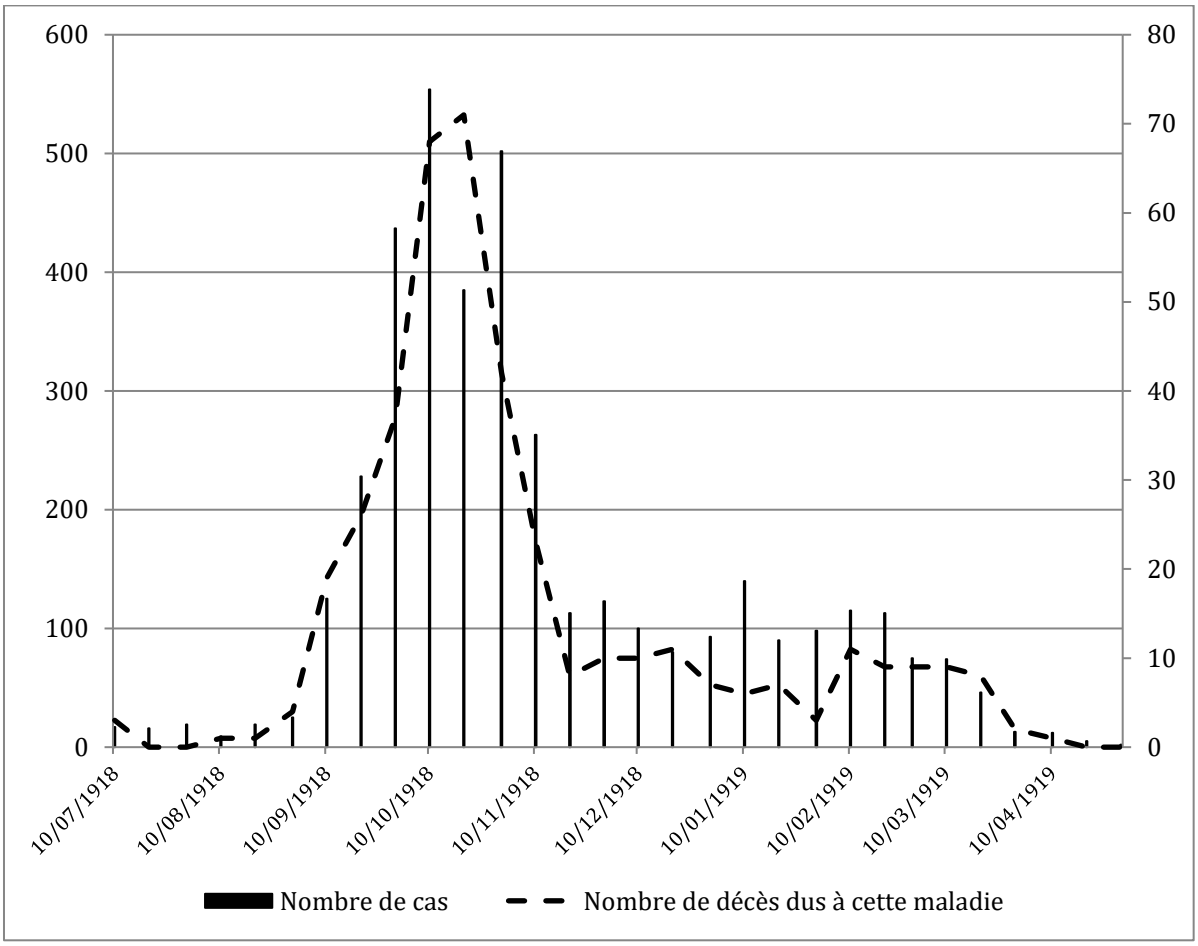


Note : Les maladies relevées sont : la rougeole, la scarlatine, les oreillons, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, la grippe thoracique, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la syphilis, la rubéole, la grippe espagnole, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire et la pleurésie purulente.

4) Tableau 62. Évolution des cas de grippe espagnole et du nombre de morts dus à cette maladie dans la 9e région du 10 juillet 1918 au 30 avril 1919.

Date	**10/07/1918**	**20/07/1918**	**31/07/1918**	**10/08/1918**	**20/08/1918**
Nombre de cas de grippe espagnole	17	16	19	9	19
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	3	0	0	1	1
Date	**31/08/1918**	**10/09/1918**	**20/09/1918**	**30/09/1918**	**10/10/1918**
Nombre de cas de grippe espagnole	25	125	228	437	554
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	4	19	26	37	68
Date	**20/10/1918**	**31/10/1918**	**10/11/1918**	**20/11/1918**	**30/11/1918**
Nombre de cas de grippe espagnole	385	502	263	113	123
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	71	42	23	8	10
Date	**10/12/1918**	**20/12/1918**	**31/12/1918**	**10/01/1919**	**20/01/1919**
Nombre de cas de grippe espagnole	100	80	93	140	90
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	10	11	7	6	7
Date	**31/01/1919**	**10/02/1919**	**20/02/1919**	**28/02/1919**	**10/03/1919**
Nombre de cas de grippe espagnole	98	115	113	75	74
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	3	11	9	9	9
Date	**20/03/1919**	**30/03/1919**	**10/04/1919**	**20/04/1919**	**30/04/1919**
Nombre de cas de grippe espagnole	46	13	12	5	2
Nombre de décès dus à la grippe espagnole	8	2	1	0	0

5) Graphique 18. Évolution des cas de grippe espagnole et du nombre de morts dus à cette maladie du 10 juillet 1918 au 30 avril 1919.



Note : Les premiers cas mentionnés dans ces états le sont en septembre 1918 et la dernière mention en juillet 1919. La première phase de l'épidémie, au printemps 1918, n'a pas été observée dans ces états.

VI- Finances.

1) Tableau 63. Comparatif des indemnités journalières versées par le Service de Santé aux Armées à l'hospice général de Tours, à l'asile Gatien de Clocheville et à l'hospice général de Loudun en 1914.

Grade	Hospice général de Tours	Asile Gatien de Clocheville	Hospice général de Loudun
Soldat et caporal	2.05	2.05	2.10
Sous-officier	2.20	2.20	2.25
Officier	3.40	3.40	3.44
Officier supérieur	4.20	4.20	4.20
Infirmier militaire	?	1.50	1.50

2) Tableau 64. Montant des dépenses réalisées par le Service de Santé de la 9e région militaire du début de la guerre à la fin du deuxième trimestre 1918.

Année	1914	1915	1916	1917	1918
Total 1er trimestre		1 479 776,88	1 572 695,61	2 343 784,31	5 486 045,28
Total 2e trimestre		5 531 425,85	2 461 593,94	6 381 544,46	7 072 234,68
Total 3e trimestre	1 130 084,80	4 143 737,59	2 829 657,68	4 852 112,02	
Total 4e trimestre	3 123 044,14	4 767 743,94	3 531 596,87	9 748 085,97	
Total de l'année	4 253 128,94	15 922 684,26	10 395 544,10	23 325 526,76	12 558 279,96
Variation		3,74	0,65	2,24	
Variation 1914-1917	5,48				
Total des sommes dépensées	66 455 164,02				

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Note : Les coûts correspondent aux chapitres 35 (Établissements du Service de Santé (Personnel)) et 36 (Établissements du Service de Santé (Matériel)) de la nomenclature des dépenses du ministère de la Guerre.

3) Tableau 65. Évolution du prix moyen de la journée d'hospitalisation des militaires dans six hôpitaux complémentaires de 1915 à 1917.

Nature des dépenses	1915	Pourcentage	1916	Pourcentage	1917	Pourcentage	Augmentation 1915-1917
Alimentation	1,42	73,6%	2,33	76,9%	2,13	57,7%	150,0%
Chauffage et éclairage	0,21	10,9%	0,26	8,6%	0,31	8,4%	147,6%
Entretien et réparation du matériel	0,06	3,1%	0,08	2,6%	0,06	1,6%	100,0%
Fournitures de bureau	0,016	0,8%	0,016	0,5%	0,11	3,0%	687,5%
Objets de pansement	0,07	3,6%	0,07	2,3%	0,12	3,3%	171,4%
Blanchissage	0,13	6,7%	0,135	4,5%	0,14	3,8%	107,7%
Salaires du personnel civil	0,02	1,0%	0,14	4,6%	0,82	22,2%	4100,0%
Prix moyen de la journée de traitement	1,93	100,0%	3,03	100,0%	3,69	100,0%	191,2%

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

Note : Pour réaliser ce tableau, le député Levasseur a pris le montant des dépenses faites dans six hôpitaux complémentaires de la région provenant de six places de celle-ci afin de déterminer un prix moyen. Les hôpitaux choisis sont les hôpitaux complémentaires n°2 (Tours), n°6 (Angers), n°12 (Châtellerault), n°22 (Cholet), n°23 (Issoudun) et n°39 (Poitiers). Le rapport datant de d'octobre 1918, il ne comprend pas l'année 1918.

4) Tableau 66. Évolution du prix de revient annuel de la journée d'hospitalisation à l'intérieur de 1914 à 1919.

Année	1914	1915	1916 (1er trimestre)	1917	1918	1919	Variation 1914-1919
Prix de revient moyen	1,69	1,85	2,257	3,613	4,362	6,02	3,56
Variation annuelle		1,09	1,22	1,60	1,21	1,38	
Alimentation	1,34	1,5	1,74	2,289	2,637	3,58	2,67
Part dans le prix	79,3%	81,1%	77,1%	63,4%	60,5%	59,5%	
Chauffage et éclairage	0,18	0,19	0,302	0,28	0,283	0,302	1,68
Part dans le prix	10,7%	10,3%	13,4%	7,7%	6,5%	5,0%	
Blanchissage	0,07	0,08	0,105	0,12	0,144	0,16	2,29
Part dans le prix	4,1%	4,3%	4,7%	3,3%	3,3%	2,7%	
Entretien et propreté	0,07	0,06	0,086	0,08	0,073	0,095	1,36
Part dans le prix	4,1%	3,2%	3,8%	2,2%	1,7%	1,6%	
Objets de bureau	0,015	0,012	0,014	0,024	0,022	0,035	2,33
Part dans le prix	0,9%	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%	0,6%	
Médicaments				0,096	0,118	0,16	
Part dans le prix				2,7%	2,7%	2,7%	
Pansements				0,08	0,09	0,21	
Part dans le prix				2,2%	2,1%	3,5%	
Salaires du Personnel civil				0,66	1,049	2	
Part dans le prix				18,3%	24,0%	33,2%	

Source : S.H.D. GR 9 NN 1/591. Récapitulation des Prix de revient de la journée de traitement à l'Intérieur de 1914 à 1918 et en 1919. Nous ignorons si cette étude comprend toutes les formations ou simplement les hôpitaux militaires.

5) Tableau 67. Évolution du prix des denrées et matières premières liées à l'énergie, de la création de l'hôpital complémentaire n°5 au 1er trimestre 1917.

Trimestre	**1914**		**1915**				**1916**					**1917**	Variation
Denrée	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**3e T**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**Juil-Ao.**	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	
Bœuf	1,68	1,68	1,69	1,833	2	2	2	2,15	2,15	2,15	2,153	2,2	130,95%
Veau	1,68	1,68	1,69	1,833	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6	2,9	3,2	190,48%
Mouton	1,68	1,68	1,69	1,833	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6	2,9	3,2	190,48%
Porc	2	2	2	2	2	2,2	2,8	3	3,075	3,92	4,25	4,4	220,00%
Pain	0,38	0,38	0,416	0,43	0,43	0,43	0,42	0,42	0,43	0,45	0,45	0,45	118,42%
Vin	0,4	0,4	0,35	0,35	0,433	0,45	0,6	0,6	0,8	0,65	0,65	0,68	170,00%
Lait	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,27	0,3	120,00%
Macaroni	1,1	1,1	1,05	1,05	1,05	1,05	1,2	1,2	1,2	1,44	1,2	0,96	87,27%
Macaroni (2eprix)			1,1	1,1									
Vermicelle	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,2	1,2	1,2	1,4	1,2	1,05	100,00%
Vermicelle (2eprix)			0,85										
Riz	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,666	0,7	0,6	1,2	1,2	0,55	91,67%
Œufs	1,85	1,85	1,75	1,5	1,7	1,95	1,75	1,6	2,05	2,28	3,4	2,75	148,65%
Poisson frais	1,1	1,1	2,12	1,59	2,35	1,92	1,6	1,45	1,7				154,55%
Poisson salé	1,2	1,2									3,6	2,5	208,33%
Lapin (viande de)	1,55	1,55	1,7	1,9	1,7	2	2,5	2,809	2,7	2,6	2,69	3,03	195,48%
Charcuterie (saucisses)	2	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,78	3,1	3,35		4,8	4,8	240,00%
Pommes de terre	0,085	0,085	0,07	0,08	0,095	0,11	0,11	0,13	0,23	0,22	0,175	0,24	282,35%

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Porée concernant le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°5 de son ouverture au 1er janvier 1917 et daté 22 avril 1917.

Trimestre	1914		1915				1916					1917	Variation
Denrée	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**3e T**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**Juil-Ao.**	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	
Choux	0,32	0,32	0,25	0,275	0,283	0,35	0,37	0,5	0,5	0,16	0,23	0,28	87,50%
Carottes	0,15	0,15	0,22	0,25	0,35	0,19	0,2	0,35	0,5	0,35	0,4	0,29	193,33%
Haricots	0,6	0,6	0,6	0,6	0,42	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,4	1,3	216,67%
Pois cassés	0,5	0,5	0,55	0,55	0,6	0,7	1,8			2,1			420,00%
Gruyère			3		2,64	2,8	4	4,25	4,5	4,6	4,71	4,75	158,33%
Camembert	2,6	2,6		2,9	3,6					3	3,2	3,8	146,15%
Fromage du pays			2,7	2,8	2,9	3,26	3,6				3	2,6	96,30%
Beurre	2,7	2,7	4,09	4,25	4,05	4,65	5,8	5,4	4,4	4,8	5,3		196,30%
Saindoux	2	2	2	2	2,1	2,2	2,78	3,08	3,35	3,2	3,5		175,00%
Café	4,65	4,65	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,9	4,4	94,62%
Sucre	0,85	0,85	0,85	1,07	1,25	1,25	1,3	1,26	1,25	1,5	1,47	1,55	182,35%
Chauffage (100 kg)													
Briquettes	4,1	4,1	4,1	6,1			7,71			12	12	9,05	220,73%
Houille	5,4	5,4	6,2	6,6	6,6	7,5		10,25	16		12,85	12,85	237,96%
Coke	1,826	1,826											100,00%
Pétrole	0,6	0,6	0,5	0,52	0,52	0,55	0,56	0,56	0,55	0,5	0,5	0,6	100,00%
Alcool à brûler	0,85	0,85	0,9	1,2	1,35	1,25	2,15		2,1			3	352,94%

6) Tableau 68. Évolution du prix de quelques denrées et matières premières liées à l'énergie, de la création de l'hôpital complémentaire n°5 au 1er trimestre 1917.

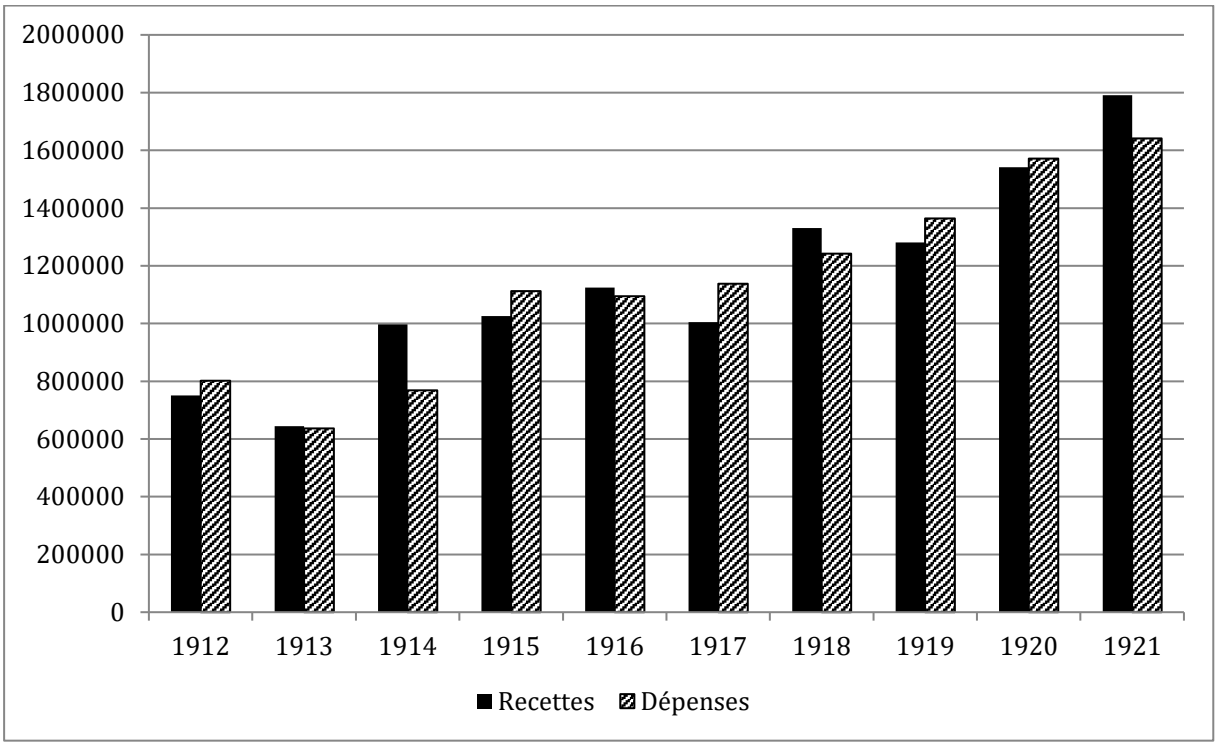
Trimestre	**1914**		**1915**				**1916**					**1917**	**Variation**
Denrée	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**3e T**	**4e T**	**1er T**	**2e T**	**Juil-Ao.**	**Sept.**	**4e T**	**1er T**	
Bœuf	1,68	1,68	1,69	1,833	2	2	2	2,15	2,15	2,15	2,153	2,2	130,95%
Porc	2	2	2	2	2	2,2	2,8	3	3,075	3,92	4,25	4,4	220,00%
Pain	0,38	0,38	0,416	0,43	0,43	0,43	0,42	0,42	0,43	0,45	0,45	0,45	118,42%
Vin	0,4	0,4	0,35	0,35	0,433	0,45	0,6	0,6	0,8	0,65	0,65	0,68	170,00%
Riz	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,666	0,7	0,6	1,2	1,2	0,55	91,67%
Œufs	1,85	1,85	1,75	1,5	1,7	1,95	1,75	1,6	2,05	2,28	3,4	2,75	148,65%
Poisson frais	1,1	1,1	2,12	1,59	2,35	1,92	1,6	1,45	1,7				154,55%
Poisson salé	1,2	1,2									3,6	2,5	208,33%
Pommes de terre	0,085	0,085	0,07	0,08	0,095	0,11	0,11	0,13	0,23	0,22	0,175	0,24	282,35%
Choux	0,32	0,32	0,25	0,275	0,283	0,35	0,37	0,5	0,5	0,16	0,23	0,28	87,50%
Haricots	0,6	0,6	0,6	0,6	0,42	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,4	1,3	216,67%
Pois cassés	0,5	0,5	0,55	0,55	0,6	0,7	1,8			2,1			420,00%
Camembert	2,6	2,6		2,9	3,6					3	3,2	3,8	146,15%
Fromage du pays			2,7	2,8	2,9	3,26	3,6				3	2,6	96,30%
Beurre	2,7	2,7	4,09	4,25	4,05	4,65	5,8	5,4	4,4	4,8	5,3		196,30%
Café	4,65	4,65	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,9	4,4	94,62%
Sucre	0,85	0,85	0,85	1,07	1,25	1,25	1,3	1,26	1,25	1,5	1,47	1,55	182,35%
Chauffage (100 kg)													
Briquettes	4,1	4,1	4,1	6,1			7,71			12	12	9,05	220,73%
Houille	5,4	5,4	6,2	6,6	6,6	7,5		10,25	16		12,85	12,85	237,96%
Coke	1,826	1,826											100,00%
Pétrole	0,6	0,6	0,5	0,52	0,52	0,55	0,56	0,56	0,55	0,5	0,5	0,6	100,00%

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport de l'officier d'administration de 2e classe Porée concernant le fonctionnement administratif de l'hôpital complémentaire n°5 de son ouverture au 1er janvier 1917 et daté 22 avril 1917.

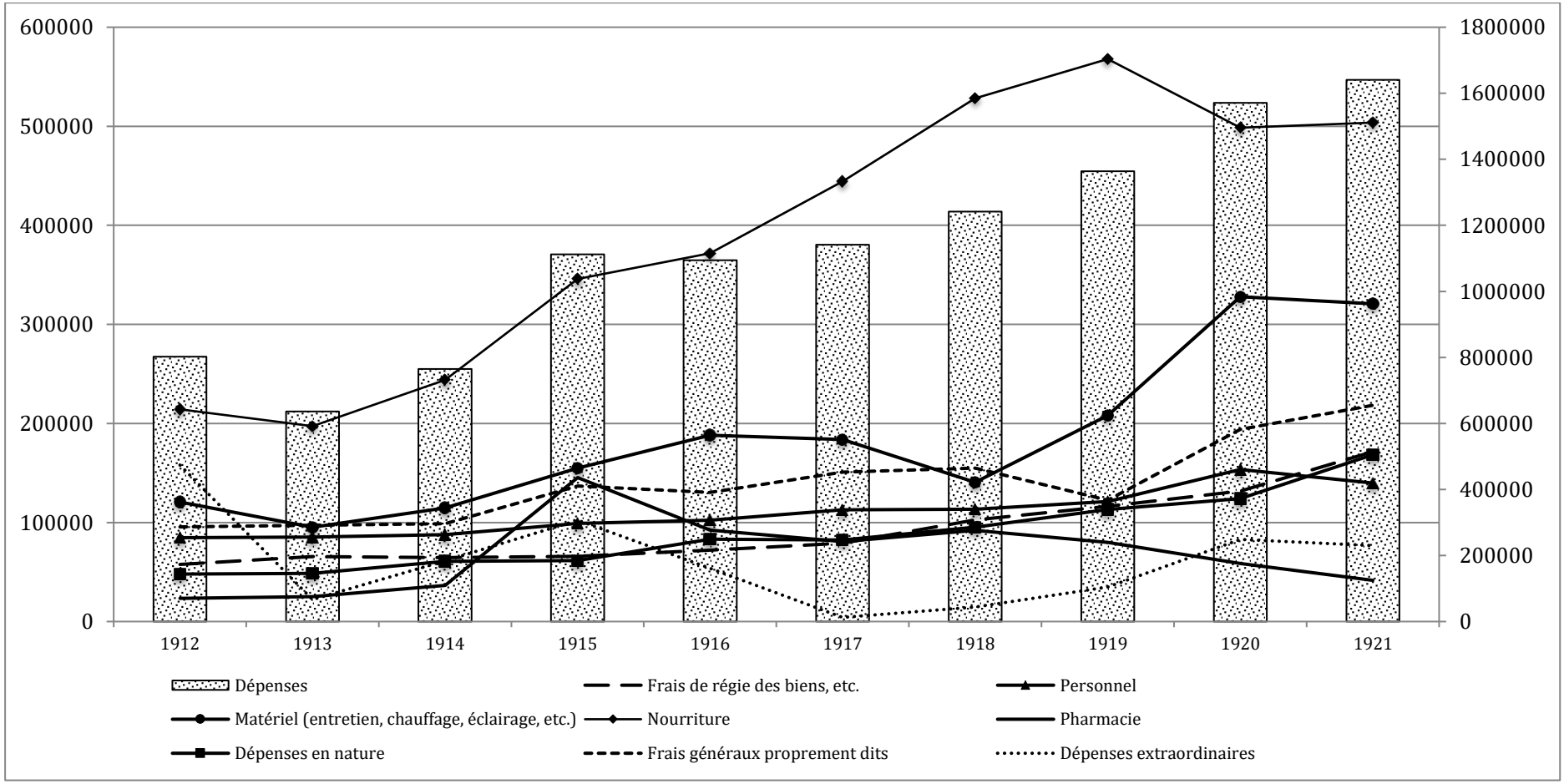
7) Tableau 69. Recettes et dépenses de l'Hôtel-Dieu de Poitiers de 1912 à 1921.

Années	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921
Nombre de journées d'hospitalisation d'hommes	16825	16682	12690	9712	8912	9512	11747	13743	16942	17585
Nombre de journées d'hospitalisation de femmes	15526	16240	16701	15603	19012	19932	19374	15196	14617	16784
Nombre de journées d'hospitalisation d'enfants	3690	3975	3674	2411	4412	3915	6189	3414	4415	5591
Nombre de journées d'hospitalisation de militaires	25336	31529	93055	154977	126362	85542	77410	54447	18009	18142
Nombre de journées d'hospitalisation total	61377	68426	126120	182703	158698	118901	114720	86800	53983	58102
Prix de revient	3,74	3,24	2,67	2,74	3,89	4,35	4,42	5,84	6,65	6,64
Recettes ordinaires	592479,45	617129,49	776247,19	1024472,53	1122925,08	969902,1	1192614,11	1142000,85	1319531,93	1597250,46
Recettes extraordinaires	157997,77	27713,77	221011,22	1085,5	1185	34572,11	138683,19	138342,86	222222,89	193152,27
Recettes	750477,22	644843,26	997258,41	1025558,03	1124110,08	1004474,21	1331297,3	1280343,71	1541754,82	1790402,73
Dépenses ordinaires	644281,7	614263,73	703815,74	1009858,74	1040507,58	1136746,27	1226963,53	1328754,04	1488504,35	1564315,99
Dépenses extraordinaires	157992,62	22101,29	61383,64	102317,71	53637,5	4179,12	14587,67	34805,25	82765,98	76569,58
Dépenses	802274,32	636365,02	765199,38	1112176,45	1094145,08	1140925,39	1241551,2	1363559,29	1571270,33	1640885,57
Frais de régie des biens, etc.	57671,06	65491,39	64569,89	66000,57	72210,8	79091,06	102528,87	116224,9	131714,81	171475,05
Personnel	84691,25	85349,23	87757,31	99196,4	102324,17	112807,61	113442,44	121080,31	153515,65	139878,51
Matériel (entretien, chauffage, éclairage, etc.)	120782,78	95252,19	114833,39	155022,78	188210,88	183697,78	140549,93	208171,97	327941,34	320837,51
Nourriture	214220,06	197260,75	243825,05	345781,26	371788,86	444264,98	528183,28	567869,96	498652,9	503768,85
Pharmacie	23424,96	25182,04	36436,52	145349,09	92400,08	80663,3	92187,12	79801,65	58630,99	41597,25
Dépenses en nature	47923,98	48645,71	60662,5	61551,13	83111,53	82275,12	95268,95	113136,67	124142,66	168426,02
Frais généraux proprement dits	95567,61	97082,42	98731,08	136957,51	130461,26	150946,42	154802,94	122468,58	193906	218332,8
Dépenses extraordinaires	157992,62	22101,29	61383,64	102317,71	53637,5	4179,12	14587,67	34805,25	82765,98	76569,58
Dépenses	802274,32	636365,02	768199,38	1112176,45	1094145,08	1137925,39	1241551,2	1363559,29	1571270,33	1640885,57

8) Graphique 19. Évolution des recettes et dépenses de l'Hôtel-Dieu de Poitiers de 1912 à 1921.



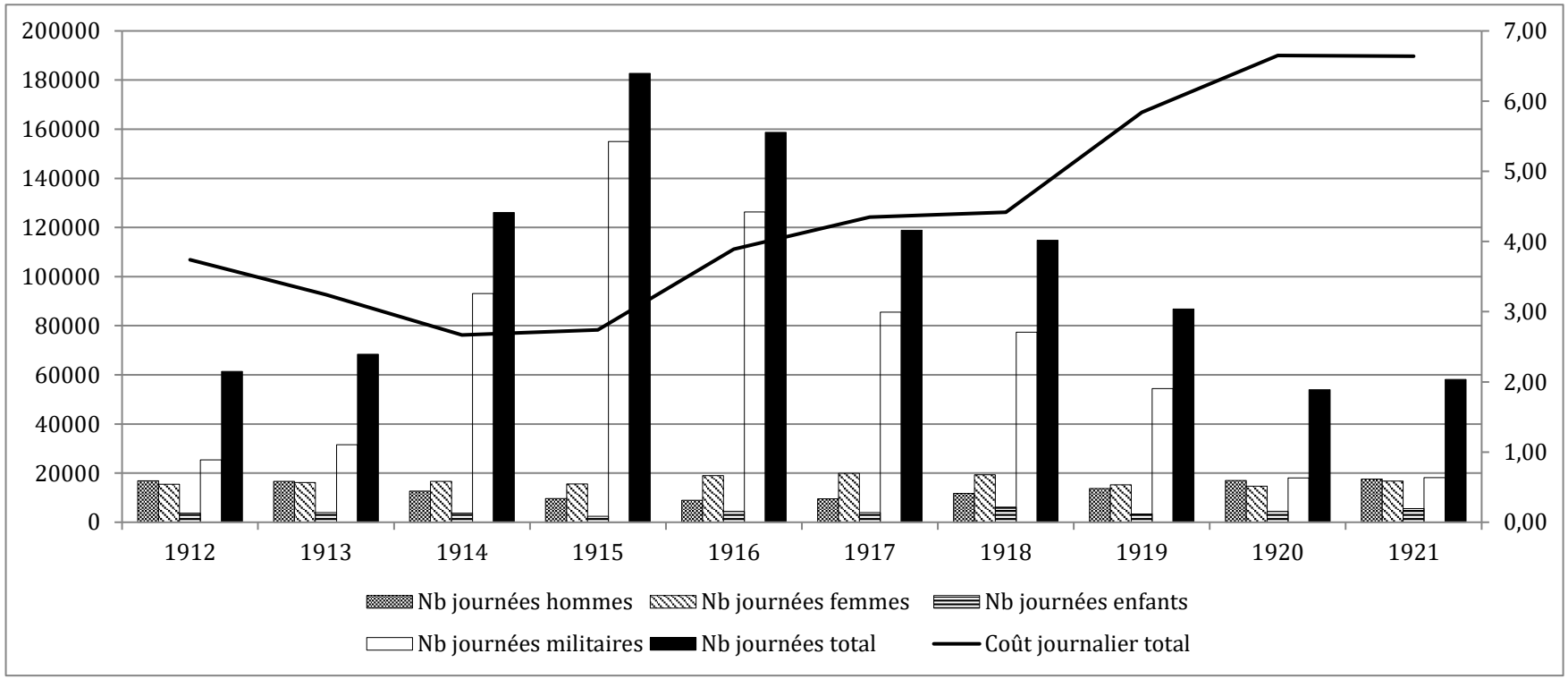
9) Graphique 20. Hôtel-Dieu de Poitiers. Évolution, générale et selon les postes, des dépenses de 1912 à 1921.



Source : A.D.V. 1536 W 68. Ce graphique est issu des statistiques hospitalières des Hospices de Poitiers.

Note : Ce graphique comprend toutes les dépenses de l'Hôtel-Dieu, de l'Hospice général et de l'Hospice des incurables qui composent cette structure. Il n'y a pas de différences entre les coûts journaliers des civils ou des militaires car les hôpitaux confondent ces deux populations dans leurs budgets.

10) Graphique 21. Évolution du nombre de journées d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en fonction du type d'hospitalisé et prix de revient journalier total de 1912 à 1921.



Sources : A.D.V. 1536 W 68. Ce graphique est issu des statistiques hospitalières des Hospices de Poitiers.

Note : Les chiffres ne comprennent pas les malades civils hospitalisés à l'Hospice général et à l'Hospice d'incurables. Le prix de revient est celui indiqué sur les états statistiques correspondant à ces populations.

11) Tableau 70. Évolution des budgets de l'Hôtel-Dieu d'Angers de 1913 à 1918.

Années	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Nombre de journées militaires prévues	33 000	31 000	55 000	177 000	170 000	148 000
Nombre de journées militaires réelles	32 216	81 174	177 864	148 122	142 803	162 385
Nombre de journées civiles prévues	446 500	459 340	469 450	456 660	439 650	442 220
Nombre de journées civiles réelles	470 384	456 461	438 202	441 738	434 194	423 244
Nombre de journées totales prévues	479 500	490 340	524 450	633 660	609 650	590 220
Nombre de journées totales réelles	502 600	537 635	616 066	589 860	576 997	585 629
Budget des recettes prévues	1 037 387,81	1 121 256,21	1 190 898,71	1 485 168,71	1 564 423,36	1 774 679,96
Budget des recettes réelles	1 110 227,08	1 267 920,93	1 482 576,58	1 667 261,26	1 854 055,18	2 281 562,46
Budget des dépenses prévues	1 037 208,35	1 106 827,65	1 190 352,39	1 484 515,39	1 564 388,69	1 774 529,79
Budget des dépenses réelles	1 123 363,35	1 213 536,62	1 486 251,79	1 803 293,88	1 874 108,68	2 095 689,27
Bilan prévu	179,46	14 428,56	546,32	653,32	34,67	150,17
Bilan réel	-13 136,27	54 384,31	-3 675,21	-136 032,62	-20 053,50	185 873,19
Prix revient prévu	2,16	2,26	2,27	2,34	2,57	3,01
Prix revient réel	2,24	2,26	2,41	3,06	3,25	3,58

Source : A.D.M&L. 1 Hs/M8. Hôpital Hospice d'Angers. Budgets.

12) Tableau 71. Coût de la journée d'hospitalisation à l'hôpital auxiliaire n°102 de 1914 à 1919 comparé à d'autres formations sanitaires.

Année	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Hôpital auxiliaire n°102	2,88	3,17	3,89	4,29	5,32	4,2
Hôpital mixte de Poitiers	2,67	2,74	3,89	4,35	4,42	5,84
Hôpital mixte d'Angers	2,26	2,41	3,06	3,25	3,58	
Hôpitaux complémentaires (Mission Levasseur)		1,93	3,03	3,69		

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

13) Tableau 72. Évolution des dépenses concernant l'hôpital auxiliaire n°102 du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919.

Postes de dépense	01/05/1914-01/05/1915		01/05/1915-01/05/1916		01/05/1916-01/05/1917		01/05/1917-01/05/1918		01/05/1918-15/11/1919		Total	Pourc.
Installation radiologique	7838,8	10,7%	7592,35	6,0%	211,25	0,2%					15642,4	2,8%
Lits nouveaux			8534,65	6,7%							8535,65	1,5%
Nourriture	40260,25	55,1%	66352	52,4%	68570,3	65,6%	69039,1	69,7%	105977,35	64,4%	350199	61,7%
Chauffage et éclairage	4910	6,7%	8553,45	6,8%	11681,95	11,2%	4875,8	4,9%	6837,45	4,2%	36858,65	6,5%
Blanchissage	4060,85	5,6%	7435,7	5,9%	6328,3	6,1%	6997,35	7,1%	8275,95	5,0%	33098,15	5,8%
Rétribution du personnel	2731,9	3,7%	4679,5	3,7%	5017,2	4,8%	7766,35	7,8%	10015,45	6,1%	30210,4	5,3%
Pharmacie, pansements, chirurgie	5519,55	7,6%	13179,85	10,4%	4986,1	4,8%	2389,35	2,4%	6993,85	4,3%	33068,7	5,8%
Lingerie, vêtements	1524,9	2,1%	120,6	0,1%	1296,4	1,2%	745,75	0,8%	921	0,6%	4608,65	0,8%
Frais généraux	326,5	0,4%	432,45	0,3%	1385,25	1,3%			5407,55	3,3%	7551,75	1,3%
Dépenses diverses	5885,6	8,1%	9736,85	7,7%	3309,15	3,2%	3484,15	3,5%	3632,35	2,2%	26048,1	4,6%
Avances de prêts aux mobilisés			5	0,0%	760,95	0,7%	2815,75	2,8%	2436,15	1,5%	6017,85	1,1%
Entretien mobilier et immobilier					993,1	0,9%	1005,25	1,0%	10995,3	6,7%	12993,65	2,3%
Remboursement d'avances									3000	1,8%	3000	0,5%
Totaux	73058,35	100,0%	126622,4	100,0%	104539,95	100,0%	99118,85	100,0%	164492,4	100,0%	567832,95	100,0%

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

Note : Les recettes et les dépenses du comité de l'U.F.F. d'Angers sont établies du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919. Ces dates ne sont pas celles de l'hôpital auxiliaire n°102, c'est pourquoi il n'a été pris que les dépenses liées à celui-ci. Ainsi, les dépenses dues au dispensaire antituberculeux n'apparaissent pas dans ce tableau. En outre, le pourcentage des avances de prêts aux mobilisés de la période du 1er mai 1915 au 1er mai 1916 ne représente pas 0 % des dépenses mais 0,0039 %, ce qui est insignifiant au regard des autres postes de dépense.

14) Tableau 73. Bilan des recettes et des dépenses du comité de l'U.F.F. d'Angers du 1er mai 1914 au 15 novembre 1919.

	Somme
Recettes	635857,62
Dépenses	650019,1
Bilan	-14161,48
Perte supplémentaire	1163,72
Avoirs du comité au 1ermai 1914	56491,97
Avoirs du comité au 17 novembre 1919	41165,5

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

Note : Si l'on reprend les calculs pour déterminer les avoirs du comité au 15 novembre 1919, ils sont légèrement supérieurs et s'élèvent à 41 166,77 francs. Nous ne savons pas d'où provient cette différence. La perte supplémentaire provient d'une perte liée à la conversion de bons de la Défense nationale de 3 % à 5 % en 1915.

15) Tableau 74. Recettes annuelles du comité de l'U.F.F. d'Angers dues aux quêtes, fêtes, messes et souscriptions durant la guerre.

Année	**1914**	**1915**	**1916**	**1917**	**1918**	**Totaux**
Quêtes à domiciles	5468,3	4390,15		1907,1		11765,55
Quêtes dans les cimetières	430,5	943,6	516,25	223,4	445,7	2559,45
Messes		1228	1713,65	1728,9	3753	8423,55
Concerts et Fêtes		9435,3	10926,65	1386,95	2481,9	24230,8
Souscriptions journaux					20199	20199
Totaux	5898,8	15997,05	13156,55	5246,35	26879,6	67178,35

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

16) Tableau 75. Hôpital auxiliaire n°102. Comparaison entre les recettes obtenues par la présence des soldats et les dépenses totales de l'hôpital.

Période	01/05/1914-01/05/1915	01/05/1915-01/05/1916	01/05/1916-01/05/1917	01/05/1917-01/05/1918	01/05/1918-15/11/1919	Totaux
Montant des dépenses	73058,35	126622,4	104539,95	99118,85	164492,4	567832,95
Recettes des journées d'hospitalisation	20480	84238	57996	53138	90625,5	306477,5
Recettes des avances de prêts aux hospitalisés		436,8	1163	1818,35	3044	6462,15
Total des recettes	20480	84674,8	59159	54956,35	93669,5	312939,65
Pourcentage	28,03%	66,87%	56,59%	55,44%	56,94%	55,11%

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

17) Tableau 76. Hôpital auxiliaire n°102. Comparatif des recettes ponctuelles provenant de l'État, des collectivités et du comité central par rapport aux dépenses.

Origine	Montant
Subventions reçues du Conseil central	51000
Subventions reçues du département	3840
Subventions reçues des communes	9194,35
Subventions reçues du ministre de la Guerre	3900
Allocations de l'État pour lits nouveaux	9000
Total des recettes	76934,35
Montant des dépenses de l'hôpital	567832,95
Pourcentage	13,55%

Source : A.D.M&L. 101 J 154. Comité de l'U.F.F. d'Angers. Récapitulatifs financiers 1914-1918.

18) Tableau 77. Enquête de l’économe de Tours sur les indemnités journalières.

Hôpitaux mixtes ayant obtenu une revalorisation de leur indemnité journalière au moment de l’enquête.

Hôpital	Prix de journée	Majoration obtenue	Nouvelle indemnité journalière	Date d'entrée en vigueur	Détail
Rambouillet	2,4	0,6	3	02/08/14	
Epernay	2,4	0,5	2,9	02/08/14	
Saint-Etienne	2,8	0,35	3,15	02/08/14	
Saint-Malo	2	0,25	2,25	02/08/14	
Le Mans	2,7	0,2	2,9	02/08/14	
Narbonne	2	0,73	2,73	01/01/15	
Mayenne	2,12	0,78	2,9	01/01/15	
Chartres	2,25	0,55	2,8	01/01/15	
Carcassonne	2,69	0,61	3,3	01/01/16	
Avignon	2,3	0,55	2,85	01/01/16	
Dôle	2,25	0,5	2,75	01/01/16	
Vannes	2	0,4	2,4	01/01/16	
Nevers	2,1	0,4	2,5	01/01/16	
Nîmes	3,05	0,2	3,25	01/01/16	
Saint-Brieuc	2	0,5	2,5		Seulement pour les 287 lits supplémentaires
Nice			3,5		Avec effet rétroactif. Demande ancienne
Angers			2,7		Demande ancienne
Laval			3		Demande ancienne
Saumur			2,8		Demande ancienne

Hôpitaux mixtes en attente d'une revalorisation de leur indemnité journalière au moment de l'enquête.

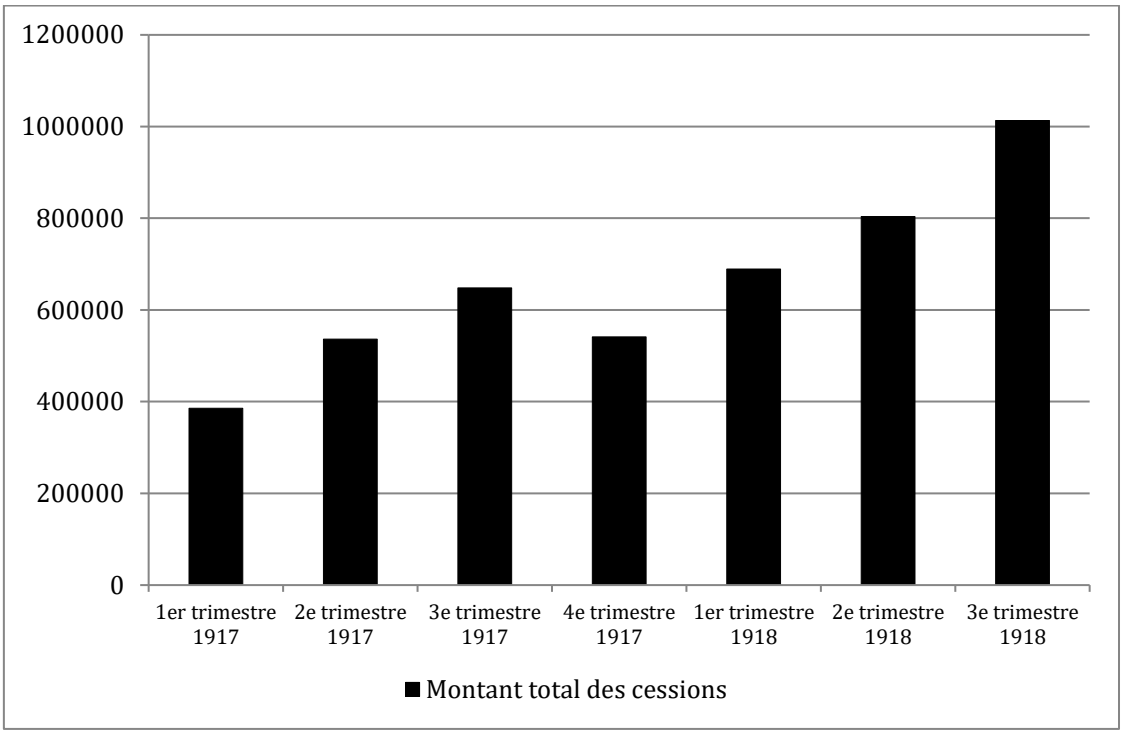
Hôpital	Prix de journée	Majoration demandée	Détail
Montpellier	2,4	0,5	
Clermont-Ferrand	2,329	0,43	
Angoulême	2,15	0,6	
Troyes	2,4	0,25	
Cahors	2	0,77	
Poitiers	2,1	2,6	
Montbrison	2		
Quimper	1,894		
Niort	3,68		Demande ancienne
Orléans	3,46		Demande ancienne
Montpellier	2,9		Avec majoration pendant la guerre. Demande ancienne
Dijon	3,01		Avec majoration pendant la guerre. La réclamation date du 1er janvier 1910 et l'affaire a été portée devant le Conseil d'État.

19) Tableau 78. Évolution du montant total des cessions de marchandises aux formations sanitaires de la 9e région par le magasin d'approvisionnement de Tours durant le conflit.

Trimestre	1er trimestre 1917	2e trimestre 1917	3e trimestre 1917	4e trimestre 1917	1er trimestre 1918	2e trimestre 1918	3e trimestre 1918
Montant total des cessions en francs	386007,9	536310,72	648264,8	541141,52	689131,8	803847,91	1013586,8

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

20) Graphique 22. Évolution du montant total des cessions de marchandises aux formations sanitaires de la 9e région par le magasin d'approvisionnement de Tours durant le conflit.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

21) Tableau 79. Comparaison des prix de cession et des prix d'achat dans le commerce de différents médicaments ou produits pharmaceutiques.

Désignation des médicaments	Prix de la nomenclature		Prix du commerce	Différence de prix (majoration)
	Avant la majoration	Majoré à 30%		
Acide borique	1,3	1,69	3,5	2,1
Alcool à 95	7,8	10,14	12	1,2
Amidon	0,72	0,94	5,25	5,6
Axonge	2,6	3,38	7	2,1
Caféine	130	169	250	1,5
Camphre	3,9	5,07	24	4,7
Crésyl	0,85	1,11	3	2,7
Eau oxygénée	0,91	1,18	2	1,7
Ether [*sic*] éthylique	3,25	4,23	11	2,6
Glycérine	5,2	6,76	15	2,2
Glyzine	20,8	27,04	120	4,4
Huile camphrée	2,6	3,38	9	2,7
Huile d'arachide	1,95	2,54	7,5	3,0
Huile de ricin	1,55	2,02	15	7,4
Lactose	1,95	2,54	16	6,3
Lin (semences)	0,75	0,98	4	4,1
Pommade antiseptique	2,6	3,38	10	3,0
Chlorhydrate de quinine	130	169	300	1,8
Benzoate de soude	39	50,7	100	2,0
Bicarbonate de soude	0,51	0,66	1,8	2,7
Sulfate de soude	0,26	0,34	1	2,9
Soufre en canon	0,32	0,42	1,3	3,1
Sulfate de spatéine [*sic*]	104	135,2	600	4,4
Talc	0,26	0,34	1,25	3,7
Vaseline	2,6	3,38	9	2,7
Vins généreux	1,3	1,69	6,5	3,8

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918.

22) Tableau 80. Évolution du bénéfice réalisé par la blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours.

Trimestre	2e Trimestre 1917	3e Trimestre 1917	4e Trimestre 1917	1er Trimestre 1918	2e Trimestre 1918	3e Trimestre 1918
Bénéfice	8253,55	13348,03		18002,72	26009,59	37364,48

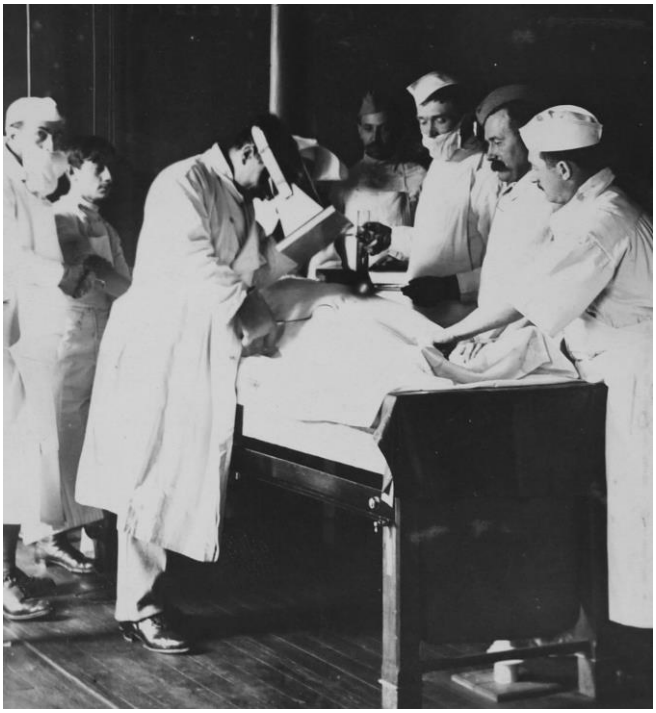
Note : Ce bénéfice est réalisé en comparant les coûts de fonctionnement de la blanchisserie aux prix pratiqués dans le commerce. Cependant, la blanchisserie ne prend pas en compte la solde des militaires qui y sont affectés. Le tableau a été réalisé à partir des rapports de l'officier gestionnaire du magasin d'approvisionnement et du rapport de la mission Levasseur.

VII- Photographies

1) Photographie 1. Hôpital complémentaire n°36 au château de Chenonceau. Salle de blessés située au premier étage de la galerie.

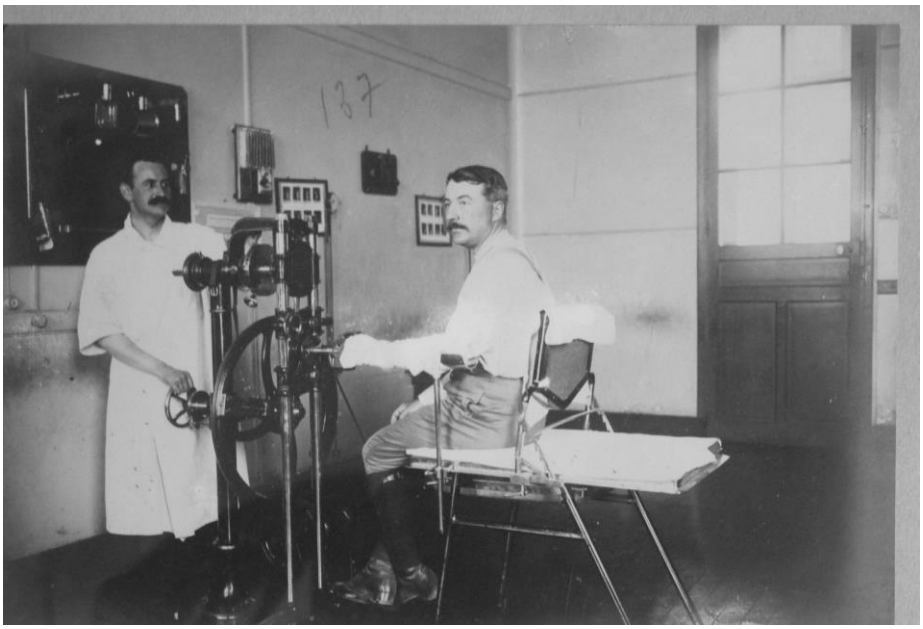
Source : C.D.M.S.S.A. M1 9e RM 24 823 à 24 917 PH 106 n°38. Date et auteur inconnus.

2) Photographie 2. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique. Technique des docteurs Ledoux-Lebard et Ombrédanne.



Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

3) Photographique 3. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Arthromoteur du docteur P. de Champtassin.



Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

4) Photographie 4. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de mécanothérapie. Massages.

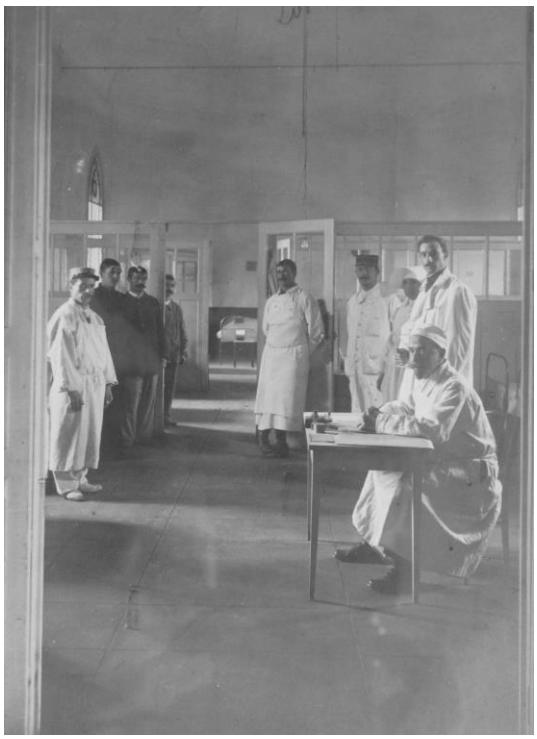
Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 16 avril 1916. Date et auteur inconnus.

5) Photographie 5. Hôpital complémentaire n°2 de Tours. Centre de neurologie. La visite du docteur Clovis Vincent.

Source : C.D.M.S.S.A. M 2 9e RM 24 991 à 25 056 3 PH 108 n°40. Date et auteur inconnus.

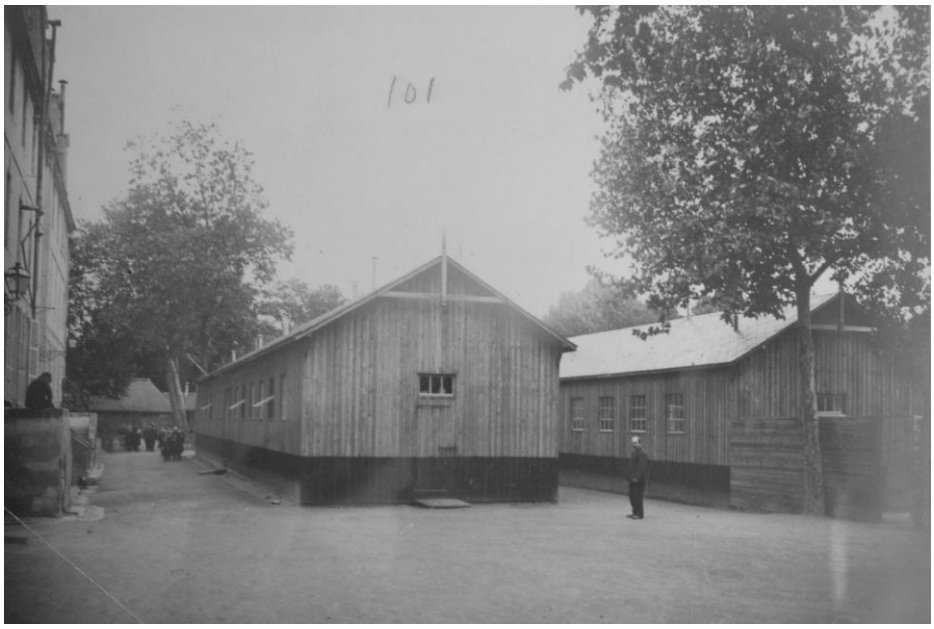
Note : Le docteur Clovis Vincent est au premier plan à droite. Il tient dans sa main droite l'appareil servant au « torpillage ».

6) Photographie 6. Hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire). Hôpital pour contagieux. Cabine d'isolement des diphtériques.



Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

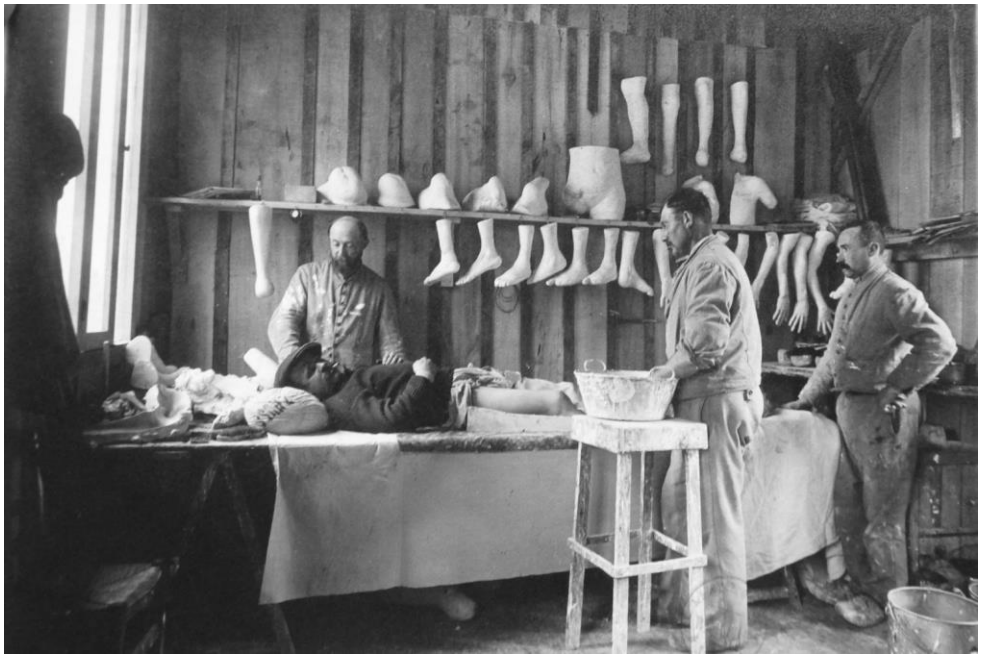
7) Photographie 7. Hôpital complémentaire n°3 à l'école supérieure de jeunes filles de Tours. Centre de dermatologie-vénéréologie. Baraques destinées aux malades vénériens.



Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

Note : À droite se trouve la baraque incriminée et à gauche on peut observer la présence d'enfants.

8) Photographie 8. Hôpital complémentaire n°5. Centre d'appareillage des mutilés. Atelier de moulage des prothèses.



Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Date et auteur inconnus.

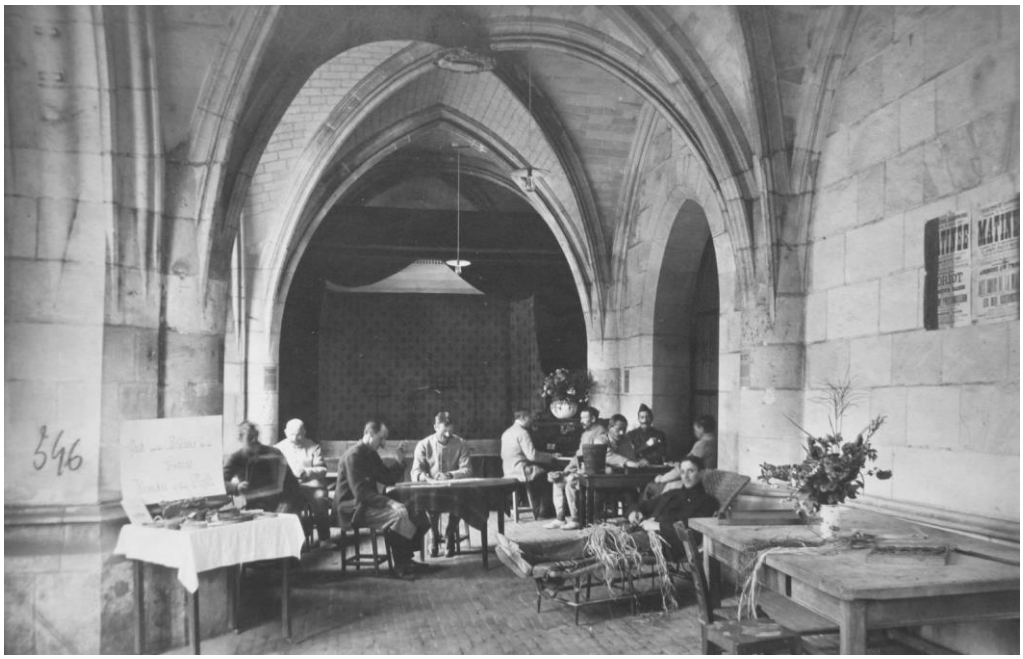
9) Photographie 9. Hôpital complémentaire n°5. Centre de rééducation des mutilés. Atelier agricole.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

10) Photographie 10. Centre spécial de réforme de Tours anciennement hôpital-dépôt de convalescents n°49.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton A 180. Notice sur l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 datée du 8 octobre 1916 par le médecin principal de 2e classe Speckmann. Date et auteur inconnus.

11) Photographie 11. Salle de récréation de l'hôpital auxiliaire n°13 d'Amboise.



Source : C.D.M.S.S.A. M1 9e RM 24 823 à 24 917 3 PH 106 n°38. Date et auteur inconnus.

12) Photographie 12. Hôpital complémentaire n°5 à Joué-lès-Tours. Foyer des mutilés.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

13) Photographie 13. Hôpital auxiliaire n°10 à Tours. Chambre pour officiers.

Sources : C.D.M.S.S.A. M 2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

14) Photographie 14. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes à Tours. Salle des morts.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 16 avril 1916. Date et auteur inconnus.

15) Photographie 15. Hôpital complémentaire n°21 à Poitiers. Blessés français et sénégalais accompagnés d'une partie du personnel de l'hôpital.

Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Dossier sur l'hôpital complémentaire n°21 affecté aux soldats sénégalais du mois de septembre 1916 au 29 janvier 1918 par le médecin aide-major de 1ère classe Mahoudeau et l'officier d'administration de 1ère classe Melle. Date et auteur inconnus.

16) Photographie 16. Hôpital auxiliaire n°101 à Poitiers. Infirmiers annamites.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Auteur et date inconnus.

17) Photographie 17. Hôpital complémentaire n°2. Salle 2 (1917-1918).

Source : A.C.G.B. 4 F 2-1 Guerre 1914-1918. Dossier B Tours. Lycée Descartes. Date et auteur inconnus.

Note : Cependant, il s'agit d'une photographie de « propagande ». Les règlements militaires ne prévoient pas autant de personnel infirmier pour cette quantité de lits. Cette photographie montre surtout le nombre de ces religieuses qui servent comme infirmière.

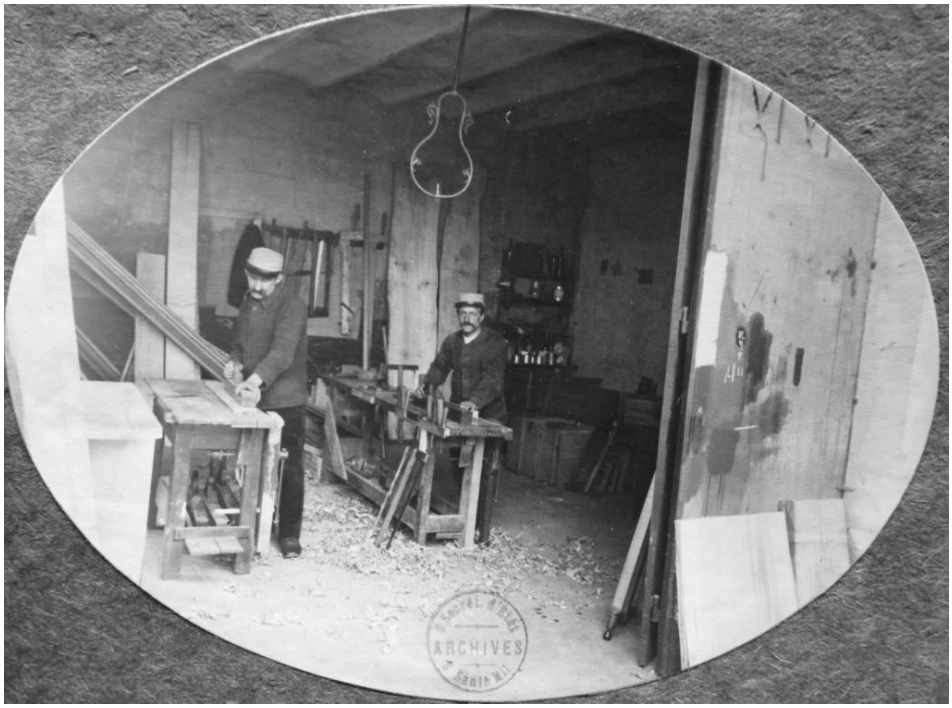
18) Photographie 18. Direction du Service de Santé militaire de la 9e région. Salle des secrétaires.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

19) Photographie 19. Installation radiologique de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours.

Source : C.D.M.S.S.A. M2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

20) Photographie 20. Hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes de Tours. Atelier des sapeurs.

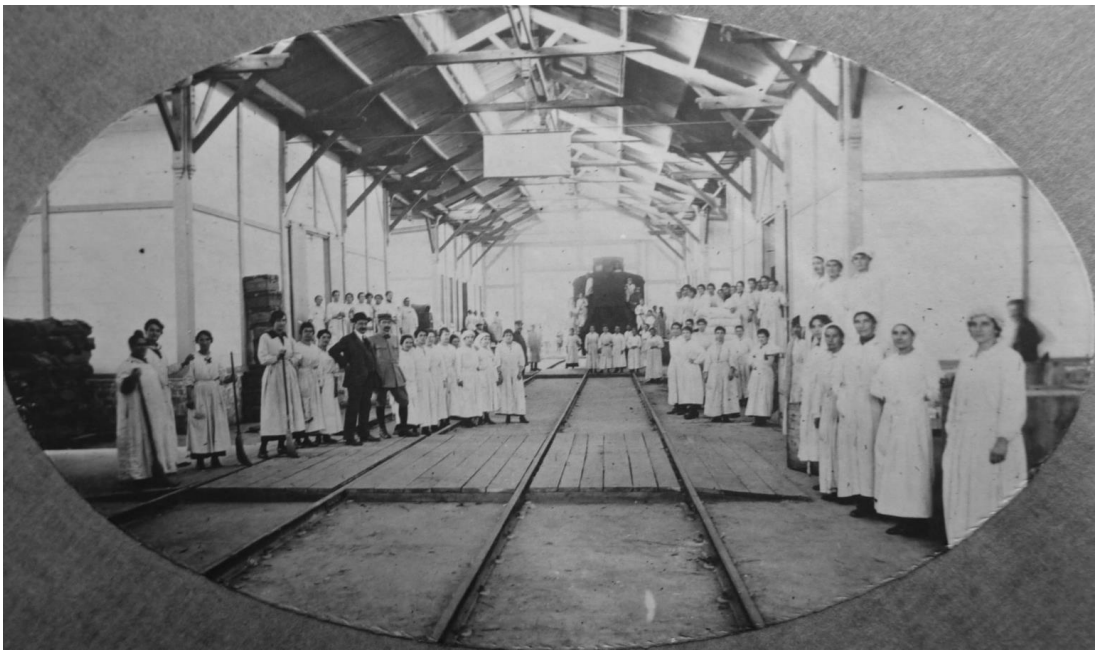


Source : C.D.M.S.S.A. Fonds Z. Rapport sur l'hôpital complémentaire n°2 « Lycée Descartes » de l'officier d'administration de 2e classe Alcan daté du 18 avril 1917. Date et auteur inconnus.

21) Photographie 21. Basse-cour de l'hôpital complémentaire n°9 de Parthenay contenant aussi les cages à lapin.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 650. Rapport administratif du 2e trimestre 1917 de l'hôpital complémentaire n°9 de l'officier d'administration gestionnaire et daté du 4 juillet 1917. Date et auteur inconnus.

22) Photographie 22. Intérieur du magasin régional du Service de Santé de Châteauroux.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

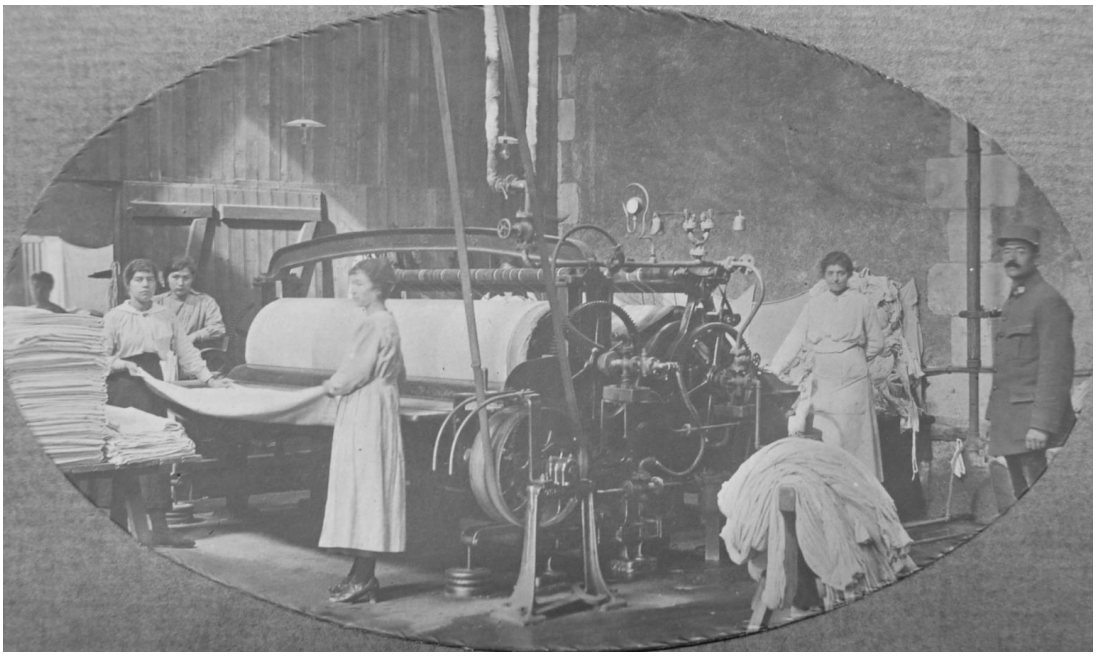
23) Photographie 23. Magasin régional du Service de Santé de Châteauroux. Atelier.

Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

24) Photographie 24. Buanderie de l'hôpital auxiliaire n°2.

Source : C.D.M.S.S.A. M 2 (suite) 9e RM 25 067 à 25 163 3 PH 109 n°41. Date et auteur inconnus.

25) Photographie 25. Blanchisserie militaire du Service de Santé de la place de Tours.



Source : C.D.M.S.S.A. Carton 571. Rapport de la mission Levasseur sur les services administratifs de la 9e région par le député Levasseur et daté du mois d'octobre 1918. Date et auteur inconnus.

26) Photographie 26. Infirmerie de gare de la S.S.B.M. à Saint-Pierre-des-Corps.

Source : C.D.M.S.S.A. M 1 9e RM 24 918 à 24 990 3 PH 107 n°3. Date et auteur inconnus.

VIII- Organisations du 9e corps d'armée, de l'O.A.C.M. et de la Croix-Rouge.

1) Illustration 1. Organisation du 9e corps d'armée à la veille de la guerre.

Source : A.D.I&L. 2R8.

Note : p. i. : par intérim ; P.C. : Partie de Commandement ; P.P. : Partie Principale.

Quartier Général : Tours

Départements : Deux-Sèvres, Indre, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Vienne.
Subdivisions de région : Châteauroux, Le Blanc, Parthenay, Poitiers, Châtellerault, Tours, Angers, Cholet.
Général commandant le corps d'armée : Général de division Dubois. Basé à Tours.
Chef d'état-major : Colonel d'Infanterie H. C. Nourisson. Basé à Tours.
Sous-chef d'état-major : Lieutenant-Colonel d'Infanterie H. C. Basset. Basé à Tours.
Commandant de l'artillerie : Général de brigade Pellarin. Basé à Poitiers.
Directeur du service de l'Intendance : Intendant Damon. Basé à Tours.
Directeur du Service de Santé : Médecin principal de 1ère classe Godet. Basé à Tours.
Directeur du Service Vétérinaire : Vétérinaire principal de 2e classe Joly. Basé à Tours.
Général inspecteur des formations de la réserve et de la préparation militaire de la IXe région : Général de division Charlery de la Masselière. Basé à Tours.
Chef d'état-major : Lieutenant-Colonel breveté De Pussin-Amory, du 68e régiment d'infanterie. Basé à Tours.

Troupes du IXe corps d'armée.

17e division d'infanterie : Général de brigade Dumas (p. i.). Basé à Châteauroux.
Chef d'état-major : Chef de bataillon d'infanterie H. C. Jette. Basé à Châteauroux.
Sous-intendant : Sous-Intendant Roux. Basé à Châteauroux.

33e brigade d'infanterie : Colonel Géniteau (p. i.). Basé à Châteauroux.
68e régiment d'infanterie : Colonel Génot. P. C. au Blanc ; P.P. à Issoudun.
90e régiment d'infanterie : Colonel Simon. Basé à Châteauroux.

34e brigade d'infanterie : Général de brigade Guignabaudet. Basé à Poitiers.
114e régiment d'infanterie : Colonel Briant. P.C. à Parthenay ; P.P. à Saint-Maixent-l'École.
125e régiment d'infanterie : Colonel Deschamps. Basé à Poitiers.

Artillerie de la division, 20e régiment d'artillerie : Colonel Besse. Basé à Poitiers.

18e division d'infanterie : Général de division Baret. Basé à Angers.
Chef d'état-major : Chef de bataillon d'infanterie H. C. Quintard. Basé à Angers.
Sous-intendant : Sous-intendant Blaise. Basé à Angers.

35e brigade d'infanterie : Général Kopp. Basé à Tours.
32e régiment d'infanterie : Colonel Delbousquet, comt p. i. la 21e brigade d'infanterie. P. C. à Châtellerault ; P. P. à Tours.
66e régiment d'infanterie : Colonel Janin. Basé à Tours.

36e brigade d'infanterie : Colonel Eon (p. i.). Basé à Angers.
77e régiment d'infanterie : Colonel de Féraudy, comt la 3e brigade d'infanterie d'Algérie. Basé à Cholet.
135e régiment d'infanterie : Colonel de Bazelaire. Basé à Angers.

Artillerie de la division, 33e régiment d'artillerie : Colonel Le Breton. Basé à Angers.

9e brigade d'artillerie : Général de brigade Pellarin. Basé à Poitiers.
20e régiment d'artillerie : Colonel Besse. Basé à Poitiers.
33e régiment d'artillerie : Colonel Le Breton. Basé à Angers.
49e régiment d'artillerie : Colonel Barthal. Basé à Poitiers.

9e bataillon du génie (6e régiment du génie) : Commandant Boquet. Basé à Angers.
9e escadron du train des équipages : Chef d'escadron Chary. Basé à Châteauroux.
9e section de secrétaire d'état-major et du recrutement. Basée à Tours.
9e section de commis et ouvriers militaires d'administration. Basée à Tours.
9e section d'infirmiers militaires. Basée à Châteauroux.
Gendarmerie, 9e légion : Lieutenant-Colonel Brisset. Basée à Tours.

Troupes stationnées dans la 9e région mais ne faisant pas partie du IXe corps d'armée.

6e régiment du génie : Colonel Bernard. Basé à Angers.

9e division de cavalerie : Général de brigade de L'Épée (p. i.). Basée à Tours.
Chef d'état-major : Chef d'escadron de cavalerie H. C. Verdelhan-des-Molles. Basé à Tours.
Sous-intendant : Hetté. Basé à Tours.

1ère brigade de cuirassiers : Général de brigade N. Basée à Tours.
5e régiment de cuirassiers : Colonel De Cugnac. Basé à Tours.
8e régiment de cuirassiers : Colonel Mesple. Basé à Tours.
7e régiment de hussards : Colonel Lesieure-Desbrière. Basé à Niort

16e brigade de dragons. Basée à Rennes.
25e régiment de dragons : Colonel Ferté. Basé à Angers.

Artillerie, groupe à cheval du 33e régiment d'artillerie. Basé à Tours.

Groupe cycliste du 25e bataillon de chasseurs à pied (rattaché au 66e régiment d'infanterie). Basé à Tours.

5e compagnie de cavaliers de remonte. Capitaine Dupont. Basée à Saumur.
3e régiment d'artillerie lourde (3 batteries). Basé à Poitiers.

Parcs d'artillerie et directions du génie. Établissements militaires.

Artillerie
Parc de corps d'armée : Chef d'escadron Bizard. Basé à Poitiers.
Manufacture d'armes de Châtellerault : Lieutenant-Colonel Jacquot. Basée à Châtellerault.

Génie
Direction de Tours : Colonel Durieu. Basée à Tours.
Dépôt de matériel du génie d'Angers : Commandant Flamet. Basé à Angers.

Intendance militaire
Subsistance, magasin à vivres à Tours (annexe à Châteauroux). Basé à Tours.
Habillement et campement, magasin régional à Tours. Basé à Tours.

Écoles
École d'application de cavalerie : Colonel Norel. Basée à Saumur.
École militaire d'infanterie : Lieutenant-Colonel Melter du 7e bataillon de chasseurs. Basée à Saint-Maixent-l'École.
École d'application pour le tir : Lieutenant-Colonel d'infanterie Renard. Basée au Camp du Ruchard (commune de Monts, Indre-et-Loire).

Justice militaire
Conseil de guerre : Chef de bataillon d'infanterie en retraite Lanon, commissaire du Gouvernement. Basé à Tours.
Prison militaire. Basée à Tours.

Remontes
Dépôt d'Angers : Chef d'escadron H. C. Cord'Homme. Basé à Angers.
Annexe de Busson (dépôt de Guéret) : Vétérinaire-major de 2e classe Ragneau.
Annexe de Bonnavois (dépôt de Guéret) : Vétérinaire-major de 2e classe Fauchoy.
Annexe de Saint-Varent (dépôt de Fontenay) : Vétérinaire-major de 1re classe Lafon.
Annexe de la Pissepole (dépôt de Fontenay) : Vétérinaire-major de 2e classe Carrière.
Annexe de Lhommaizé (dépôt de Saint-Jean-d'Angely) : Vétérinaire N.
Annexe de Saint-Ouenne (dépôt de Fontenay). Vétérinaire aide-major de 1re classe Pinçon.

Poudres et salpêtres
Poudrerie du Ripault : Ingénieur en chef de 1re classe. Basée sur la commune de Monts (Indre-et-Loire).

Armée territoriale
65e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Knoll. Basé à Châteauroux.
66e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Moret. Basé au Blanc.
67e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Baguerey. Basé à Parthenay.
68e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel De la Croix de Castries. Basé à Poitiers.
69e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Perre. Basé à Châtellerault.
70e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Simond. Basé à Tours.
71e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Mortier. Basé à Angers.

72e régiment d'infanterie : Lieutenant-Colonel Peria. Basé à Cholet.
Escadron de dragons. Basé à Angers.
Escadron de cavalerie légère. Basé à Niort.
Groupe territorial du 20e régiment d'artillerie. Basé à Poitiers.
Groupe territorial du 33e régiment d'artillerie. Basé à Angers.
Groupe territorial du 49e régiment d'artillerie. Basé à Angers.
9e bataillon territorial du génie. Commandant Collin (A.,-F., A.). Basé à Angers.
9e escadron territorial du train des équipages militaires : Chef d'escadron Passant. Basé à Châteauroux.
9e section territoriale de commis et ouvriers militaires d'administration. Basée à Tours.
9e section territoriale d'infirmiers militaires. Basée à Châteauroux.

2) Illustration 2. Liste des directeurs du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale.

Directeur	**Dates**
Médecin principal de 1ère classe Lepage	1er août 1914 à la fin du mois d'août 1914
Médecin inspecteur Landriau	4 septembre 1914 au 25 mars 1915
Médecin inspecteur Collin	26 mars au 6 mai 1915
Médecin inspecteur Labit	7 mai 1915 au 27 mars 1918
Médecin inspecteur Boppe	31 mars 1918 au 31 janvier 1919
Médecin principal de 1ère classe Bonnet	18 janvier 1919

Note : Il est probable que le médecin inspecteur Boppe ait quitté son poste avant le 31 janvier 1919.

3) Illustration 3. Liste des directeurs adjoints du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale.

Directeur adjoint	**Dates**
Médecin principal de 1ère classe Barois	Du début du mois de septembre, officiellement le 28, au mois de mars 1916
Médecin major de 1ère classe Job	Du mois de mars 1916 à octobre 1917. Il devient médecin principal de 2e classe en août 1917
Le médecin major de 1ère classe Boigey	À partir de novembre 1917

4) Illustration 4. Comité de l'O.A.C.M. de la 9e région militaire au début de l'année 1915.

Membres d'honneur
M. Anatole France, de l'Académie française, à Saint-Cyr-sur-Loire
M. René Besnard, député, ancien Ministre, Rapporteur du budget de la Guerre
Général de division Poline, commandant la 9e région
M. Fabre, préfet de Maine-et-Loire
M. Le Bourdon, préfet d'Indre-et-Loire
M. Marty, préfet de la Vienne
M. Tugeault, préfet de l'Indre
M. Rang des Adrets, préfet des Deux-Sèvres

Bureau du comité	
Poste	Nom
Président	M. Marcombes, procureur de la République, délégué régional
Vice-président	M. Armand Mame, censeur de la Banque de France
Vice-président	M. Boureau, chirurgien en chef de l'Asile Gatien de Clocheville, en retraite
Vice-président	M. Lebrun, industriel et maire de Saint-Cyr-sur-Loire
Vice-président	M. Morel, trésorier-payeur général
Trésorier	M. Chauvin, notaire honoraire
Trésorier	M. Clouet, directeur des Contributions directes en retraite
Secrétaire	M. Briau, président de la Chambre syndicale des Négociants en métaux de France
Secrétaire	M. Marcel Brottier, avocat
Secrétaire	M. Louis Deslis, imprimeur-éditeur
Secrétaire	M. Maurice Filloux, négociant en fers
Secrétaire	M. Grognard, avoué honoraire
Secrétaire	M. Launois, percepteur
Secrétaire	M. Lepingle, ancien juge au Tribunal de Commerce

Membres		
M. Arrault, imprimeur-éditeur	M. Gueffier, président du Tribunal de Commerce de Tours	M. Perchery, pharmacien et conseiller municipal de Tours
M. Bézard, adjoint au maire de Saint-Cyr-sur-Loire	M. Georges Gouin, banquier	M. Picard, directeur des « Docks du Centre »
M. Bosseboeuf, président de la Chambre de commerce	M. Guignard, vice-président de la Chambre de commerce	M. Picot, docteur en médecine et inspecteur départemental de l'Assistance publique
M. Bouet, architecte	M. Guillaume-Louis, ancien interne des Hôpitaux de Paris et chirurgien de l'hospice général de Tours	M. Pinguet, président de la Fédération nationale des Horticulteurs de France
M. Brétegnier, inspecteur d'Académie	M. Héron, docteur en médecine, conseiller général et président de la commission départementale	M. Maurice Poirier, assureur
M. Chatelain, industriel et conseiller du Commerce extérieur	M. Hervé, tanneur à Château-Renault	M. Ranjard, directeur du Crédit Foncier à Tours
M. Démogé, château de la Rochedain, à Souvigné	M. Huber, directeur de l'Enregistrement	M. Robert, président honoraire du tribunal civil de Tours
M. Deschesne, avoué	M. Lafon, industriel	M. Sadoux, représentant des mines de Lens
M. Deyson, inspecteur principal des Chemins de fer de l'État	M. Lelièvre, imprimeur	M. Vasse du Saussay, maire de Fondettes, conseiller général, délégué régional de la Société de Secours aux Blessés Militaires
M. Drake del Castillo, maire de Monts et conseiller général	M. Letellier, maire de Tours	Mme Siegfried, château de Langeais
M. Dubreuil-Chambardel, délégué régional de l'Union des Femmes de France	M. Martin, directeur départemental des Services agricoles	M. Sereau, vice-président du Conseil de Préfecture
Mme Duthoo à Tours	M. Melin, avocat, ancien bâtonnier et conseiller municipal de Tours	M. Vassor, notaire
M. Dutilleul, banquier	M. Menier, château de Chenonceau	M. Vincent, ancien notaire
M. Faguet, président du Tribunal civil de Tours	M. Michel-Ducoux, adjoint au maire de Tours	M. Vollée, directeur de la Banque de France
M. Filleteau, directeur de l'École supérieure de garçons	M. Marcel Mirault, négociant	
M. Ginouvier, directeur du Crédit Lyonnais à Tours	M. Moisant, propriétaire	

5) Illustration 5. Comités de la Société de Secours aux Blessés Militaires à leur entrée en guerre.

Société de Secours aux Blessés Militaires

Délégué régional : M. R. Vasse du Saussay

Délégué régional adjoint : M. le comte P. de Pourtalès

Sous-comité des Dames d'Amboise

Dépend du comité de Tours

Présidente : Mme la comtesse de Saint-Bris
Vice-Présidente : Mme de Sainte-Ville
Vice-Présidente : Mme R. Moreau
Secrétaire : Mlle Martin

Comité d'Angers

Président d'honneur : Monseigneur l'évêque
Président : Mr le général vicomte de la Celle
Vice-Président : Mr le lieutenant-colonel Meauzé
Vice-Président : Mr le sénateur Merlet
Secrétaire : Mr de la Brunière
Trésorier : Mr Massonneau
Membres : Mr le colonel Couilleau, Mr Joubert, Mr le baron de Grainville, Mr Meauzé, Mr Weger, Mr le comte de Reau, Mr Cesbron Lavau, Mr de la Perraudière, Mr le docteur Gripat, Mr de la Vingterie, Mr le lieutenant-colonel d'Hattecourt, Mr le docteur Brin, Mr de Romain

Comité des Dames :
Présidente : Mme la comtesse de Castrie

Comité d'Argenton-sur-Creuse.

Comité :
Président : Mr de Romanet
Vice-président : Mr Lafond

Comité des Dames :
Présidente : Madame la vicomtesse de Lorgeril
Vice-Présidente : Mademoiselle Baucheron

Comité du Blanc

Comité :
Président : Mr du Plessis de Lamotte
Vice-président : Mr le docteur Benoit

Comité des Dames :
Présidente : Mme G. de Villeneuve
Vice-Présidente : Mme Vernhes

Sous-Comité de Château-Renault

Dépend du comité de Tours

Comité des Dames :
Présidente d'honneur : Mme la marquise de Fremeur
Présidente : Mme la vicomtesse de Bussière
Vice-Présidente : Mme J. Tenneson
Conseillères :
Mlle de Cools, Mme Couturier, Mme Gatien, Mme Kostzuska, Mme la comtesse Mac-Carthy, Mme Morlais, Mme Nioré, Mme Trochon

Comité de Châteauroux

Comité :
Président : Mr le Vicomte Bernard de Bonneval
Vice-président : Mr Edmond Charlemagne

Comité des Dames :
Présidente : Mme Charles Balsan
Vice-présidente : Mme Duhail

Comité de Châtellerault

Comité :
Président : Mr Creuze
Vice-président : Mr Renier

Comité des Dames :
Présidente : Mme Auboyer
Vice-présidente : Mme Brault
Vice-présidente : Mme Papillault

Comité de La Châtre

Comité :
Président : Mr Baucheron de Lescherolles.

Comité des Dames :
Présidente : Mme Pascaud.

Comité de Chinon

Président : Mr le baron de la Vannoise

Comité de Cholet

Comité :
Président : Mr Cesbron-Lavaux
Vice-président : Mr Baillergeau

Comité des Dames :
Présidente : Mme Sainz
Vice-présidente : Mlle Sourice

Sous-Comité de Loches

Dépend du comité de Tours

Comité :
Président : Mr. R. de la Ville-Le-Roux
Vice-président : Mr le docteur Cornet
Vice-président : Mr H. Archambault

Comité des Dames :
Présidente : Mme O. de Lauriston-Boubers
Vice-présidente : Mme Smith d'Ergny
Vice-présidente : Mme F. Momom

Comité de Melle

Comité :
Président : Mr le comte de Vasselot de Régné
Vice-président : Mr Thoret

Comité des Dames :
Présidente d'honneur : Mme Girard
Présidente : Mme Gaston Deschamps
Présidente : Mme la marquise de La Coste

Comité de Montmorillon

Comité :
Président : Mr de Moussac

Comité de Niort

Comité :
Président : Mr le commandant Bizard
Vice-président : Mr le comte de Talhouet-Roy

Comité des Dames :
Présidente : Mme Levesque
Vice-présidente : Mme Dousset

Comité de Poitiers

Comité :
Président : M. Louis Ginot
Vice-président : M. E. Nicias Gaillard
Vice-président : Commandant de Ferry

Comité des Dames :
Présidente : Mme de la Ménardière
Vice-Présidente : Vicomtesse de Hillerin

Comité de Saumur

Comité :
Président : Mr le vicomte de Massacré
Vice-président : Mr de la Guillonnière
Vice-président : Mr le docteur Boivin

Comité des Dames :
Présidente : Mme Renou
Vice-présidente : Mme A. Laroche
Vice-présidente : Mlle Ponneau

Comité de Segré

Comité :
Président : Mr le docteur Cocard (mobilisé)
Président : Mr de la Borde (remplacement)
Vice-président : Mr G. D'Andigne (mobilisé)

Comité des Dames :
Présidente : Mme de la Borde
Vice-présidente : Mme François

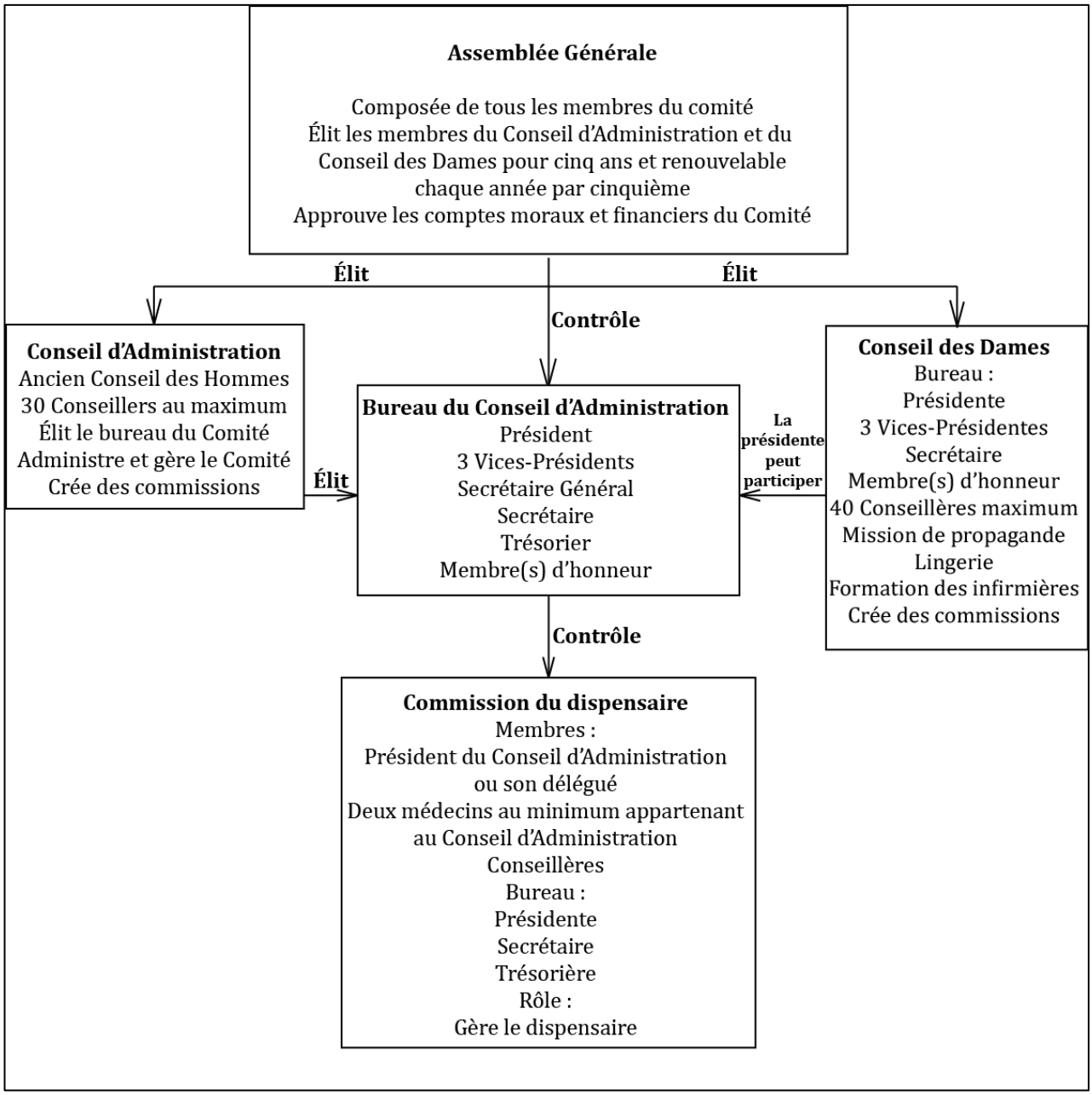
Comité départemental d'Indre-et-Loire (Comité de Tours)

Membres d'honneur :
Président d'honneur : M. le Général commandant le 9e corps
Président d'honneur : Mgr l'Archevêque de Tours, Président d'honneur
Membre d'honneur : M. le Préfet d'Indre-et-Loire
Membre d'honneur : M. le Maire de la ville de Tours

Bureau du conseil d'administration :
Président : Mr M. R. Vasse du Saussay
Vice-Président : Mr Le Colonel Huet
Vice-Président : Mr Roger Cormier
Trésorier : Mr Paul Royer
Secrétaire général : Mr de Marsilly
Secrétaire du Conseil : Mr Bordeau
Membres du conseil d'administration : M. R. Auvray, M. l'abbé Bataille, M. Bertin, M. le commandant de Bodinat, M. Bruzon, M. le docteur Chaumier, M. E. Croué, M. de Saint André (pasteur), M. Gazeau-Genève, M. le docteur Lapeyre, M. Laurent, M. le comte A. Lecointre, M. A. Mame, M. le docteur Mercier, M. le docteur Parisot, M. L. Pinault, M. le comte Paul de Pourtalès, M. le baron de Renty, M. H. Rousset, M. L. Roze, M. le commandant Tampé, M. le docteur Tillaye, M. H. Vergé, M. A. Viot et M. L. Vollée

Conseil des Dames :
Présidente : Mme la générale Danloux
Vice-Présidente : Mme A. Viot
Vice-Présidente : Mme la comtesse Adrien Lecointre
Vice-Présidente : Mme la comtesse Paul de Pourtalès
Secrétaire : Mme Gendron
Membres du conseil des Dames : Mme de Beaufort, Mme la comtesse Ch. de Beaumont, Mme J. Bertin, Mme Boissonnade, Mme Cattier, Mme P. Cognard, Mme Faye, Mme Gendron, Mme la baronne de Saint-Geniès, Mme G. Gouin, Mlle Gouin, Mme G. Houssard, Mme Jouanneau, Mme Lapeyre, Mme de Lépinaist, Mme Madamet, Mme la D^{sse} de Maillé, Mme Martinière, Mme Meffre, Mme Myon, Mme la comtesse de Poix, Mlle Louise Roze, Mlle P. Royer, Mlle Sagey, Mlle R. du Saussay et Mlle La Vigne.

6) Illustration 6. Schéma du fonctionnement du comité de la Société de Secours aux Blessés Militaires de Tours en 1914.



7) Illustration 7. Comités de l'Union des Femmes de France.

Union des Femmes de France

Délégués régionaux : Mr Émile Dubreuil-Chambardel puis Mr Faguet.

Comité d'Angers

Présidente d'honneur : Mme Dautresmes
Présidente d'honneur : Mme Fabre
Présidente d'honneur : Mme Goblot
Présidente : Mme Cointreau
Vice-Présidente : Mme Bigeard
Trésorière : Mme Clémot
Secrétaire : Mme Bellanger
Trésorier : Mr Cointreau

Membres du Conseil d'Administration :
Mme Gourin, Mme Piet, Mme Thillier, Mme Tranmoy, Mme Tabarly, Mme Petit, Mme Macé, Mme Esnault, Mme Villard, Mme Lemonnier, Mme Paul Usureau, Mme Michel, Mme Denis, Mme Desharges, Mme Barot, Mme Clément, Mme Motais, Mme Brassart, Mme Monbart, Mme Biotteau, Mme Fromin, Mme Chauveau.

Comité de Bressuire

Présidente : Mme Barrion

Comité de Châteauroux

Présidente : Mme Tollaire Desgouttes
Vice-Présidente : Mlle Marguerite Thomas
Directrices du matériel : Mme Landry et Mme Demion

Comité de Cholet

Présidente : Mme de Grandcourt

Comité de Niort

Présidente : Mme Barelle

Comité de Poitiers

Présidente : Mme Château

Comité de Saumur

Présidente d'honneur : Mme Chaussepied
Présidente : Mme Viallet
Vice-Présidente : Mme Lamy-Outhier
Vice-Présidente : Mme Deschamps
Secrétaire : Mlle Beyle
Trésorière : Mme Bonneau
Membres : Mme Grandjean, Mme Poterais, Mme Charnier, Mme Amy, Mme Férouelle, Mme Choyer, Mme Roger-Brunet, Mme Gilbert, Mme Mignon, Mme Grellet, Mme Hart, Mme Neau

Comité de Thouars

Présidente : Mme Trillebois

Comité de Tours

Président d'honneur : Mr le maire de Tours
Présidente d'honneur : Mme Le Bourdon
Présidente d'honneur : Mme la générale Dubois
Présidente : Mme Baudouin
Vice-Présidente : Mme Chotard
Vice-Présidente : Mme Brunschvicg
Secrétaire : Mlle Porcher
Secrétaire-adjointe : Mlle Baumard
Trésorière : Mme Chauchard
Commissions :
Directrice du personnel : Mme Chartier
Gestionnaire : Mme Dreux
Directrice du matériel : Mme Bauvallet
Directrice de l'enseignement : Mme Sourdillon
Directrice de la propagande : Mme Petit
Membres du Conseil d'Administration : Mme Baillot, Mme Besnard Henri, Mme Besnard René, Mlle Bonnel, Mme Bordelay, Mme Bretegnier, Mme Couvy, Mme Faguet, Mme Genicque, Mme Gibert, Mlle Gillet Marie, Mlle Gillet Émilie, Mme Levasseur, Mme Lieffring, Mme Métadier, Mme Soudée, Mme Vincent, Mme Voisin, Mme Webel.

Des comités de cette société existent ou ont existé à Bourgueil, La Châtre, Chinon et la Crèche.

8) Illustration 8. Schéma du fonctionnement du comité de l'Union de Femmes de France d'Angers en 1914.

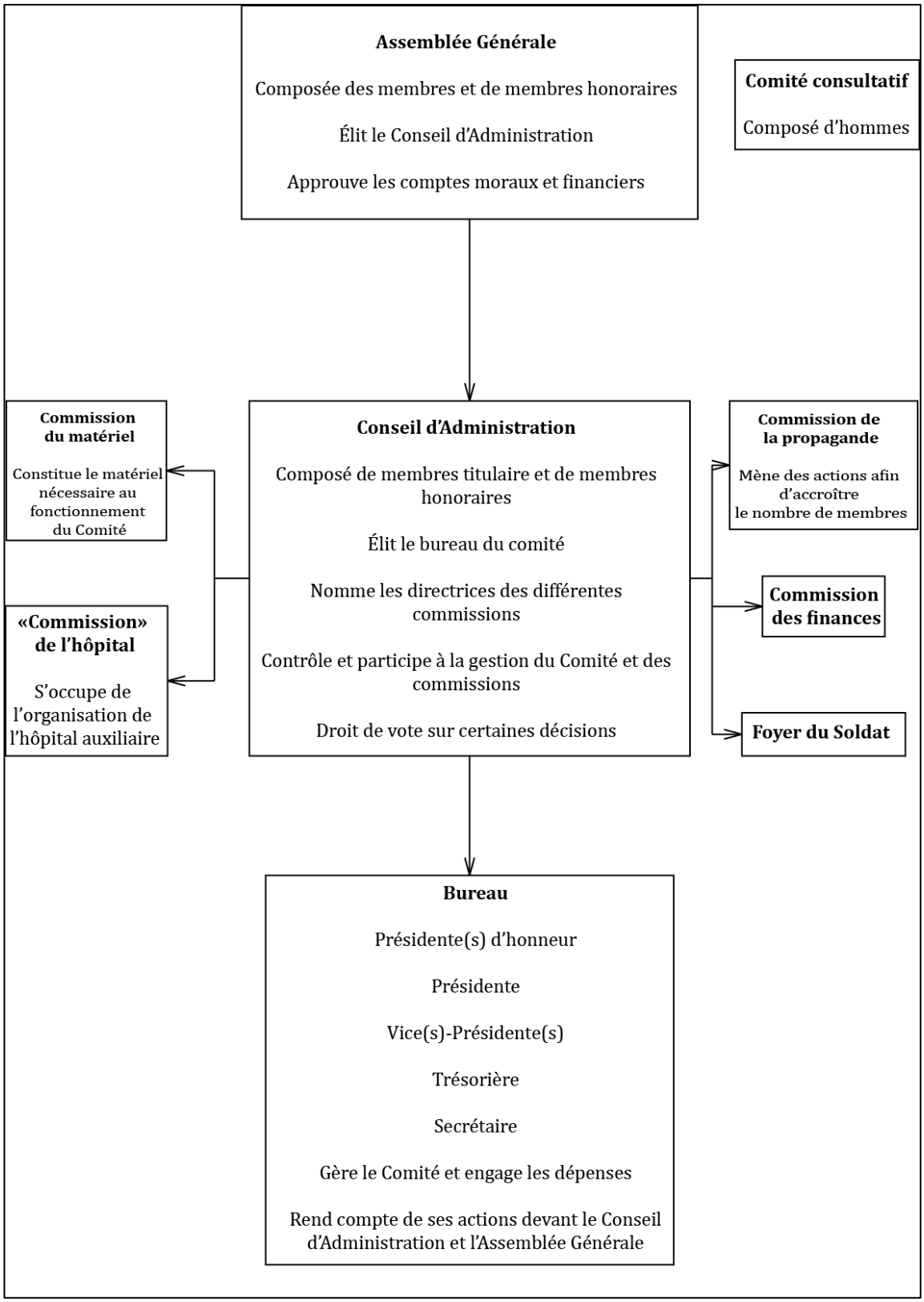


Table des notices

NOTICES DES FORMATIONS SANITAIRES 917

I- STRUCTURES DU SERVICE DE SANTE AUX ARMEES 917

Direction régionale du Service de Santé aux Armées à Tours (Indre-et-Loire) 917
Hôpital complémentaire n°1 à Châteauroux (Indre) 917
Hôpital complémentaire n°2 à Tours (Indre-et-Loire) 918
Hôpital complémentaire n°3 à Tours (Indre-et-Loire) 919
Hôpital complémentaire n°4 à Niort (Deux-Sèvres) 920
Hôpital complémentaire n°5 à Niort (Deux-Sèvres) puis Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire) 920
Hôpital complémentaire n°6 à Angers (Maine-et-Loire) 921
Hôpital complémentaire n°7 à Angers (Maine-et-Loire) 923
Hôpital complémentaire n°8 à Angers (Maine-et-Loire) 923
Hôpital complémentaire n°9 à Parthenay (Deux-Sèvres) 924
Hôpital complémentaire n°10 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres) 924
Hôpital complémentaire n°11 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres) 925
Hôpital complémentaire n°12 à Châtellerault (Vienne) 925
Hôpital complémentaire n°13 à Châteauroux (Indre) 926
Hôpital complémentaire n°14 à Poitiers (Vienne) 926
Hôpital complémentaire n°15 à Poitiers (Vienne) 927
Hôpital complémentaire n°16 à Poitiers (Vienne) 927
Hôpital complémentaire n°17 à Poitiers (Vienne) 928
Hôpital complémentaire n°18 à Poitiers (Vienne) 928
Hôpital complémentaire n°19 à Angers (Maine-et-Loire) 929
Hôpital complémentaire n°20 à Angers (Maine-et-Loire) 930
Hôpital complémentaire n°21 Poitiers (Vienne) 930
Hôpital complémentaire n°22 à Cholet (Maine-et-Loire) 931
Hôpital complémentaire n°23 à Issoudun (Indre) 934
Hôpital complémentaire n°25 à Châteauroux puis Bitray (Indre) 934
Hôpital complémentaire n°26 à Tours (Indre-et-Loire) 935
Hôpital complémentaire n°27 à Issoudun (Indre) 936
Hôpital complémentaire n°28 à Angers (Maine-et-Loire) 936
Hôpital complémentaire n°29 à Châteauroux (Indre) 937
Hôpital complémentaire n°30 à Tours (Indre-et-Loire) 937
Hôpital complémentaire n°31 à Tours (Indre-et-Loire) 938
Hôpital complémentaire n°32 à Tours (Indre-et-Loire) 939
Hôpital complémentaire n°33 à Tours (Indre-et-Loire) 940
Hôpital complémentaire n°35 à Tours (Indre-et-Loire) 940
Hôpital complémentaire n°36 à Chenonceaux (Indre-et-Loire) 940
Hôpital complémentaire n°37 à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire) 940
Hôpital complémentaire n°38 à Bressuire (Deux-Sèvres) 941
Hôpital complémentaire n°39 à Poitiers (Vienne) 941

Hôpital complémentaire n°40 et hôpital-dépôt de convalescents n°40 à Angers (Maine-et-Loire) 942
Hôpital complémentaire n°41 et hôpital-dépôt de convalescents n°41 à Châteauroux (Indre) 943
Hôpital complémentaire n°42 et hôpital-dépôt de convalescents n°42 à Châtellerault (Vienne) 943
Hôpital-dépôt de convalescents n°43 à Cholet (Maine-et-Loire) 943
Hôpital complémentaire n°44 et hôpital-dépôt de convalescents n°44 à Issoudun (Indre) 943
Hôpital-dépôt de convalescents n°45 à Parthenay (Vienne) 944
Hôpital complémentaire n°46 et hôpital-dépôt de convalescents n°46 à Niort (Deux-Sèvres) 944
Hôpital complémentaire n°47 et hôpital-dépôt de convalescents n°47 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres). ... 944
Hôpital-dépôt de convalescents n°48 à Saumur (Maine-et-Loire) 945
Hôpital-Dépôt de Convalescents n°49 à Tours (Indre-et-Loire) 945
Hôpital complémentaire n°50 à Saumur (Maine-et-Loire) 945
Hôpital complémentaire n°51 à Tours (Indre-et-Loire) 946
Hôpital complémentaire n°52 à Tours (Indre-et-Loire) 946
Hôpital complémentaire n°53 à Tours (Indre-et-Loire) 947
Hôpital complémentaire n°54 à La Tricherie (Beaumont) (Vienne) 947
Hôpital complémentaire n°55 à Poitiers (Vienne) 947
Hôpital complémentaire n°56 Saumur (Maine-et-Loire) 948
Hôpital complémentaire n°57 à La Roche-Posay (Vienne) 948
Hôpital complémentaire n°58 à Angers (Maine-et-Loire) 948
Hôpital complémentaire n°59 à Tours (Indre-et-Loire) 949
Hôpital complémentaire n°60 aux Ormes (Vienne) 949
Dépôt de convalescents à Tours (Indre-et-Loire) 949
Dépôt de physiothérapie de la caserne Baraguey d'Hilliers à Tours (Indre-et-Loire) 950
Infirmerie de la Poudrerie Nationale du Ripault à Monts (Indre-et-Loire) 950
Pharmacie régionale du Service de Santé aux Armée à Tours (Indre-et-Loire) 950
Magasin régional d'approvisionnement du Service de Santé de Châteauroux (Indre) 951
Dépôt du matériel régional du Service de Santé à Tours (Indre-et-Loire) 951
Magasin d'approvisionnement du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire à Tours (Indre-et-Loire) 952
Blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours (Indre-et-Loire) 952
Laboratoire de bactériologie d'Angers ou laboratoire régional d'analyses chimiques (Maine-et-Loire) 953
Laboratoire de bactériologie de Châteauroux (Indre) 953
Laboratoire de bactériologie de Poitiers (Vienne) 953
Laboratoire de bactériologie de Saumur (Maine-et-Loire) 954
Laboratoire de bactériologie de Tours (Indre-et-Loire) 954
II- HOPITAUX CIVILS ET MIXTES 954
Hospice civil d'Amboise (Indre-et-Loire) 954
Hôtel-Dieu d'Angers (Maine-et-Loire) 955
Hospice civil d'Argenton-Château (Deux-Sèvres) 955
Hôpital civil d'Argenton-sur-Creuse (Indre) 956
Hôpital civil de Baugé (Maine-et-Loire) 956
Hospice des incurables de Baugé (Maine-et-Loire) 956
Hospice civil de Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire) 956
Hôpital civil de Bécon (Maine-et-Loire) 956

Hôpital général du Blanc (Indre) 956
Hôpital civil de Bléré (Indre-et-Loire) 957
Hôpital civil de Bourgueil (Indre-et-Loire) 957
Hospice civil de Bressuire (Deux-Sèvres) 957
Hôpital civil de Buzançais (Indre) 957
Hôpital civil de Candé (Maine-et-Loire) 958
Asile de vieillards de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire) 958
Hospice Saint-Jacques de Charroux (Vienne) 958
Hôpital civil de Château-la-Vallière (Indre-et-Loire) 959
Hospice général de Châteauroux (Indre) 959
Hospice général de Châtellerault (Vienne) 960
Hôpital civil de Châtillon-sur-Indre (Indre) 961
Hôpital civil de La Châtre (Indre) 961
Hôpital civil de Chaudron-en-Mauges (Maine-et-Loire) 961
Hôpital civil de Chauvigny (Vienne) 961
Hôpital civil de Chinon (Indre-et-Loire) 961
Hôpital civil de Chizé (Deux-Sèvres) 962
Hospice général de Cholet (Maine-et-Loire) 962
Hospice civil de Civray (Vienne) 962
Hospice civil de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) 962
Hôpital civil de Durtal (Maine-et-Loire) 963
Hôpital civil de Faye-l'Abbesse (Deux-Sèvres) 963
Hospice général d'Issoudun (Indre) 963
Hôpital civil de Levroux (Indre) 964
Hospice civil de Loches (Indre) 964
Hospice civil de Longué (Maine-et-Loire) 964
Hospice de Loudun (Vienne) 964
Hospice civil de Lusignan (Vienne) 965
Hospice civil de Martigné-Briand (Maine-et-Loire) 965
Hospice de Maulévrier (Maine-et-Loire) 965
Hospice des orphelins et vieillards de Melle (Deux-Sèvres) 965
Hospice civil de Ménigoute (Deux-Sèvres) 966
Hospice de Saive à Mettray (Indre-et-Loire) 966
Hôpital civil de Mézières-en-Brenne (Indre) 966
Hôpital civil de Montmorillon (Vienne) 966
Hospice civil de Montreuil-Bellay (Indre-et-Loire) 966
Hospice civil de La Mothe-sur-Sainte-Héray (Deux-Sèvres) 966
Hôpital civil de Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire) 967
Hospice général de Niort (Deux-Sèvres) 967
Hospice civil de Noyant-Méon (Maine-et-Loire) 967
Hospice civil de Nueil-sous-Passavent (Maine-et-Loire) 967
Hospice d'Oiron (Deux-Sèvres) 968
Hôpital général de Parthenay (Deux-Sèvres) 968

Hôtel-Dieu de Poitiers (Vienne) 968
Hôpital civil de Pouancé (Maine-et-Loire) 971
Hôpital civil de Preuilly-sur-Claise (Indre-et-Loire) 971
Hospice civil du Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire) 971
Hôpital civil de Richelieu (Indre-et-Loire) 971
Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) 972
Hospice général de Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres) 972
Hospice civil de Saint-Mathurin-sur-Loire (Maine-et-Loire) 973
Hôpital des vieillards de Saint-Pardoux (Deux-Sèvres) 973
Hospice civil de La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire) 973
Hospice général de Saumur (Maine-et-Loire) 973
Hôpital civil de Thouars (Deux-Sèvres) 974
Asile Gatien de Clocheville de Tours (Indre-et-Loire) 974
Hospice général de Tours (Indre-et- Loire) 975
Hôpital civil de Valençay (Indre) 977
Hospice civil de Vatan (Indre) 977
III- HOPITAUX BENEVOLES 978
Hôpital bénévole n°1bis à Angers (Maine-et-Loire) 978
Hôpital bénévole n°2bis à Angers (Maine-et-Loire) 978
Hôpital bénévole n°3bis au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire) 978
Hôpital bénévole n°4bis à Chenillé-Changé (Maine-et-Loire) 978
Hôpital bénévole n°5bis à Angers (Maine-et-Loire) 979
Hôpital bénévole n°6bis au Lion-d'Angers (Maine-et-Loire) 979
Hôpital bénévole n°7bis à Angers (Maine-et-Loire) 979
Hôpital bénévole n°9bis à Angers (Maine-et-Loire) 979
Hôpital bénévole n°10bis à Angers (Maine-et-Loire) 980
Hôpital bénévole n°12bis à Angers (Maine-et-Loire) 980
Hôpital bénévole n°13bis à La Chapelle-sur-Oudon (Maine-et-Loire) 980
Hôpital bénévole n°14bis à Chaumont-d'Anjou (Maine-et-Loire) 980
Hôpital bénévole n°15bis à Liglet (Vienne) 980
Hôpital bénévole n°16bis à Bélâbre (Indre) 981
Hôpital bénévole n°17bis à Sainte-Sévère (Indre) 981
Hôpital bénévole n°18bis à Angers (Maine-et-Loire) 981
Hôpital bénévole n°19bis à Aigurande (Indre) 981
Hôpital bénévole n°20bis à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre) 981
Hôpital bénévole n°21bis à Orsennes (Indre) 981
Hôpital bénévole n°22bis à Argenton-sur-Creuse (Indre) 982
Hôpital bénévole n°23bis à Bouges (Indre) 982
Hôpital bénévole n°25bis aux Ormes (Vienne) 982
Hôpital bénévole n°26bis à Angers (Maine-et-Loire) 982
Hôpital bénévole n°27bis de Leigné-les-Bois (Vienne) 982
Hôpital bénévole n°28bis à Bégrolles (Maine-et-Loire) 982
Hôpital bénévole n°29bis à Beaupréau (Maine-et-Loire) 983

Hôpital bénévole n°30bis à Chemillé (Maine-et-Loire) 983
Hôpital bénévole n°31bis à Yzernay (Maine-et-Loire) 983
Hôpital bénévole n°32bis à Vihiers (Maine-et-Loire) 983
Hôpital bénévole n°33bis à Chemillé (Maine-et-Loire) 983
Hôpital bénévole n°34bis à La Pommeraye (Maine-et-Loire) 984
Hôpital bénévole n°35bis à Torfou (Maine-et-Loire) 984
Hôpital bénévole n°36bis à Saint-Macaire-en-Mauges (Indre) 984
Hôpital bénévole n°37bis à Vatan (Indre) 984
Hôpital bénévole n°38bis à Angers (Maine-et-Loire) 984
Hôpital bénévole n°39bis à Magné (Deux-Sèvres) 984
Hôpital bénévole n°40bis à Niort (Deux-Sèvres) 985
Hôpital bénévole n°41bis à Niort (Deux-Sèvres) 985
Hôpital bénévole n°42bis à Niort (Deux-Sèvres) 985
Hôpital bénévole n°43bis à Prahecq (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°44bis à Saint-Florent (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°45bis à Thouars (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°46bis à Thouars (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°47bis à Secondigny (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°48bis à L'Absie (Deux-Sèvres) 986
Hôpital bénévole n°49bis à La Chapelle-Bertrand (Deux-Sèvres) 987
Hôpital bénévole n°50bis à Airvault (Deux-Sèvres) 987
Hôpital bénévole n°52bis à Neuville-du-Poitou (Vienne) 987
Hôpital bénévole n°53bis à Vivonne (Vienne) 987
Hôpital bénévole n°54bis à Croutelle (Vienne) 987
Hôpital bénévole n°55bis à La Puye (Vienne) 987
Hôpital bénévole n°57bis à Exireuil (Deux-Sèvres) 988
Hôpital bénévole n°58bis à Lezay (Deux-Sèvres) 988
Hôpital bénévole n°59bis à Saumur (Maine-et-Loire) 988
Hôpital bénévole n°60bis à Saumur (Maine-et-Loire) 988
Hôpital bénévole n°61bis à Saumur (Maine-et-Loire) 988
Hôpital bénévole n°62bis à Saumur (Maine-et-Loire) 988
Hôpital bénévole n°63bis à Saumur (Maine-et-Loire) 989
Hôpital bénévole n°64bis à Souché (Deux-Sèvres) 989
Hôpital bénévole n°65bis à Bagneux (Maine-et-Loire) 989
Hôpital bénévole n°66bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) 989
Hôpital bénévole n°67bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) 989
Hôpital bénévole n°68bis à Brion (Maine-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°69bis à La Croix-de-Bléré (Indre-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°70bis à Montbazon (Indre-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°71bis à Chançay (Indre-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°72bis à Charentilly (Indre-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°73bis à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire) 990
Hôpital bénévole n°74bis à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire) 991

Hôpital bénévole n°75bis à Villandry (Indre-et-Loire) 991
Hôpital bénévole n°76bis à Langeais (Indre-et-Loire) 991
Hôpital bénévole n°77bis à Ballan-Miré (Indre-et-Loire) 991
Hôpital bénévole n°78bis à Cheillé (Indre-et-Loire) 992
Hôpital bénévole n°79bis à Langé (Indre) 992
Hôpital bénévole n°80bis à Saint-Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire) 992
Hôpital bénévole n°81bis à Varennes-sur-Loire (Indre) 992
Hôpital bénévole n°82bis à Montfaucon-sur-Moine (Maine-et-Loire) 992
Hôpital bénévole n°83bis à Saint-Crespin-sur-Moine (Maine-et-Loire) 992
Hôpital bénévole n°84bis à Lussac-les-Châteaux (Vienne) 993
Hôpital bénévole n°85bis à Mettray (Indre-et-Loire) 993
Hôpital bénévole n°86bis à Vernoux-en-Gâtine (Deux-Sèvres) 993
Hôpital bénévole n°87bis à Abilly (Indre-et-Loire) 993
Hôpital bénévole n°88bis à Tours (Indre-et-Loire) 993
Hôpital bénévole n°89bis à Ciron (Indre) 994
Hôpital bénévole n°90bis à Biard (Vienne) 994
Hôpital bénévole n°91bis à Saint-Pierre-de-Maillé (Vienne) 994
Hôpital bénévole n°92bis à Mignaloux-Beauvoir (Vienne) 994
Hôpital bénévole n°93bis à Bonneuil-Matour (Vienne) 994
Hôpital bénévole n°94bis à Argenton-Château (Deux-Sèvres) 995
Hôpital bénévole n°95bis de La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire) 995
Hôpital bénévole n°97bis à Tours (Indre-et-Loire) 995
Hôpital bénévole n°98bis à Antran-la-Gatilanière (Vienne) 995
Hôpital bénévole n°99bis à Scorbé-Clairvaux (Vienne) 995
Hôpital bénévole n°100bis à La Hayes-Descartes (Indre-et-Loire) 995
Hôpital bénévole n°101bis à Pleumartin (Vienne) 995
Hôpital bénévole n°102bis à Celles-sur-Belle (Deux-Sèvres) 996
Hôpital bénévole n°103bis à Moncoutant (Deux-Sèvres) 996
Hôpital bénévole n°105bis au Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire) 996
Hôpital bénévole n°106bis au Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire) 996
Hôpital bénévole n°107bis à Charroux (Vienne) 996
Hôpital bénévole n°108bis à Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire) 996
Hôpital bénévole n°109bis à Ardin (Deux-Sèvres) 997
Hôpital bénévole n°110bis à Frontenay-Rohan-Rohan (Deux-Sèvres) 997
Hôpital bénévole n°112bis à Angers (Maine-et-Loire) 997
Hôpital bénévole n°113bis à Saint-Benoît-Mauroc (Vienne) 997
Hôpital bénévole n°114bis à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire) 997
Hôpital bénévole n°115bis à Tours (Indre-et-Loire) 998
Hôpital bénévole n°116bis à Tours (Indre-et-Loire) 998
Hôpital bénévole n°117bis à Tours (Indre-et-Loire) 999
Hôpital bénévole n°118bis à Angers (Maine-et-Loire) 999
Hôpital bénévole n°119bis à Cinq-Mars-la-Pile (Indre-et-Loire) 999
Hôpital bénévole n°120bis à Rochecorbon (Indre-et-Loire) 999

Hôpital bénévole n°121bis à Poitiers (Vienne) 1000
Hôpital bénévole n°122bis à Baugé (Maine-et-Loire) 1000
Hôpital bénévole n°123bis à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire) 1000
Hôpital bénévole n°125bis à Argenton-sur-Creuse (Indre) 1000
Hôpital bénévole n°126bis à Baugé (Maine-et-Loire) 1000
Hôpital bénévole n°127bis à Bourgueil (Indre-et-Loire) 1000
Hôpital bénévole n°129bis à Chinon (Indre-et-Loire) 1000
Hôpital bénévole n°130bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°131bis à Durtal (Maine-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°133bis à Loches (Indre-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°134bis à Maulévrier (Maine-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°135bis à Montmorillon (Vienne) 1001
Hôpital bénévole n°136bis à Montreuil-Bellay (Indre-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°143bis à Blou (Maine-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°169bis à Château-la-Vallière (Indre-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole n°182bis à Louestault (Indre-et-Loire) 1001
Hôpital bénévole à Issoudun (Indre) 1002
Hôpital bénévole de la Bourse du Travail à Châtellerault (Vienne) 1002
Hôpital bénévole de La Ménitré (Maine-et-Loire) 1002
Hôpital bénévole de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) 1002
Hôpital bénévole de Niort (Deux-Sèvres) 1002
Hôpital bénévole à Usseau (Deux-Sèvres) 1002
IV- HOPITAUX AUXILIAIRES 1003
A) Association des Dames Françaises 1003
Hôpital auxiliaire n°201 à Avoine (Indre-et-Loire) 1003
B) Société de Secours aux Blessés Militaires 1003
Hôpital auxiliaire n°1 à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire) 1003
Hôpital auxiliaire n°2 à Tours (Indre-et-Loire) 1004
Hôpital auxiliaire n°3 à Poitiers (Vienne) 1008
Hôpital auxiliaire n°4 à Poitiers (Vienne) 1008
Hôpital auxiliaire n°5 à Tours (Indre-et-Loire) 1009
Hôpital auxiliaire n°6 à Saumur (Maine-et-Loire) 1010
Hôpital auxiliaire n°7 à Châteauroux (Indre) 1011
Hôpital auxiliaire n°9 à Niort (Deux-Sèvres) 1012
Hôpital auxiliaire n°10 à Tours (Indre-et-Loire) 1013
Hôpital auxiliaire n°11 à Angers (Maine-et-Loire) 1014
Hôpital auxiliaire n°12 à Chinon (Indre-et-Loire) 1015
Hôpital auxiliaire n°13 à Amboise (Indre-et-Loire) 1016
Hôpital auxiliaire n°14 à Châtellerault (Vienne) 1016
Hôpital auxiliaire n°15 à Loudun (Vienne) 1017
Hôpital auxiliaire n°16 de Loches (Indre-et-Loire) 1017
Hôpital auxiliaire n°17 à Angers (Maine-et-Loire) 1018
Hôpital auxiliaire n°18 à Bourgueil (Indre-et-Loire) 1018

Hôpital auxiliaire n°19 à Segré (Maine-et-Loire) 1019
Hôpital auxiliaire n°20 à Cholet (Maine-et-Loire) 1019
Hôpital auxiliaire n°21 à Melle (Deux-Sèvres) 1019
Hôpital auxiliaire n°22 au Blanc (Indre) 1020
Hôpital auxiliaire n°23 à Château-Renault. (Indre-et-Loire) 1020
Hôpital auxiliaire n°24 à Balesmes (Indre-et-Loire) 1021
Hôpital auxiliaire n°25 à Montrésor (Indre-et-Loire) 1022
Hôpital auxiliaire n°26 à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres) 1022
Hôpital auxiliaire n°27 à La Trimouille (Vienne) 1022
Hôpital auxiliaire n°28 à Bressuire (Deux-Sèvres) 1023
Hôpital auxiliaire n°29 à La Châtre (Indre) 1023
Hôpital auxiliaire n°30 à Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon) (Deux-Sèvres) 1023
Hôpital auxiliaire n°31 à Issoudun (Indre) 1024
Hôpital auxiliaire n°32 à Baugé (Maine-et-Loire) 1024
Infirmerie de gare d'Angers (Maine-et-Loire) 1024
Infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse (Indre) 1025
Infirmerie de gare de Niort (Deux-Sèvres) 1025
Infirmerie de gare de Poitiers (Vienne) 1025
Infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire) 1025
Infirmerie de gare de Saumur (Maine-et-Loire) 1026
Infirmerie de gare de Thouars (Deux-Sèvres) 1026
C) Union des Femmes de France 1026
Hôpital auxiliaire n°101 à Poitiers (Vienne) 1026
Hôpital auxiliaire n°102 à Angers (Maine-et-Loire) 1027
Hôpital auxiliaire n°103 à Tours (Indre-et-Loire) 1028
Hôpital auxiliaire n°104 à Niort (Deux-Sèvres) 1029
Hôpital auxiliaire n°105 à Saumur (Maine-et-Loire) 1029
Hôpital auxiliaire n°106 à Bressuire (Deux-Sèvres) 1029
Hôpital auxiliaire n°107 à Breloux-la-Crèche (Deux-Sèvres) 1030
Hôpital auxiliaire n°108 à Châteauroux (Indre) 1030
Hôpital auxiliaire n°109 à Bourgueil (Indre-et-Loire) 1030
Hôpital auxiliaire n°110 à Baugé (Maine-et-Loire) 1030
Hôpital auxiliaire n°111 à Thouars (Deux-Sèvres) 1031
Hôpital auxiliaire n°112 à La Châtre (Indre) 1031
Hôpital auxiliaire n°113 à Cholet (Maine-et-Loire) 1031
Hôpital auxiliaire n°114 à Sauzé-Vaussais (Deux-Sèvres) 1031
V- FORMATIONS DE L'ŒUVRE D'ASSISTANCE AUX CONVALESCENTS MILITAIRES 1032
Allonnes (Deux-Sèvres) 1032
Ambillou (Indre) 1032
Amboise (Indre-et-Loire) 1032
Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire) 1032
Cerizay (Deux-Sèvres) 1032
Challain-la-Potherie (Maine-et-Loire) 1032

Champdeniers (Deux-Sèvres) 1032
Châteauneuf-sur-Sarthe (Maine-et-Loire) 1032
Villedômer (Indre-et-Loire) 1033
Chauvigny (Vienne) 1033
Cinq-Mars-la-Pile (Indre-et-Loire) 1033
Combrée (Maine-et-Loire) 1033
Dun-le-Poëlier (Indre) 1033
L'Isle-Jourdain (Indre-et-Loire) 1033
Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire) 1033
Levroux (Indre) 1033
Loches (Indre-et-Loire) 1033
Luynes (Indre-et-Loire) 1034
Montrevault (Maine-et-Loire) 1034
Morannes (Maine-et-Loire) 1034
Meunet-Planches (Indre) 1034
Néons-sur-Creuse (Indre) 1034
Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire) 1034
Neuvy-le-Roi (Indre-et-Loire) 1034
Oiron (Deux-Sèvres) 1034
Pellevoisin (Indre) 1034
Reuilly (Indre) 1034
Rochecorbon (Indre-et-Loire) 1035
Saint-Benoît-du-Sault (Indre) 1035
Saint-Cyr-sur-Loire (Indre-et-Loire) 1035
Saint-Symphorien (Indre-et-Loire) 1035
Salles-en-Toulon (Vienne) 1035
Sanxay (Vienne) 1035
Saulnay (Indre) 1035
Seiches-sur-le-Loir (Maine-et-Loire) 1035
Souvigné (Indre-et-Loire) 1036
Tiercé (Maine-et-Loire) 1036

NOTICES BIOGRAPHIQUES 1037

BARILLET Marcel, Joseph (7/02/1880 –) 1037
BARNSBY David, Robert (17/01/1832 – 23/11/1916) 1037
BARNSBY Henry, David, William, Pierre (7/12/1869 – 6/02/1919) 1038
BARNSBY Pierre, William, Jacques (30/03/1876 –) 1040
BAROIS Léon, Appoline, Augustin (7/01/1851 – 2/02/1930) 1041
BARUK, Jacques, Nefsim (28/02/1872 – 24/01/1975) 1042
BAUDOUIN Félix, Marie, Joseph (01/09/1873 – 04/10/1953) 1043
BAUMGARTNER Amédée, Albert (9/05/1875 – 23/08/1973) 1044
BERTON Maurice, Fulbert (30/11/1889 – 19/07/1918) 1045
BOIDIN Louis (5/10/1876 –) 1046
BONNET Louis, Alexandre, Ferdinand (10/06/1866 – 23/01/1928) 1047
BONNIN Henri, Auguste, François (12/07/1886 –) 1048
BOPPE Louis, Marie, Adrien (5/07/1857 – 8/11/1925) 1049
BOQUEL André, Émile, Auguste (21/10/1866 – 2/04/1961) 1051
BOUCHACOURT Léon, François, Émile (23/06/1865 – 1949) 1051
BOUREAU René, Marie, Louis (22/07/1854 – 06/01/1936) 1053
BRIN Henry, Théophile (12 /09/1871 – 21/02/1930) 1054
CAÏN André, Joseph (14/10/1885 – juin 1944) 1055
CAMUS Maurice, Joseph, Stanislas (12/11/ 1877 – 21/02/1960) 1056
CARVALLO Joachim (1869 – 1936) 1057
CASTELAIN Fernand, Jean-Baptiste, Louis (14/10/1875 –) 1058
CERISE Laurent, Guillaume (30/04/1876 –) 1059
CESTAN Raymond, Jacques, Pierre, Jules (6/04/1872 – 1/11/1933) 1060
CHABANEIX Antoine, Paul (3/07/1875 –) 1061
CHARPENTIER Albert, Hubert (8/02/1872 –) 1062
CHAUMIER Edmond (4/12/1853 – 1/04/1931) 1063
CHEMINEAU René, Charles (14/01/1878 –) 1064
CHEVÉ Marie, Louis, Fernand (18 octobre 1874 –) 1065
CLARA Pierre, Jean (10/09/1880 –) 1066
COLLIN Lucien (31/01/1856 – 14/12/1919) 1066
COSSE Élie, François, Joseph (10/11/1871 – 3/01/1951) 1068
COURCOUX Alfred, François (18/11/1874 – 4/12/1956) 1069
COUSIN Georges, Lucien, Paul, Constant (21/08/1886 – 7/02/1942) 1070
DAUDON Pierre, Louis, François Gustave (29/09/1884 –) 1072
DEBRÉ Robert, Anselm (7/12/1882 – 28/04/1978) 1072
DENÉCHAU Désiré, Marie, Joseph (4/01/1877 –) 1074
DESSANE Marcel, Désiré, Hippolyte (11/05/1880 –) 1075
DRUON Eugène, Charles, Henri (25/07/1872 –) 1076
DUBREUIL-CHAMBARDEL Émile (1844 – 1922) 1077
DUBREUIL-CHAMBARDEL Louis (21/06/1879 – 6/08/1927) 1077
DUBOIS Pierre, Joseph, Louis, Alfred (21/11/1852 – 18/01/1924) 1078
DUMAS Paul, Auguste (23/07/1884 –) 1079

DURET Paul, Lucien (29/09/1878 –) 1080
DUROUX Émile, Louis, Paul, (13/04/1880 –) 1081
FARGIN-FAYOLLE Roch, Laurent, Paul (22/01/1876 –) 1082
FAUCILLON Eugène, Louis, Émile (27/06/1866 – 5/12/1944) 1083
FLEIG Léon, Georges (2/06/1879 –) 1083
FRANCHET Eugène (2/05/1872 –) 1084
GAUGAIN Louis, Pierre (28/06/1880 –) 1085
GINESTOUS Étienne, Paul, Simon (31/05/1870 –) 1086
GOBILLOT Louis, Nicolas, Charles (27/12/1865 –) 1087
GOUGEROT Henri, Eugène (02/07/1881 – 15/01/1955) 1088
DE GRANDMAISON, Georges, Charles, Alfred, Marie (baron) (14/05/1865 – 3/12/1943) 1090
GRASSET Paul, Gaston (19/12/1864 –) 1090
GUÉRARD Eugène, Hippolyte (17/03/1853 – 30/08/1920) 1091
GUIBERT Maurice, Léon, Jules (13/01/1887 – 27/02/1927) 1092
GUILLAUME-LOUIS Paul, Sébastien (21/01/1878 – 01/07/1957) 1093
HAUTANT Albert, Louis, Émilien (24/09/1877 – 1947) 1094
HERSCHER Maurice, Gustave (12/10/1873 –) 1095
JABLONSKI Thadeus, François, Antoine, Joseph, Marie, Jean (14/09/1845 –) 1096
JOUSSELIN Edmond, Charles (1/11/1877 – 12/08/1926) 1096
KAHN Pierre-Adolphe dit PIERRE-KAHN (31/05/1881 – 27/10/1932) 1097
LABEY Georges, Alexandre, Joseph (11/04/1873 – 18/02/1952) 1099
LABIT Henry, Joseph, Jules (19/03/1857 – 24/03/1934) 1100
LAIGNEL-LAVASTINE Maxime, Marie, Paul (12/09/1875 – 5/09/1953) 1101
LAMBRON René, Adolphe, Célestin, Arthur (20/05/1885 –) 1102
LANDRIAU Marie, Achille, Léon (9/05/1850 – 18/03/1923) 1103
LAPEYRE Louis, Numa, Marie (16/10/1869 – 23/12/1932) 1104
LECOUTOUR Aimé, Auguste, Mathias (25/02/1881 –) 1106
LEDOUX-LEBARD René, Henri, Edmond, Auguste (21/04/1879 – 21/06/1948) 1107
LEULLIER Marie, Émile, Amédée (23/11/1875 – 11/11/1931) 1108
LEGLUDIC Henry, Émile (18/04/1840 – 19/09/1917) 1110
MÂREAU Gustave (8/3/1851 – mars 1917) 1110
MATTRAITS Henri, Clément (15/09/1882 – 23/10/1948) 1111
MATZA Démétrius, Achille (16/12/1872 –) 1112
MÉNÉTREZ Jean, Baptiste, Charles (16/07/1847 – 30/01/1916) 1113
MENIER Gaston, Émile, Henri (22/05/1855 – 5/11/1934) 1113
MENUET François, Ambroise (5/06/1879 – 18/02/1924) 1114
MERCIER Raoul Gabriel (4/01/1871 – 26/09/1958) 1115
MÉTADIER Paul (1872 – 17/10/1956) 1117
MOISSONNIER Maurice, Étienne, Ernest (21/08/1870 – 1946) 1118
MONOD Émile, Jean, Théodore (29/12/1875 – 16/02/1963) 1119
MOUSSY François (16/08/1879 –) 1120
NATTAN-LARRIER Louis, Adrien, Albert (4/11/1873 – 25/06/1946) 1121
OBERTHÜR Joseph, Marie (25/04/1872 –) 1123

OMBRÉDANNE Louis, Marie, Arsène (05/03/1871 – 04/11/1956) 1124
PAPIN Paul (11/03/1870 - 7/02/1942) 1126
PICARD Fernand, Bernard, Achille (9/10/1870 –) 1127
PIC-PARIS Eugène, Henri (29/03/1836 – 30/07/1917) 1127
POLINE Arthur, Joseph (16/08/1852 – 26/08/1934) 1128
PONS François, Jean, Barthélemy, Robert (16/01/1880 –) 1128
QUINTARD Gustave, Armand, Joseph (16/04/1881 –) 1129
RINGOT Georges, Marie, Joseph (28/04/1873 –) 1130
RIST Édouard (16/03/1871 – 13/04/1956) 1131
RIVALTA Maurice, Bernard (8/09/1872 –) 1133
ROBINEAU Maurice, Édouard (19/04/1870 – juin 1950) 1134
ROLLAND Auguste, Édouard, Camille (21/12/1883 –) 1135
SALLE Marcel (22/08/1882 –) 1135
TERRIEN Adrien, Félix (24/04/1872 – 17/02/1940) 1136
THOMAS Jacques, René (04/09/1873 –) 1137
THOMAS Joseph, Marie, Paul (27/03/1872 – 17/12/1934) 1138
THOUVENIN Raoul, Eugène (28/07/1887 – 08/10/1937) 1139
TURLAIS Constant, Urbain (5/04/1876 –) 1140
VASSE DU SAUSSAY, Louis (baron) (22/03/1846 – 7/04/1932) 1141
VERRONNEAU Célestin, Firmin, Alexandre (25/09/1873 – 28/04/1930) 1141
VINCENT Clovis, Julien, Désiré (26/09/1879 – novembre 1947) 1142
VINSONNEAU Camille, Louis (23/05/1875 –) 1143
WETTERWALD Xavier, Félix (11/03/1869 –) 1144
WOLFF Edmond (1848 – 1921) 1145
YSAMBERT Jacques, Stéphane (12/04/1868 –) 1146

Notices des formations sanitaires

I- Structures du Service de Santé aux Armées

Direction régionale du Service de Santé aux Armées à Tours (Indre-et-Loire)

La direction régionale est située à l'Hôtel du Grand Commandement, rue des Minimes à Tours. C'est dans ce lieu que se trouvent en temps de paix, la résidence du général commandant le 9e corps d'armée et son état-major. Après son départ pour le front, l'état-major est remplacé par la direction de la 9e région. La direction régionale du Service de Santé aux Armées y côtoie donc les directions des autres services. Elle y reste jusqu'au 1er septembre 1918, date à laquelle elle déménage dans une ancienne annexe de l'hôpital complémentaire n°2 de Tours, située rue Émile Zola à Tours. En effet, elle était trop à l'étroit à l'Hôtel du Grand Commandement et le fonctionnement de ses différents services ne se faisait pas dans des conditions optimales. Cette annexe est rendue en décembre 1919 mais il est probable que la direction régionale soit retournée à l'Hôtel du Grand Commandement avant.

Hôpital complémentaire n°1 à Châteauroux (Indre)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°1 est installé au lycée de garçons, avenue de Déols, à Châteauroux. Il fonctionne du 9 août 1914 au 13 septembre 1916, les premiers blessés arrivent le 22 août 1914. Sa capacité hospitalière est de 390 lits lors de son ouverture et elle atteint au maximum 405 lits lors de la bataille de la Marne, en septembre 1914. Le lycée de garçons est installé dans un ancien couvent de religieuses augustines, la chapelle est d'ailleurs vouée au culte durant la Première Guerre mondiale. C'est un centre chirurgical dès le début du conflit, le chirurgien Labey, chef du secteur chirurgical de Châteauroux, préfère cependant pratiquer les opérations aseptiques à l'hôpital mixte de Châteauroux. En effet, l'installation n'est pas aux normes aseptiques et seules les opérations septiques sont pratiquées dans cette formation. En août 1915, l'hôpital est équipé d'une installation radiologique grâce à Marie Curie et au prêt d'appareils par le Patronage National des Blessés. Le même mois, le Service de Santé dote l'hôpital d'un électro-vibreur de Bergonié. La formation, destinée aux

évacués ainsi qu'aux soldats de la garnison à partir de la fin de l'année 1914, hospitalise 3 896 soldats durant son fonctionnement. L'hôpital complémentaire n°1 fusionne avec les hôpitaux complémentaires n°25 et n°29 pour former le nouvelle hôpital complémentaire n°25 à l'asile de Bitray (Indre) en septembre 1916.

Annexe :

Les officiers blessés sont hospitalisés de septembre 1914 à septembre 1915 dans une annexe située au pensionnat Turmeau à Châteauroux. Ils sont ensuite hospitalisés à la clinique du docteur Cotillon à Châteauroux. Il s'agit en réalité d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°7 de Châteauroux qui fonctionne du 1er juillet 1915 au 9 novembre 1916. Elle compterait au maximum vingt lits.

Hôpital complémentaire n°2 à Tours (Indre-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°2 est installé au lycée Descartes (lycée de garçons) situé rue de la Préfecture à Tours. Lorsqu'il ouvre ses portes, le 14 août 1914, il dispose de 410 lits et en compterait au maximum environ 500. Le sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire ordonne sa fermeture le 13 mai 1919 et le lycée est restitué à la mairie de Tours le 5 juillet. Pendant l'occupation du lycée par le Service de Santé, les élèves sont répartis dans différents locaux dont la mairie, la préfecture et le Conseil Général. Le lycée conserve cependant une salle à Descartes et en obtient progressivement de nouvelles, suite à des restitutions partielles au lycée, faisant cohabiter les soldats avec les élèves. L'hôpital complémentaire n°2 peut être considéré comme l'hôpital le plus important pour le Service de Santé de la 9e région car il abrite différents centres de spécialités depuis mars 1915. Il est le siège du secteur chirurgical de Tours dirigé par le chirurgien Ombrédanne. Ce dernier se charge aussi des opérations de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie orthopédique. Il accueille aussi le service central du centre de physiothérapie (radiologie, électrothérapie et mécanothérapie) avec à sa tête le radiologue Ledoux-Lebard. Il dirige le service de radiologie, le service d'électrothérapie étant dirigé par les docteurs Devaux puis Charpentier, le service de mécanothérapie est dirigé successivement par les docteurs P. de Champtassin, Wetterwald puis Ledoux-Lebard. Le centre de neurologie est aussi installé dans cet hôpital jusqu'en septembre 1917. Durant cette période, il est dirigé par les médecins Laignel-Lavastine, Clovis Vincent et Cestan. À la fin de l'année 1917, un service de consultation externe d'O.R.L. est créé dans cette formation. Le regroupement de ces centres permet une collaboration constante des spécialistes

améliorant les soins des soldats et donnant lieu à des découvertes, comme la technique d'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique du chirurgien Ombrédanne et du radiologue Ledoux-Lebard. L'hôpital dispose ainsi d'excellentes installations dans ces différentes spécialités auxquelles s'ajoute aussi un cabinet dentaire. Au total, 15 940 soldats ont été hospitalisés dans cette formation.

Annexes :

Durant son fonctionnement, l'hôpital complémentaire n°2 dispose de différentes annexes.

L'annexe de Bois-le-Comte (Indre-et-Loire), également appelée hôpital bénévole n°119bis, est destinée aux blessés en convalescence. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée.

L'annexe à Rochecorbon (Indre-et-Loire) ouvre en août 1917 et ferme en 1918. Elle est également appelée hôpital bénévole n°120bis et était auparavant une annexe de l'hôpital complémentaire n°26 de Tours. Elle est destinée aux blessés du centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales.

L'annexe de Parçay-Meslay (Indre-et-Loire) est située dans un château mis gracieusement à la disposition du Service de Santé par madame Lefèvre. C'est une formation destinée au traitement des malades et blessés psychiques. Elle est ouverte du 15 novembre 1917 au 11 février 1919. Cette formation devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°59 en juin 1918 mais nous ne savons pas si elle est alors une annexe administrative ou seulement médicale.

L'annexe située au n°14 de la rue de la Préfecture à Tours est ouverte le 24 juin 1916 et l'immeuble n'est rendu à son propriétaire que le 25 septembre 1919. Elle aurait compté au maximum vingt-huit lits.

L'annexe, située au n°31 de la rue Émile Zola à Tours, fonctionne du début de l'année 1918 jusqu'au 1er septembre 1918. Elle est destinée aux officiers avant d'abriter la direction régionale du Service de Santé aux Armées.

Hôpital complémentaire n°3 à Tours (Indre-et-Loire)

Initialement prévu dans les locaux du groupe scolaire Lamartine, situé rue de La Riche à Tours, il est installé à l'école primaire supérieure de jeunes filles située rue des Ursulines à Tours. Ce transfert fait suite à celui de l'école qui quitte le groupe scolaire Lamartine pour

s'installer dans les locaux de l'ancien Petit Séminaire. L'hôpital complémentaire n°3 commence à fonctionner le 8 août 1914 et son nombre de lits, initialement de quatre-vingt-sept, profite des excellents locaux de l'école pour atteindre 318 lits. Cette formation est un centre de chirurgie possédant un service d'urologie dirigé par le chirurgien Vincent. À partir du mois de mars 1916, le centre de dermatologie-vénéréologie y est installé. Il est dirigé par le docteur Gougerot. La cohabitation du centre avec le service d'urologie améliore les soins des soldats mais la présence de malades vénériens est critiquée par la mairie et la population. Les parents d'élèves refusent que leurs enfants côtoient des malades « honteux ». Le Service de Santé n'y est également pas favorable et transfert le service de vénéréologie à l'hôpital mixte de Tours ce qui mécontente le docteur Gougerot. L'hôpital complémentaire n°3 est fermé le 21 janvier 1918, le service de dermatologie est alors transféré à l'hôpital mixte de Tours et l'école est transférée au Service de Santé américain qui y installe le *Camp Hospital n°27*.

Annexe :

L'hôpital a disposé d'une annexe de 100 lits, du 4 septembre 1914 au 18 avril 1915, au sein de la caserne du 25e groupe de chasseurs cyclistes à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire).

Hôpital complémentaire n°4 à Niort (Deux-Sèvres)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°4 est installé au lycée Fontanes (lycée de garçons), situé rue du 14 juillet à Niort. Il ouvre le 7 août 1914 avec 280 lits, sa capacité hospitalière atteint par la suite 550 lits. C'est un hôpital important qui possède aussi de bons équipements comme un laboratoire de chimie et d'analyses et un laboratoire de bactériologie. Cependant, il ne possède pas d'installation radiologique ce qui ne permet pas d'en faire un important service chirurgical. En outre, sa position à Niort fait qu'il est sous-employé. Des restitutions partielles sont faites et l'hôpital est mis en réserve de janvier à mai 1917 puis du 15 décembre 1917 au 14 janvier 1918, avant d'être définitivement fermé le 15 janvier 1919. Durant la guerre, 6 665 blessés et malades y ont été hospitalisés.

Hôpital complémentaire n°5 à Niort (Deux-Sèvres) puis à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°5 connaît deux phases durant la guerre. Prévu avant la guerre, il est tout d'abord installé au sein du lycée de jeunes filles situé avenue de Limoges à Niort. Les travaux de transformation du lycée en hôpital débutent le 6 août 1914 et s'achèvent

le 16. 150 lits sont alors destinés aux soldats malades et blessés, un nombre porté par la suite à 250. C'est un hôpital médico-chirurgical mais il ne dispose pas d'une installation radiologique permettant de pratiquer des opérations importantes. Il a tout de même connu une activité chirurgicale importante en septembre 1914, dans des conditions parfois déplorables. Sa situation à Niort, au bout du courant d'évacuation qui traverse la 9e région et d'autres centres hospitaliers importants (Tours, Angers et Poitiers), fait que son activité diminue. La décision est alors prise de le transférer à Joué-lès-Tours en juillet 1916.

Annexe :

Durant cette période à Niort, l'hôpital complémentaire n°5 dispose d'une annexe située à la Chambre de Commerce, rue de l'ancienne préfecture à Niort, et qui ouvre en août 1914 avec quarante-cinq lits. Nous ignorons quand cette annexe a été fermée.

La deuxième phase de la vie de l'hôpital démarre le 23 août 1916 avec son installation dans la caserne, inachevée, du 9e groupe cycliste. La caserne de type récent (1913), se prête parfaitement à l'installation d'un hôpital médico-chirurgical de 360 lits. Mais la formation prend une autre orientation avec le transfert du centre d'appareillage et de rééducation professionnelle des mutilés de Bourges à cette formation en décembre 1916. Dès lors, l'hôpital complémentaire n°5 hospitalise les invalides de cette guerre afin de leur fournir une prothèse, de les rééduquer fonctionnellement et professionnellement pour les réinsérer dans la vie économique et sociale. Dirigé par le docteur Cousin, le service, puis centre d'appareillage, devient une usine de fabrication de prothèses doublée d'un centre de recherche dans ce domaine. Dirigé par le docteur Joseph Thomas, qui est aussi à la tête de l'hôpital complémentaire n°5, puis par le chirurgien tourangeau Boureau, le service, puis centre de rééducation professionnelle, propose aux invalides différentes formations professionnelles, principalement agricoles. La formation est aussi dotée d'un service de mécanothérapie pour la rééducation fonctionnelle des invalides. L'hôpital complémentaire n°5 continue de fonctionner après la démobilisation mais ignorons jusqu'à quand.

Hôpital complémentaire n°6 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°6 est initialement installé à l'école normale d'institutrices située rue Dacier à Angers. Il ouvre ses portes le 13 août 1914 et compte à l'origine 150 lits. Dans un premier temps, on y hospitalise les malades et les blessés puis, à partir de novembre 1914, on y soigne les malades contagieux. À partir de la moitié de l'année

1915, l'hôpital est destiné aux malades de la garnison avant de devenir en mars 1916, le service central du secteur médical d'Angers dirigé par le docteur Rocaz. Le 21 septembre 1916, l'école normale d'institutrices est rendue à l'Instruction Publique. L'hôpital est alors transféré à l'École Nationale d'Arts et Métiers d'Angers, il compte alors au maximum 265 lits. Le service central du secteur médical d'Angers déménage à l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers) en mars 1917 puis occupe de nouveau l'hôpital complémentaire n°6 en septembre lorsque l'hôpital complémentaire n°58 est cédé au Service de Santé américain. Durant ce mois, le laboratoire d'analyses d'Angers est aussi transféré dans cette formation. Par la suite, l'hôpital hospitalise les indigènes d'Afrique du Nord et les troupes noires. Puis, le service central est transféré à l'hôpital bénévole n°5bis, situé au couvent Saint-Charles à Angers, en octobre 1917. L'hôpital complémentaire n°6 ferme le 25 novembre 1918.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°6 possède plusieurs annexes durant son existence.

La première est située à la communauté du Calvaire, rue Vauvert à Angers. La formation ouvre le 7 septembre 1914 et possède au maximum quarante lits. Elle a notamment servi à hospitaliser les soldats français fiévreux. Elle devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°40 lors de la fermeture de l'hôpital complémentaire n°6 et ferme le 23 mars 1919.

Une autre annexe est l'hôpital bénévole n°112bis, dit « ambulance Bessonneau », situé rue Montaigne à Angers et comptant soixante-dix lits. Ouverte le 12 septembre 1914 grâce à l'industriel Bessonneau, elle est tout d'abord une annexe de l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers avant d'être rattachée à l'hôpital complémentaire n°6 le 24 octobre 1917. C'est un sous-centre d'oto-rhino-laryngologie jusqu'au début du mois de janvier 1918, elle est ensuite destinée aux blessés légers. Suite à la fermeture de l'hôpital complémentaire n°6, elle devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°40 et ferme le 30 janvier 1920.

La troisième annexe est l'hôpital bénévole n°9bis situé à la clinique Saint-Martin, rue du figuier à Angers. Nous ignorons quand l'annexe a commencé à soigner des soldats mais elle cesse de le faire le 15 janvier 1919. Elle aurait compté au maximum cinquante lits.

Enfin, des rapports de chirurgie mentionnent une annexe située à la communauté du Bon Pasteur, rue Brault à Angers, par ailleurs hôpital bénévole n°7bis. Cette formation est mentionnée de février à avril 1916 mais cet hôpital fonctionne du 14 octobre 1914 au 15 janvier 1919. Il aurait compté au maximum cinquante lits.

Hôpital complémentaire n°7 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°7 est situé au lycée David d'Angers à Angers. Dans le plan de mobilisation du Service de Santé, il est prévu qu'il ouvre ses portes le onzième jour de la mobilisation, soit le 12 août, avec une capacité hospitalière de 161 lits qui est portée à 310 lits par la suite. Il hospitalise ses premiers soldats le 23 août 1914 et ferme ses portes le 29 juin 1916. Durant sa période d'activité, il est le siège du centre de stomatologie et de prothèses maxillo-faciales de la 9e région créé le 24 mai 1915. Le centre est dirigé par le chirurgien Martin et le chirurgien-dentiste Bouvet avant d'être transféré à l'hôpital complémentaire n°26 de Tours en mai 1916 tandis qu'un service pour édentés a été créé à Poitiers en mars 1916.

Annexes :

L'hôpital possède deux annexes.

La première est située à la clinique Saint-Rémy à Angers qui est la clinique du chirurgien Martin. Cette annexe est ouverte du 27 août 1914 au 18 décembre 1917. Elle porte aussi le nom d'hôpital bénévole n°10bis ce qui explique qu'elle fonctionne après la fermeture de l'hôpital. Cette clinique sert de salle d'opération pour l'hôpital.

La deuxième annexe est située à la clinique des Augustines à Angers. Elle commence à fonctionner le 3 septembre 1914 avec dix puis trente-huit lits destinés aux officiers. Son histoire est inconnue après la fermeture de l'hôpital mais le 27 octobre 1917, elle devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers et ferme le 15 janvier 1919.

Hôpital complémentaire n°8 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, il est situé au pensionnat Belle Fontaine, rue Constant Lemoine à Angers. Il doit ouvrir le septième jour de la mobilisation mais il ouvre ses portes un jour plus tard, le 9 août, et compte alors 170 lits. De construction ancienne, le bâtiment se prête mal à l'installation d'une formation sanitaire tant du point de vue de l'hygiène que de la disposition des locaux, d'autant qu'une partie de ces derniers est conservée par les propriétaires, les Dames de Belle Fontaine. L'hôpital accueille tout de même depuis l'année 1914 un service de radiologie et surtout un sous-centre de mécanothérapie dirigé par le docteur Leullier qui met au point différents appareils de mécanothérapie. En mai 1917, l'hôpital est désigné pour hospitaliser les indigènes d'Afrique du Nord. Il accomplit cette mission jusqu'à sa fermeture en octobre 1917.

Annexes :

L'hôpital compte trois annexes durant son existence.

La première est la clinique Saint-François du docteur Bernard à Angers. Elle ouvre le 4 septembre 1914 et accueille un service d'ophtalmologie où ce médecin exerce. Cette formation, possédant originellement quarante lits, est aussi connue sous le nom d'hôpital bénévole n°12bis. Elle ferme le 11 janvier 1919.

La seconde annexe est un bâtiment de la communauté de la Retraite, situé rue Saumuroise à Angers. Elle ouvre ses portes le 11 septembre 1914 et a compté quarante-cinq lits. Aussi connue sous le nom d'hôpital bénévole n°18bis, elle ferme le 31 décembre 1918.

La troisième annexe est « l'ambulance Bessonneau » créée grâce à l'industriel Bessoneau. Elle est aussi appelée hôpital bénévole n°112bis. C'est une annexe de l'hôpital de son ouverture, le 12 septembre 1914, jusqu'au 24 octobre 1917. Elle devient alors une annexe de l'hôpital complémentaire n°6 d'Angers.

Hôpital complémentaire n°9 à Parthenay (Deux-Sèvres)

Prévu avant la guerre, l'hôpital ouvre le 9 août 1914 au sein du collège de Parthenay, il compte alors 193 lits et sa capacité maximum durant le conflit est de 386 lits. Si l'hôpital dispose d'une installation radiologique au début de la guerre, empruntée à un médecin mobilisé ailleurs, il n'a pas de service chirurgical important. 10 404 malades et blessés y ont été soignés jusqu'à sa fermeture le 31 décembre 1918.

Annexe :

L'hôpital compte une annexe, située à l'école supérieure de garçons de Bressuire (Deux-Sèvres) et créée grâce à un « Comité de Patronage » de la ville. Elle fonctionne du 19 novembre 1914 au mois de janvier 1915. Elle devient ensuite l'hôpital complémentaire n°38 qui fonctionne jusqu'en octobre 1917.

Hôpital complémentaire n°10 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres)

Cette formation a été prévue avant la guerre et est située à l'école militaire de Saint-Maixent-l'École. L'hôpital ouvre en août 1914 et reçoit ses premiers hospitalisés le 1er septembre 1914. Il fusionne avec l'hôpital complémentaire n°11 situé dans cette même ville en février 1915. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital complémentaire n°11 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres)

Prévu avant la guerre, l'hôpital, situé au groupe scolaire de la rue Grande à Saint-Maixent-l'École, commence à fonctionner le 16 août 1914 avec 190 lits. En février 1915, il fusionne avec l'hôpital complémentaire n°10 et possède au maximum 350 lits durant la guerre. Après des restitutions de certains locaux du groupe scolaire à l'Instruction Publique, il ferme le 19 juillet 1917. L'hôpital complémentaire n°11 est le service central du secteur chirurgical de Poitiers (ou deuxième secteur chirurgical de la 9e région militaire), sous la direction du chirurgien Robineau du mois de mars 1915 au mois de mars 1916. La situation géographique de la ville ne facilite pas la mission du chirurgien Robineau et le service central déménage à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers au début du mois d'avril 1916.

Hôpital complémentaire n°12 à Châtellerault (Vienne)

Prévu avant la guerre, il est situé au collège communal, rue du Coq, à Châtellerault. L'hôpital fonctionne du 12 août 1914 au 13 mai 1919. Il compte soixante-quatre lits à son ouverture et en a, au maximum, 194 durant le conflit. C'est un centre médico-chirurgical qui soigne également des indigènes d'Afrique du Nord mais nous ne pouvons dire à partir de quand. Durant son fonctionnement, 12 114 soldats y ont été hospitalisés.

Annexes :

Ce qui fait la particularité de l'hôpital, c'est le nombre de ses annexes, désignées par une lettre.

L'annexe A est située dans une maison particulière appartenant à madame Gueydan, boulevard Félix Faure à Châtellerault. Elle fonctionne du 11 septembre 1914 au 21 février 1915 et possède quarante lits. Sa fermeture est due à des différends entre les personnes à l'origine de sa création.

La maison de madame Gueydan devient, à partir du 1er avril 1915, l'annexe H et fonctionne jusqu'au 12 décembre 1918. Son médecin est le docteur Derouau, le maire de Châtellerault. Elle aurait compté au maximum trente-six lits.

L'annexe B est située dans une maison particulière, appartenant à la famille Ducellier, située rue de la Paix à Châtellerault. Elle ouvre le 24 septembre 1914 avec trente-six lits. Elle est mise en réserve du 15 février 1917 au 15 mai 1917 avant d'être définitivement fermée le 12 décembre 1918.

L'annexe C est située au cercle catholique de Châtellerault, rue du Château-d'Eau. Elle ouvre le 24 septembre 1914 et ferme le 13 mai 1919. Elle aurait possédé au maximum 144 lits destinés à hospitaliser des contagieux.

L'annexe D est située dans la propriété particulière de la famille Chéron, rue Gaudeau Lerpinière à Châtellerault. Possédant vingt-cinq lits à son ouverture, elle fonctionne du 24 septembre 1914 au 30 décembre 1916.

L'annexe E commence à fonctionner le 3 novembre 1914 à la Bourse du Travail, rue Cornet à Châtellerault. Il s'agit initialement d'un hôpital organisé par le Comité de Secours de la Manufacture d'Armes de la ville qui a été ouvert en septembre 1914. Des délégués de ce comité constituent le conseil d'administration de l'annexe. Ce comité soutient financièrement les formations sanitaires de la ville ainsi que des œuvres de guerre. Grâce à lui, l'annexe E devient un service chirurgical de premier ordre où peuvent être réalisées des opérations aseptiques. L'annexe E possède cinquante-six lits à son ouverture et ferme le 25 mars 1919.

L'annexe F est située dans l'ancien couvent des Dominicaines situé rue de l'Angelarde à Châtellerault. Ce bâtiment appartient à monsieur Creuzé de la Fouchardière. Elle fonctionne du 1er mars 1915 au 25 mars 1919 et compterait au maximum cinquante-six lits. Un service de chirurgie septique y est installé et soigne les grands blessés.

Enfin, l'annexe G est créée suite au désaccord évoqué plus haut. Elle est située dans la chapelle du couvent des Dames Blanches, boulevard de Blossac à Châtellerault. Elle fonctionne du 16 mars 1915 au 16 décembre 1918 et compte initialement trente-six lits. Elle est destinée à hospitaliser les petits blessés.

Hôpital complémentaire n°13 à Châteauroux (Indre)

L'hôpital est situé à l'école communale de filles située rue Saint-Martial à Châteauroux. Il ouvre le 1er octobre 1914 et est originellement appelé hôpital temporaire n°1 bis, il possède alors quatre-vingt lits. Il prend le nom d'hôpital complémentaire n°13 le 24 novembre 1914 et ferme le 5 janvier 1916. 858 malades et blessés y ont été hospitalisés.

Hôpital complémentaire n°14 à Poitiers (Vienne)

Prévu avant la guerre, il est situé au lycée de garçons de Poitiers. L'hôpital fonctionne du 31 août 1914 au 27 octobre 1917. Durant la guerre, il possède un service de radiologie, semble-t-il depuis janvier 1915, et d'électrothérapie, ce dernier est mentionné dans les rapports

de juillet 1915 à mars 1917. Un service de mécanothérapie est mentionné dans les rapports à partir du mois de janvier 1916 et jusqu'en mars 1917. Un service d'ophtalmologie y fonctionne aussi à partir du mois de mars 1917.

Hôpital complémentaire n°15 à Poitiers (Vienne)

Prévu avant la guerre, l'hôpital est situé au collège Saint-Joseph de Poitiers, entre la rue des Feuillants et le boulevard Bajon. Ce collège privé appartient à la Société anonyme des Écoles secondaires libres de Poitiers. L'hôpital doit ouvrir au 23e jour de la mobilisation avec 292 lits. Il compte au maximum 378 lits durant la guerre. Il reçoit ses premiers blessés le 30 août et ferme ses portes le 25 mars 1919. L'hôpital est destiné aux malades du front à partir du 3 mai 1915. Un an plus tard, il est affecté à la garnison et hospitalise exceptionnellement les malades du front. Les soldats de la classe 1917 en instruction dans la ville y sont soignés. Un service d'ophtalmologie y fonctionne du 10 octobre 1916 au 8 mars 1917. Ce service est ensuite transféré à l'hôpital complémentaire n°14. Durant son existence, 11 081 malades et blessés y ont été hospitalisés.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°15 possède une annexe durant la guerre. Elle est située au pensionnat du Sacré-Cœur, rue des Feuillants à Poitiers. Auparavant annexe de l'hôpital mixte de Poitiers, du 8 septembre 1914 au 16 septembre 1917, elle est transférée à l'hôpital complémentaire n°15 à cette date, son nombre de lits est alors de 158. Elle ferme en mai 1919.

Hôpital complémentaire n°16 à Poitiers (Vienne)

Prévu avant la guerre et situé dans une ancienne faculté de théologie à Poitiers, l'hôpital complémentaire n°16 fonctionne du 14 août 1914 au 31 juillet 1918, il est alors cédé au Service de Santé américain, et compte 222 lits à son ouverture. C'est à l'origine une formation purement chirurgicale où sont notamment soignés des prisonniers allemands. Le 17 mars 1915, l'hôpital devient une formation uniquement médicale tout en continuant à hospitaliser les prisonniers allemands. Puis en octobre 1916, ces derniers sont remplacés par des soldats sénégalais soignés avec les soldats français. L'hôpital devient le service central du secteur médical de Poitiers au mois de janvier 1916. Il est dirigé par le docteur Herscher jusqu'à sa cession au Service de Santé américain le 29 juillet 1918. Il accueille aussi un sous-centre d'ophtalmologie depuis le mois d'octobre 1916. Un service d'O.R.L. semble avoir fonctionné à l'hôpital depuis le début de

l'année 1915. Les services d'ophtalmologie et d'O.R.L. sont transférés à l'hôpital complémentaire n°18 de Poitiers suite à la cession de l'hôpital complémentaire n°16 au Service de Santé américain. L'hôpital est récupéré par le Service de Santé français en février 1919 qui y transfert le centre spécial de réforme situé à l'hôpital complémentaire n°17 de Poitiers. Le centre spécial de réforme continue sa mission au moins jusqu'en novembre 1919. Durant son existence, 7 390 malades et blessés ont été hospitalisés à l'hôpital complémentaire n°16.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°16 compte deux annexes durant le conflit.

La première est située dans les locaux de l'Association de la Femme Catholique (le Gésu) à Poitiers et fonctionne du 14 août 1914 au 25 mars 1919. Elle compte initialement douze lits et en aurait compté au maximum vingt.

La seconde possède soixante-huit lits à son ouverture et fonctionne du 22 août 1914 au 31 décembre 1914 au sein de l'école de théologie de Poitiers. Cette annexe devient ensuite l'hôpital complémentaire n°21 qui est cédé aux Service de Santé américain le 21 août 1918.

Hôpital complémentaire n°17 à Poitiers (Vienne)

Prévu avant la guerre, l'hôpital est situé au lycée de jeunes filles de Poitiers et il reçoit ses premiers blessés le 30 août 1914. Il fonctionne au moins jusqu'au 20 novembre 1919 et aurait compté au maximum 320 lits. Cet hôpital est aussi le centre spécial de réforme de la place de Poitiers mais nous ne savons pas depuis quand. Le centre spécial de réforme a déménagé à l'hôpital complémentaire n°16 au début de l'année 1919 pour permettre la restitution du lycée de jeunes filles. L'hôpital complémentaire n°17 est aussi chargé de la réception et de la répartition des denrées et matières premières pour les hôpitaux de Poitiers. L'hôpital est peut-être devenu un hôpital-dépôt de convalescents lors de la création du centre spécial de réforme mais nous n’avons pas d’informations à ce sujet. En outre, depuis le deuxième trimestre de l’année 1918 et suite à l’offensive allemande du 21 mars, il possède un service chirurgical de 100 lits pour les blessés légers.

Hôpital complémentaire n°18 à Poitiers (Vienne)

Hôpital prévu en temps de paix, il commence à fonctionner à partir du 16 août 1914 au sein de l'école normale d’instituteurs de Poitiers et possède soixante-dix lits à son ouverture. L'Instruction Publique réclamant les locaux, l'hôpital déménage au début du mois d'octobre

1916 et rejoint l'ancien évêché de Poitiers, auparavant occupé par l'hôpital complémentaire n°55, il compte alors 300 lits. Cependant, il se pourrait que ces deux hôpitaux aient cohabité. Nous ne savons pas quand l'hôpital a été fermé. Jusqu'à son départ pour l'ancien évêché, l'hôpital est destiné aux malades et blessés. Après le déménagement, des lits sont réservés aux hospitalisés devant suivre un traitement de mécanothérapie. Ce dépôt de physiothérapie, mentionné comme étant à l'hôpital complémentaire n°55, fonctionne jusqu'en mai 1917. De même, depuis que l'hôpital complémentaire n°18 est situé dans ces nouveaux locaux, il hospitalise les prisonniers de guerre malades et blessés. Il leur est exclusivement réservé à partir du 16 octobre 1916. Depuis le 16 juillet 1916, l'hôpital est également désigné pour mettre en route administrativement les titulaires d'une permission de sept jours, puis ceux d'un congé de convalescence, provenant des hôpitaux auxiliaires et bénévoles de la place de Poitiers. Du 23 au 26 avril 1917, des tirailleurs sénégalais y sont hospitalisés et le 24 avril, il reçoit des malades et des blessés français et indigènes. Le 11 août 1918, les sous-centres d'ophtalmologie et d'O.R.L., auparavant installés à l'hôpital complémentaire n°16 cédé aux Américains, prennent place dans l'hôpital. Cependant, l'hôpital continue d'hospitaliser les prisonniers de guerre.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°18 compte deux annexes durant la guerre.

La première est située à l'Institution d'Auzay, une institution privée de Poitiers qui jouxte l'école normale. Comptant soixante lits à son ouverture, elle fonctionne du 1er février 1915 au mois de juillet 1916.

L'autre annexe n'en est pas vraiment une. Il s'agit de l'hospice de Pont-Achard à Poitiers qui hospitalise des soldats du 3 septembre 1914 au 15 mai 1919. C’est une annexe de l'hôpital mixte de Poitiers qui est aussi nommée hôpital bénévole n°121bis depuis le 1er novembre 1916. Elle est une annexe médicale et non administrative de l'hôpital jusqu'au 21 juillet 1918. Cette annexe n'est pas destinée aux prisonniers de guerre, le personnel de l'hôpital complémentaire n°18 n'y exerce qu'une surveillance médicale. Elle compte à l'origine trente lits pour les soldats et en aurait compté au maximum trente-cinq.

Hôpital complémentaire n°19 à Angers (Maine-et-Loire)

Originellement prévu pour être installé au groupe scolaire Victor Hugo, rue Victor Hugo à Angers, celui-ci ne convient pas à l'installation d'un hôpital et l'hôpital complémentaire n°19 s'installe alors à l'École Nationale d'Arts et Métiers de la ville. Il ouvre ses portes le 15 août

1914 et possède alors soixante-quinze lits. Le 28 août 1914, il absorbe l'hôpital complémentaire n°20 situé au même endroit. Il compte au maximum 250 lits et semble fermer ses portes le 15 juin 1916 mais d'autres sources mentionnent une fermeture en juillet 1916 et il est mentionné dans des rapports jusqu'en avril 1917. La difficulté est que plusieurs hôpitaux complémentaires sont situés à l'École Nationale d'Arts et Métiers, tels les hôpitaux complémentaires n°6 et n°40. Les services médicaux ont très bien pu rester en place après la fermeture de l'hôpital. L'hôpital a commencé par hospitaliser des prisonniers de guerre de septembre 1914 à mai 1915 puis en juin 1915, il accueille un sous-centre de mécanothérapie élémentaire. Enfin, il devient un dépôt de physiothérapie du 1er mai 1916 jusqu'au mois de mai 1917, il est alors situé à la salle des fêtes de l'école. Durant son fonctionnement, 1 565 malades et blessés y ont été hospitalisés.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°19 possède une annexe à l'externat Saint-Maurille, situé boulevard de Saumur à Angers. Elle ouvre le 1er septembre 1914 et le 1er avril 1915, elle devient l'hôpital bénévole n°118bis avec cinquante-et-un lits. L'hôpital bénévole n°118bis ferme en 1919 et nous ne savons pas combien de temps il est demeuré une annexe de l'hôpital complémentaire n°19.

Hôpital complémentaire n°20 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°20 doit être installé au groupe scolaire Condorcet, rue de Létanduère à Angers. Ces locaux ne se prêtant pas à l'installation de l'hôpital, celui-ci ouvre ses portes à l'École Nationale d'Arts et Métiers, probablement en même temps que l'hôpital complémentaire n°19. Ce dernier absorbe l'hôpital complémentaire n°20 le 28 août 1914.

Hôpital complémentaire n°21 Poitiers (Vienne)

Situé à l'école de théologie, rue de la Trinité à Poitiers, l'hôpital complémentaire n°21 est à l'origine une annexe de l'hôpital complémentaire n°16 qui ouvre le 22 août 1914 avec soixante-huit lits. L'annexe devient l'hôpital complémentaire n°21 le 31 décembre 1914. Il possède au maximum 200 lits durant la guerre et il reste ouvert jusqu'au 21 août 1918, l'hôpital est alors cédé au Service de Santé américain. Structure médico-chirurgicale, l'hôpital est exclusivement affecté aux malades et blessés sénégalais à partir du 22 juillet 1916. Le 29 janvier 1918, il devient un sous-centre de neurologie. Il hospitalise tout de même des blessés suite à l'offensive allemande du printemps 1918. Le sous-centre de neurologie fonctionne alors

difficilement avant d'être supprimé à la suite de la cession de l'école au Service de Santé américain. L'hôpital est rendu au Service de Santé français en février 1919 mais nous ne savons pas s'il a été réutilisé par ce dernier.

Hôpital complémentaire n°22 à Cholet (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°22 ouvre le 22 août 1914 à l'Institution Sainte-Marie de Cholet. Il possède alors 169 lits et atteint par la suite un maximum de 205 lits. L'hôpital complémentaire n°22 ferme le 4 janvier 1919. L'hôpital soigne des malades mais surtout des blessés, il accueille le service des chirurgiens de la place de Cholet.

Annexes :

Tout comme l'hôpital complémentaire n°12, il compte un grand nombre d'annexes, un rapport évoque vingt-quatre formations qui dépendent de cet hôpital pour un total de 1 453 lits. Nous en avons dénombré vingt-sept. Certaines de ces annexes ont des affectations spéciales.

Après l'ouverture de l'hôpital complémentaire n°22, des annexes ont été ouvertes en l'espace d'un mois à Cholet.

Il s'agit tout d'abord de celle située au patronage Saint-Joseph, rue de la Casse à Cholet. Cette annexe fonctionne au moins du 22 octobre 1914 jusqu'au mois de juin 1917. Elle compte soixante-dix lits à son ouverture et elle en aurait compté au maximum soixante-quinze. Elle est affectée à la chirurgie jusqu’en avril 1916 et à la médecine durant toute son existence.

L'annexe de l'asile Leboeuf (asile pour vieillards), est située rue Nationale à Cholet. Elle fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au mois de juin 1917 et compte soixante-huit lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie jusqu’en avril 1916 et à la médecine durant toute son existence.

L'annexe du groupe scolaire communal de la rue Marceau à Cholet compte 110 lits à son ouverture et fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au 20 décembre 1915.

L'annexe de l'Institution Jeanne d'Arc, une école privée de jeunes filles à Cholet, fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au mois de juin 1917. Elle aurait compté au maximum trente-six lits destinés aux blessés jusqu’en avril 1916 et aux malades durant toute son existence.

L'annexe du collège municipal de garçons, rue Deveau à Cholet, possède soixante-dix lits à son ouverture et fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au 12 décembre 1918. Elle est destinée à soigner des malades jusqu’en mai 1917 et des blessés jusqu’en juin 1918.

L'annexe de l'école communale de filles, rue du Paradis à Cholet, compte 156 lits à son ouverture et fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au 23 septembre 1916. Elle semble avoir été destinée aux malades mais elle accueille également un service de mécanothérapie en juin et juillet 1916. Il est probable qu'elle soit le sous-centre de mécanothérapie de Cholet qui fonctionne de novembre 1914 au mois d'août 1916.

L'annexe de l'école privée de filles Bretonnais, rue des Brosses à Cholet, compte soixante-quinze lits à son ouverture et fonctionne au moins du 24 octobre 1914 jusqu'au 6 août 1916. Elle soigne des blessés jusqu'en avril 1916 et des malades jusqu'à sa fermeture.

L'annexe de l'école privée des filles du Sacré-Cœur, rue Nationale à Cholet, fonctionne au moins du 14 novembre 1914 jusqu'au mois de juin 1917. Elle aurait compté au maximum soixante-quinze lits destinés aux blessés jusqu'en avril 1916 et aux malades jusqu'à sa fermeture.

La clinique des religieuses de Saint-François à Cholet, contigüe à l'hôpital complémentaire n°22, devient une annexe de cet hôpital semble-t-il dès son ouverture. Cette clinique achevée récemment avant le conflit et destinée à la population civile, sert aux opérations chirurgicales. Elle ferme le 31 décembre 1918 et aurait possédé au maximum quarante lits.

L'annexe de l'école de garçons de la rue Pasteur à Cholet fonctionne au moins du 23 septembre 1914 au 17 juin 1915.

Concernant l'annexe de « Pellaumail », rue de l'Échelle à Cholet, nous ne connaissons pas sa date d'ouverture mais l'annexe ferme le 16 décembre 1918 et aurait compté au maximum quarante-cinq lits.

L'infirmerie de la caserne Tharreau de Cholet est aussi une annexe de l'hôpital complémentaire n°22. Après la fermeture du l'hôpital-dépôt de convalescents n°43 de Cholet le 31 août 1916, il devait devenir l'hôpital complémentaire n°43 mais est finalement devenu une annexe de l'hôpital complémentaire n°22 qui ferme le 31 décembre 1918.

La villa dites « Les Sources », situé route de Nantes à deux kilomètres de Cholet accueille aussi une annexe de cet hôpital. Elle fonctionne au moins du 1er avril 1915 jusqu'au 3 décembre 1918 et compte trente lits à l'origine. Elle est destinée à isoler les contagieux et à mettre en observation les malades suspects d'être atteints d'une maladie contagieuse.

L'annexe de l'abbaye de Bellefontaine à Bégrolles (Maine-et-Loire), aussi appelée hôpital bénévole n°28bis, ouvre en 1914 et ferme en janvier 1917. Elle aurait compté au maximum trente lits.

L'annexe située dans une institution d'enseignement privé à Beaupréau (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°29bis, fonctionne du 26 septembre 1914 au mois de septembre 1917. Elle compterait au maximum 140 lits.

L'annexe de Maulévrier est située à l'hospice civil de la ville. Elle porte aussi le nom d'hôpital bénévole n°134bis. Nous ne savons pas quand elle a été ouverte mais elle ferme le 12 décembre 1918.

L'annexe située au couvent des sœurs de la Charité à La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire) possède quarante-deux lits à son ouverture. Nous ignorons ses dates d'ouverture et de fermeture.

L'annexe de l'école communale de garçons d'Yzernay (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°31bis, fonctionne du 14 octobre 1914 au mois de juin 1917.

L'annexe de Chemillé (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°33bis, fonctionne du 14 octobre 1914 au mois de juin 1917 au sein d'une ancienne école privée devenue une maison de retraite en 1904. Elle aurait compté au maximum quatre-vingt-trois lits.

Concernant l'annexe située au couvent de Saint-Georges-des-Gardes (Maine-et-Loire), probablement l'abbaye de Notre-Dame-des-Gardes, nous ignorons sa date d'ouverture mais elle ferme en juin 1917 et aurait compté au maximum vingt-trois lits.

L'annexe du couvent de la Providence à La Pommeraye (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°34bis, fonctionne du 11 septembre 1914 au mois de juin 1917. Elle aurait possédé au maximum vingt lits.

L'annexe située au patronage de Vihiers (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°32bis, ouvre en 1914 et fonctionne jusqu'au mois de juin 1917.

Concernant l'annexe située dans une propriété privée de Montfaucon-sur-Moine (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°82bis, nous ignorons sa date d'ouverture mais elle ferme en août 1917 et aurait compté au maximum vingt-cinq lits.

L'annexe située dans un couvent des sœurs de Sainte-Marie à Torfou (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°35bis, fonctionne au moins du 9 septembre 1914 jusqu'au mois de juin 1917 et possède soixante-sept lits à son ouverture.

L'annexe située dans une maison particulière à Saint-Macaire-en-Mauges (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°36bis, fonctionne au moins du 29 septembre 1914 au mois de juin 1917. Elle aurait compté au maximum vingt lits.

Concernant l'annexe située au patronage de Saint-Crespin-sur-Moine (Maine-et-Loire), appelée aussi hôpital bénévole n°83bis, nous ignorons sa date d'ouverture mais elle ferme en juin 1917 et aurait compté au maximum vingt lits.

L'annexe située à l'hôpital civil de Chaudron-en-Mauges (Maine-et-Loire) fonctionne du 6 mars 1915 au 23 août 1917. Elle aurait compté au maximum quarante lits.

Hôpital complémentaire n°23 à Issoudun (Indre)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°23 est situé au Petit Séminaire du Sacré-Cœur d'Issoudun. Il commence à fonctionner le 22 août 1914 et ferme le 26 juillet 1918, il est alors cédé au Service de Santé américain. Il est restitué au Service de Santé français en février 1919 mais celui-ci n'en ayant pas l'utilité, le local est restitué à son propriétaire. Il aurait compté au maximum 361 lits destinés aux malades jusqu'en janvier 1916 et surtout aux blessés jusqu'à sa fermeture. À partir du mois de novembre 1916, il soigne aussi les malades et blessés annamites mais nous ne savons pas combien de temps il a été affecté à ces derniers.

Hôpital complémentaire n°25 à Châteauroux puis à Bitray (Indre)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°25 est situé dans un premier temps à l'Institution Léon XIII à Châteauroux. Il devait ouvrir le quinzième jour de la mobilisation, c'est-à-dire le 16 août, mais l'utilisation du local pour le cantonnement de troupes puis pour l'internement d'Austro-Allemands nécessite des travaux de nettoyage qui font que l'hôpital ne commence à fonctionner que le 21 août 1914. En outre, prévu pour 200 lits, les locaux n'ont pu en accueillir que 190. Le 1er septembre 1916, l'hôpital fusionne avec les hôpitaux complémentaires n°1 et n°29 et s'installe à l'asile de Bitray près de Châteauroux. Le 22 août 1917, l'hôpital complémentaire n°25 est cédé au Service de Santé américain. Initialement destiné aux malades et aux blessés, il est affecté à partir du 4 février 1916, aux malades non-contagieux et aux militaires hospitalisés pour observation. Durant sa période à l'asile de Bitray, l'hôpital complémentaire n°25 possède des moyens matériels supplémentaires du fait de la fusion et soigne les malades et les blessés. Il est aussi chargé de soigner les indigènes d'Afrique du Nord mais nous ne savons pas à partir de quand il a été chargé de cette mission. En outre, il

est le siège du service central du secteur médical de Châteauroux créé le 21 juin 1917 et dirigé par le docteur Turlais. Mais ce service n'y reste que peu de temps. Suite à la cession au Service de Santé américain, il déménage tout d'abord à l'hôpital mixte de Châteauroux puis à l'hôpital complémentaire n°41.

Hôpital complémentaire n°26 à Tours (Indre-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°26 est situé au lycée de jeunes filles de Tours, un lycée de construction récente et donc convenant parfaitement à l'installation d'un hôpital. L'hôpital fonctionne du 30 août 1914 au 13 août 1917, il a compté au maximum 300 lits. En août 1917, il est rendu à la mairie de Tours, la baisse des évacuations sanitaires sur la 9e région militaire permet alors de nombreuses restitutions de locaux. Initialement prévu pour soigner les malades et les blessés, l'hôpital est aussi affecté aux indigènes d'Afrique du Nord, au moins à partir du mois de novembre 1914. Il accueille le centre régional d'O.R.L. dirigé par le docteur Hautant à partir du mois de mars 1915 et ce, jusqu'au 25 juillet 1917 et la restitution du lycée le mois suivant. En outre, l'hôpital accueille à partir du mois de février 1916, un petit centre de prothèses maxillo-faciales pour les blessés du maxillaire supérieur qui auraient besoin des soins du centre d'O.R.L. Puis, en avril 1916, le directeur du Service de Santé de la 9e région militaire décide de transférer le centre de prothèse maxillo-faciale de l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers à l'hôpital complémentaire n°26. On souhaite améliorer les traitements et diminuer la durée d'hospitalisation des blessés relevant de ce centre. Il est alors dirigé par le chirurgien Ombrédanne mais le service de prothèse est sous la direction du docteur Monod. Le centre quitte l'hôpital en septembre 1916 et s'installe à l'hôpital complémentaire n°53 à Tours.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°26 possède deux annexes.

La première est située à Rochecorbon (Indre-et-Loire) et est aussi appelée hôpital bénévole n°120bis. Elle fonctionne du 17 octobre 1914 au mois d'août 1917. Elle est destinée aux convalescents du centre d'O.R.L. Après la fermeture de l'hôpital, cette annexe devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°2 et est affectée au centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales.

Concernant l'autre annexe située à Château-Renault (Indre-et-Loire), nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme en août 1917. Les vingt lits de cette annexe sont destinés au centre d'O.R.L. et plus particulièrement aux soldats en instance de réforme.

Hôpital complémentaire n°27 à Issoudun (Indre)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°27 est situé au groupe scolaire de la rue Michelet à Issoudun. Il possède 112 lits à son ouverture et fonctionne du 16 août 1914 au 31 décembre 1916. Si des blessés y ont été hospitalisés, l'hôpital est essentiellement destiné à soigner les malades. Durant son fonctionnement, 1 344 malades et blessés ont été hospitalisés à cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°28 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital complémentaire n°28 est situé à l'école primaire supérieure de garçons, place de l'Académie à Angers. L'hôpital fonctionne du 21 août 1914 au 30 avril 1919. Sa capacité hospitalière, initialement de 180 lits est portée au maximum à 300 lits. L'hôpital complémentaire n°28 est une formation médico-chirurgicale qui accueille en septembre 1917, le service central du secteur chirurgical d'Angers dirigé par le chirurgien Lapeyre. Ceci fait suite à la cession de l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers) au Service de Santé américain. Il conserve ce rôle jusqu'à la démobilisation. Durant son existence, 6 881 blessés et malades ont été soignés dans cet hôpital.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°28 possède plusieurs annexes parmi lesquelles des hôpitaux bénévoles.

La clinique des Augustines, rue Saint-Léonard à Angers, est une annexe de l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers depuis son ouverture le 3 septembre 1914. Elle devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°28 le 27 octobre 1917. Elle ferme le 15 janvier 1919 et possédait trente-huit lits.

L'hôpital bénévole n°1bis situé à l'ouvroir Saint-Joseph, rue Fulton à Angers, est ouvert du 31 août 1914 au 31 décembre 1918. Il possède vingt lits.

L’hôpital n°2bis est une annexe de l’hôpital bénévole n°1bis et est probablement une annexe de l’hôpital complémentaire n°28. Il est situé au couvent de la Visitation, rue de Frémur à Angers, mais nous ignorons quand il a fonctionné ainsi que ses capacités hospitalières et sa fonction médicale.

L'hôpital bénévole n°14bis, possédant vingt-cinq lits, est situé au château Rouvoltz à Chaumont-d'Anjou (Maine-et-Loire). Nous ignorons sa date d'ouverture mais il ferme le 31 décembre 1918 et aurait compté au maximum vingt-cinq lits.

L'hôpital bénévole n°26bis, quarante-deux lits, est situé dans une maison de retraite de la rue de l'Esvière à Angers. Cette annexe est ouverte du mois d'août 1914 au 15 avril 1919.

L'hôpital bénévole n°38bis, cinquante lits, est situé à la clinique Saint-Louis de la rue Saint-Laud à Angers. Cette annexe fonctionne de la fin du mois d'août 1914 au 25 mars 1919.

L'hôpital bénévole n°67bis, qui possèderait au maximum soixante-dix lits, est situé au Cercle Saint-Pierre de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). Il est ouvert de la fin du mois d'août 1914 au mois de septembre 1917.

Concernant l'hôpital bénévole n°131bis, quatre-vingts lits au maximum, il est situé à l'hôpital civil de Durtal (Maine-et-Loire). Nous ignorons quand il a ouvert, très probablement en 1914 comme beaucoup d'hôpitaux mixtes. Il ferme le 31 décembre 1918. Il s'agit aussi d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers, nous ne savons pas quand il est devenu une annexe de l'hôpital complémentaire n°28.

Hôpital complémentaire n°29 à Châteauroux (Indre)

L'hôpital complémentaire n°29 est situé à l'école normale d'instituteurs de Châteauroux, plus précisément à Saint-Christophe. Il comprend quatre-vingt-onze lits lors de son ouverture le 20 août 1914. Cet hôpital n'était pas prévu avant la guerre mais le Service de Santé s'intéressait à ce local pour y installer un hôpital complémentaire en cas de conflit, ce qui explique la date d'ouverture. Il ferme le 7 septembre 1916 et fusionne avec les hôpitaux complémentaires n°1 et n°25. Au début de la guerre, l'hôpital soigne des blessés avant de se consacrer exclusivement aux malades. Durant son existence, 1 378 malades et blessés ont été soignés à cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°30 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°30 est situé à l'hôtel Torterue, l'hôtel particulier de monsieur Torterue, rue de la Grandière à Tours (Indre-et-Loire). Le bâtiment est réquisitionné par le Service de Santé et l'hôpital ouvre le 18 septembre 1914, il compte alors soixante-dix lits. Après des aménagements et le départ du propriétaire qui occupait un étage, la capacité hospitalière est portée à 259 lits. L'hôpital ferme ses portes le 30 janvier 1920. Originellement prévu pour hospitaliser les officiers, l'hôpital possède un service de psychiatrie et de chirurgie au début du conflit. Le 10 novembre 1914, l'hôpital complémentaire n°30 est désigné pour accueillir un service d'ophtalmologie mais les services de psychiatrie et de chirurgie subsistent à l'hôpital.

Le service d'ophtalmologie est alors mis en place par le docteur Castelain puis par le docteur Terrien qui prend la tête du centre régional d'ophtalmologie en février 1915, les services de psychiatrie et de chirurgie sont alors supprimés. Le centre régional d'ophtalmologie reste à l'hôpital complémentaire n°30 jusqu'à la démobilisation.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°30 possède plusieurs annexes qui servent pour la plupart à désengorger le centre d'ophtalmologie.

La première est située à la colonie pénitentiaire de Mettray (Indre-et-Loire) et est également appelée hôpital bénévole n°85bis. Elle fonctionne du 16 octobre 1914 au mois d'août 1915 et aurait compté au maximum quarante lits.

La seconde est située dans un hôtel particulier appartenant au baron d'Auvray et situé au n°21 de la rue de Clocheville à Tours. Elle fonctionne du 20 octobre 1914 au 25 mars 1919 et compterait au maximum vingt-trois lits.

La troisième est située à l'école de filles de la rue Voltaire à Tours. Elle fonctionne du 5 octobre 1915 au 14 juillet 1917 et compterait au maximum 118 lits.

La quatrième est située dans un patronage au n°38 de la rue Léon Boyer à Tours et compte soixante-dix lits à son ouverture en octobre 1917. Nous ne savons pas quand elle a été fermée.

La dernière est située dans un immeuble au n°13 de la rue de Jérusalem à Tours, elle est parfois mentionnée comme l'annexe J de l'hôpital complémentaire n°30. Elle fonctionne du mois d'avril 1918 au 10 février 1920. Cette annexe accueille le centre régional de dermatologie-vénéréologie à partir du mois d'avril 1918, un service de dermatologie-vénéréologie y fonctionne jusqu'à la fermeture de l'annexe. Elle aurait compté au maximum 114 lits.

Hôpital omplémentaire n°31 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°31 est situé à l'hôtel de la Tournelle, au n°63 du boulevard Béranger à Tours. Il s'agit d'un hôtel particulier appartenant à monsieur Belle, sénateur d'Indre-et-Loire. Il le met gracieusement à la disposition du Service de Santé qui y aménage un hôpital avec l'aide de l'Alliance Française et des dons de la population. L'hôpital complémentaire n°31 ouvre le 10 octobre 1914 et ferme le 11 février 1919. Il aurait compté au maximum 145 lits. Durant la guerre, des soldats relevant de différentes spécialités médicales y sont soignés. L'hôpital soigne des malades, jusqu'en mai 1918, et des petits blessés ; son service chirurgical

est classé en catégorie C et fonctionne jusqu'au mois de décembre 1916. Les indigènes d'Afrique du Nord sont aussi soignés à cet hôpital, probablement à partir de la fin de l'année 1915. Le centre d'O.R.L. possède trente lits à l'hôpital à partir du mois d'août 1917 et ce, jusqu'à la démobilisation. Un service d'appareillage pour les mutilés a fonctionné à l'hôpital en mai 1916. En outre, un service de neurologie fonctionne à cet hôpital de janvier à mai 1918.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°31 possède plusieurs annexes durant le conflit, certaines ne sont pas médicales, l'hôpital étant en réalité composé de plusieurs bâtiments voisins.

La première annexe est un immeuble particulier mis gracieusement à la disposition de l'hôpital par monsieur Boué et situé au n°68 de la rue Jules Charpentier à Tours. Elle fonctionne du mois d'octobre 1914 au mois d'octobre 1917. Cette annexe reçoit les malades et les blessés de la garnison ainsi que les soldats rapatriés d'Allemagne.

Une deuxième annexe est située dans un immeuble particulier loué à monsieur Cornet et situé au n°79 de la rue Jules Charpentier à Tours. Elle fonctionne du 10 octobre 1914 au 11 février 1919 et est utilisée pour loger les infirmiers de l'hôpital.

Une troisième annexe est située dans un local au n°83 de la rue Jules Charpentier à Tours. Elle fonctionne du 10 octobre 1914 au 11 février 1919 et est occupée par les services du vestiaire et de la lingerie de l'hôpital où travaillent des dames de l'Alliance Française.

Une quatrième annexe est située dans un immeuble au n°66 du boulevard Béranger à Tours. Il a été mis gracieusement à la disposition de l'hôpital par son propriétaire, monsieur Perreau. L'annexe fonctionne du mois de janvier 1915 au 17 avril 1919 et compte quarante-cinq puis cinquante lits. Du 12 mai au 30 juin 1916, cette annexe accueille le centre de prothèse orthopédique et d'appareillage de la 9^{e} région militaire dirigé par le chirurgien Ombrédanne. À partir du mois d'août 1917, cette annexe accueille le centre régional d'O.R.L. et ce, jusqu'à la démobilisation.

La cinquième annexe est située dans un immeuble au n°105 de la rue Jules Charpentier à Tours. L'immeuble est loué à monsieur Florisson. L'annexe fonctionne du 1er juin 1915 au 11 février 1919. Elle est destinée aux indigènes fiévreux et aurait compté au maximum trente-trois lits.

Hôpital complémentaire n°32 à Tours (Indre-et-Loire)

Voir hôpital bénévole n°115bis.

Hôpital complémentaire n°33 à Tours (Indre-et-Loire)

Voir hôpital bénévole n°116bis.

Hôpital complémentaire n°35 à Tours (Indre-et-Loire)

Voir hôpital bénévole n°117bis.

Hôpital complémentaire n°36 à Chenonceaux (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°36 est situé au château de Chenonceau. Lors de son ouverture, le 14 septembre 1914, il possède 120 lits. Il ferme le 31 décembre 1918. Cet hôpital est offert et financé durant toute son existence par le sénateur de Seine-et-Marne et industriel Gaston Menier qui possède le château. Le 10 août 1914, il offre au Service de Santé de prendre en charge la transformation du château en un hôpital chirurgical de premier ordre possédant notamment une salle de radiologie et un pavillon pour réaliser des opérations aseptiques. Il réclame quelques contreparties en échange. Il souhaite que certaines personnes soient affectées à l'hôpital mais on ne sait pas si le Service de Santé a donné suite à cette demande. D'autre part, madame Georges Menier, probablement la femme du fils du sénateur, membre de la S.S.B.M., est affectée à la formation mais nous ne savons pas si elle l'est depuis l'ouverture de celle-ci. L'hôpital soigne des malades et des blessés mais sa situation géographique, trop à l'écart des courants d'évacuation sanitaire, ne permet pas de tirer tous les bénéfices de l'installation radiochirurgicale de l'hôpital. Durant son existence, 2 258 malades et blessés ont été soignés dans cet hôpital.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°36 possède une annexe située à la salle des fêtes de Bléré (Indre-et-Loire), dont nous ne connaissons pas la date d'ouverture, mais qui ferme en décembre 1916. Elle aurait compté au maximum quarante lits.

L'hôpital complémentaire n°36 possède une seconde annexe à l'hôpital civil de Bléré. Nous ne savons pas depuis quand cette annexe existe mais elle ferme en juillet 1917. Elle aurait compté au maximum quarante lits.

Hôpital complémentaire n°37 à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°37 est situé à l'ancien orphelinat Saint-Joseph à Sainte-Radegonde, une propriété de monsieur Radenac qui semble avoir été réquisitionnée.

Initialement, un autre local devait accueillir cet hôpital. Les raisons de ce changement ne nous sont pas entièrement connues mais l'ancien orphelinat offrait des capacités hospitalières plus importantes. Il a été créé notamment grâce à un don du comité de l'U.F.F. de Tours et il fonctionne du 21 décembre 1914 au 4 juillet 1919. Il aurait possédé au maximum 250 lits. L'hôpital complémentaire n°37 est destiné aux contagieux, son organisation a été faite par le docteur tourangeau Baudouin, médecin-chef de l'hospice général de Tours. L'installation d'un hôpital pour contagieux provoque les plaintes des riverains mais celles-ci sont balayées par les autorités civiles et militaires. L'hôpital complémentaire n°37 est un formidable outil dans la lutte contre les maladies contagieuses et complète l'organisation militaire et civile de lutte contre ces maladies. Durant son existence, 4 497 soldats y ont été soignés.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°37 possède une annexe située à « L'Ermitage », une propriété de l'hospice général de Tours contigüe à l'hôpital. Celle-ci ouvre en février ou mars 1915 et nous ignorons sa date de fermeture. Elle est destinée à accueillir les convalescents de l'hôpital complémentaire n°37.

Hôpital complémentaire n°38 à Bressuire (Deux-Sèvres)

L'hôpital complémentaire n°38 est à l'origine une annexe de l'hôpital complémentaire n°9 de Parthenay (Deux-Sèvres) qui commence à hospitaliser des soldats le 19 novembre 1914. Cette annexe, créée grâce à un « Comité de Patronage » de la ville, est située à l'école supérieure de garçons, boulevard de Saumur à Bressuire. L'annexe devient l'hôpital complémentaire n°38 à partir du 1er janvier 1915 et ferme au mois d'octobre 1917. Il aurait compté au maximum 125 lits. Il soigne des blessés jusqu'en décembre 1916 et des malades jusqu'à sa fermeture.

Hôpital complémentaire n°39 à Poitiers (Vienne)

L'hôpital complémentaire n°39 est situé dans le nouvel Hôtel des Postes, rue de Grailly à Poitiers (Vienne). Il fonctionne du 15 mars 1915 au 25 janvier 1919 et aurait compté 290 lits au maximum. En avril 1916, l'hôpital complémentaire n°39 devient le service central du secteur chirurgical de Poitiers. Le service central, qui vient de quitter l'hôpital complémentaire n°11 de Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres), est dirigé par le chirurgien Robineau. Son installation à Poitiers facilite la mission du docteur Robineau mais l'hôpital ne dispose pas de tous les équipements nécessaires à un service central de chirurgie. Après plusieurs demandes,

l’installation radiologique n’est achevée qu’en juillet 1917. L'hôpital complémentaire n°39 héberge le service central du secteur chirurgical de Poitiers jusqu'à la démobilisation. En janvier 1918, le chirurgien Baumgartner remplace le chirurgien Robineau à la tête du secteur chirurgical de Poitiers. Durant son fonctionnement, 5 120 malades et blessés ont été hospitalisés dans cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°40 et hôpital-dépôt de convalescents n°40 à Angers (Maine-et-Loire)

Situé à l’École Nationale d’Arts et Métiers d’Angers, l'hôpital complémentaire n°40 ouvre en janvier ou février 1915, il possède alors 300 lits et en compterait au maximum 320. Il devient un hôpital-dépôt de convalescents mais un service médical semble exister à l'hôpital. Le docteur Rocaz, chef du secteur médical d'Angers, y fait ses consultations en septembre 1917. En mai 1916, un service d’appareillage a existé dans cet hôpital. L'hôpital est transféré au n°46 de la rue Rabelais à Angers à la fin de l'année 1918 et y fonctionne jusqu'au 26 juillet 1923. Cette date de fermeture tardive peut s'expliquer par le maintien du centre spécial de réforme à cet hôpital afin de régler les situations médico-légales des anciens soldats de la Première Guerre mondiale.

Annexes :

L'hôpital complémentaire n°40 possède deux annexes.

La première est « l’ambulance Bessonneau » située à Angers. Cette annexe, appelée aussi hôpital bénévole n°112bis, est une ancienne annexe de l'hôpital complémentaire n°8, du 12 septembre 1914 au 24 octobre 1917, et de l'hôpital complémentaire n°6, du 24 octobre 1917 au 25 novembre 1918. Elle est une annexe de l'hôpital complémentaire n°40 à partir du 25 novembre 1918 et ferme le 30 janvier 1920.

La deuxième annexe est une ancienne annexe de l'hôpital complémentaire n°6 située à la communauté du Calvaire, rue Vauvert à Angers. Ouverte le 7 septembre 1914 comme annexe l’hôpital complémentaire n°6 à Angers, elle ne devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°40 que le 25 novembre 1918 et ferme le 25 mars 1919. Elle aurait compté au maximum quarante lits.

Hôpital complémentaire n°41 et hôpital-dépôt de convalescents n°41 à Châteauroux (Indre)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°41, parfois appelé hôpital complémentaire n°41, est situé au groupe scolaire des Capucins, avenue du général Ruby à Châteauroux. Il fonctionne à cet endroit du 16 janvier 1915 au 1er septembre 1916. Il déménage ensuite à l'Institution Léon XIII, place Lafayette à Châteauroux, et ferme ses portes le 19 février 1919. L'hôpital accueille le centre spécial de réforme de la place de Châteauroux mais il possède aussi une section médicale. Cette section médicale aurait compté au maximum 120 lits. L'hôpital accueille en outre le service central du secteur médical de Châteauroux, dirigé par le docteur Turlais, du mois d'octobre 1917 jusqu'à la démobilisation.

Hôpital complémentaire n°42 et hôpital-dépôt de convalescents n°42 à Châtellerault (Vienne)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°42 est situé dans une école, place de Russie à Châtellerault. Il y fonctionne du 20 janvier 1915 au 30 août 1916. Il devient alors l'hôpital complémentaire n°42 et est transféré dans une école privée de filles de la rue d'Autran à Châtellerault. Il aurait compté au maximum 110 lits. L'hôpital est mis en réserve le 24 janvier 1917 et est fermé au mois de septembre 1917. L'hôpital complémentaire n°42 est destiné aux malades.

Hôpital-dépôt de convalescents n°43 à Cholet (Maine-et-Loire)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°43 est situé à l'infirmerie de la caserne Tharreau (77e régiment d'infanterie) à Cholet. Il y fonctionne du 10 février 1915 au 31 août 1916. À cette date, l'hôpital-dépôt de convalescents est transféré à Angers, probablement à l'hôpital complémentaire n°40. Des démarches sont alors entreprises pour le transformer en hôpital complémentaire mais elles échouent à cause du faible nombre de soldats à hospitaliser. L'hôpital devient finalement une annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet mais nous ne savons pas à partir de quand. Cette annexe ferme le 31 décembre 1918.

Hôpital complémentaire n°44 et hôpital-dépôt de convalescents n°44 à Issoudun (Indre)

L'hôpital complémentaire n°44 est situé au collège communal, rue Colonel Louis, à Issoudun. Il ouvre le 15 septembre 1914 et compte alors 180 lits. Il ferme le 14 septembre 1916.

Cet hôpital a peut-être fonctionné comme un hôpital-dépôt de convalescents, il a aussi été affecté au traitement des malades. Durant son fonctionnement, 2 248 soldats y ont été hospitalisés.

Hôpital-dépôt de convalescents n°45 à Parthenay (Vienne)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°45 est situé à l'école normale d'instituteurs de Parthenay. Il y fonctionne du 15 janvier 1915 au 7 septembre 1916 et il aurait compté au maximum 180 lits. Destiné aux convalescents, il semble cependant avoir été affecté temporairement aux blessés en janvier 1916 à moins qu'il n'ait été visité par le chirurgien à la tête du secteur chirurgical de Poitiers ce mois-là.

Hôpital complémentaire n°46 et hôpital-dépôt de convalescents n°46 à Niort (Deux-Sèvres)

L'hôpital complémentaire n°46 est situé à l'Hôtel de la Roulière à Niort qui abrite l'École ménagère départementale. Il ouvre le 12 septembre 1914. Il semble avoir été transformé en hôpital-dépôt de convalescents n°46 en avril 1916, il fonctionne ainsi jusqu'à sa fermeture le 27 septembre 1916. Il aurait compté au maximum 120 lits. Le local a été mis gracieusement à la disposition du Service de Santé par la mairie de Niort. Lors des négociations des indemnités dues par le Service de Santé à la mairie de Niort, propriétaire de l'immeuble et des locaux, la formation est mentionnée comme hôpital complémentaire n°46. La frontière est donc mince entre les deux activités pour cet hôpital d'autant qu'il semble avoir hospitalisé des blessés en janvier 1916 et des malades en février et mars 1916.

Hôpital complémentaire n°47 et hôpital-dépôt de convalescents n°47 à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres).

L'hôpital complémentaire n°47 est situé à la caserne Canclaux à Saint-Maixent-l'École. Il fonctionne comme tel du 17 septembre 1914 au 1er septembre 1915. Il devient ensuite l'hôpital-dépôt de convalescents n°47 du 1er septembre 1915 au 1er septembre 1916 avant de redevenir l'hôpital complémentaire n°47 jusqu'à sa fermeture le 9 janvier 1918. L'hôpital est ensuite cédé au Service Santé américain qui le restitue en janvier 1919 mais le Service de Santé ne l'utilise pas, l'hôpital est alors fermé. Il aurait compté au maximum 110 lits qui ont été mis à

la disposition des blessés jusqu'en janvier 1918 et des malades, de manière ponctuelle jusqu'en janvier 1917.

Hôpital-dépôt de convalescents n°48 à Saumur (Maine-et-Loire)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°48 est situé au mess des officiers de l'école de cavalerie de Saumur. Il fonctionne du 27 septembre 1914 au début de l'année 1917 mais il a probablement été un hôpital complémentaire à sa création. L'hôpital auxiliaire n°105, du comité de l'U.F.F. de Saumur, s'installe dans ses locaux en 1917. Il est mentionné en juin et juillet 1916 dans des rapports de chirurgie mais il ne semble pas posséder de lits d'hospitalisation pour des blessés.

Hôpital-dépôt de convalescents n°49 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital-dépôt de convalescents n°49 est situé dans une caserne qui était une école religieuse, au n°2 de la rue de l'Hospitalité à Tours. Il ouvre le 12 février 1915 et compte alors 280 lits. Il semble compter au maximum 445 lits et ferme le 27 mai 1919. En septembre 1916, il devient un centre spécial de réforme ce qui accroît l'activité de l'hôpital.

Hôpital complémentaire n°50 à Saumur (Maine-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°50 est situé à l'ancienne caserne Feuquière à Saumur. Il ouvre le 1er avril 1915 et ferme le 4 juillet 1920. L'hôpital est destiné aux contagieux, des officiers américains y ont également été soignés. Il aurait compté au maximum 184 lits. L'hôpital possède l'un des premiers jardins militaires de la 9e région militaire et l'un des plus fleurissant. Durant son fonctionnement, 3 300 soldats ont été hospitalisés dans cette formation et son annexe.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°50 possède une annexe située à l'hôtel de la Guillonière à Saumur, il s'agit d'un hôtel réquisitionné. L'annexe ouvre en septembre 1918, elle possède alors quatre-vingts lits, et ferme le 23 juin 1920. Son ouverture tardive dans le conflit semble être due à la volonté du Service de Santé de disposer de suffisamment de lits pour libérer des locaux, notamment des écoles, tout en accompagnant la démobilisation.

Hôpital complémentaire n°51 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°51 est situé au groupe scolaire de la place Rabelais à Tours. Il ouvre le 2 juin 1915 et aurait compté au maximum 430 lits. Après des restitutions partielles pour rendre des locaux scolaires à l'enseignement public, il ferme le 12 décembre 1918. À l'origine, l'hôpital complémentaire n°51 est affecté aux centres de physiothérapie (180 lits), de neurologie (250 lits) et au service central du secteur chirurgical de Tours. Il fonctionne alors comme un dépôt de malades et de blessés qui suivent leur traitement à l'hôpital complémentaire n°2. Cependant, il est probable que des soins en mécanothérapie aient été donnés dans cette formation. Il devient un centre de neurologie le 20 mai 1917, ce qui nécessite des travaux dont la création d'une salle de traitements électriques. De janvier à mai 1918, l'hôpital devient le centre régional de neurologie. Il est ensuite abandonné par le centre et nous ne savons pas à quel service il a été affecté jusqu'à sa fermeture. Durant son fonctionnement, 7 207 soldats ont été hospitalisés dans cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°52 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°52 est situé au groupe scolaire de la place Velpeau à Tours. Il ouvre le 10 juin 1915 et possède alors 108 lits. Il en compterait 180 au maximum durant la guerre. Après plusieurs restitutions partielles afin de rendre des locaux à l'enseignement public, il ferme le 12 décembre 1918. L'hôpital est affecté au centre de physiothérapie jusqu'à la fin de la guerre et a notamment été un service de mécanothérapie élémentaire. On y emploie également la kinésithérapie et la balnéothérapie. Les blessés hospitalisés à l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°103 des Tilleuls de Saint-Symphorien (Indre-et-Loire) sont transférés à l'hôpital complémentaire n°52 à la fermeture de l'annexe en septembre 1917. En août 1918, une vingtaine de lits sont mis à la disposition du centre régional d'O.R.L. et une salle de pansements est aménagée pour ce centre. Il accueille ensuite les cas graves de blessure du larynx par les gaz. Ce dernier service ferme en septembre 1918.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°52 possède une annexe située à l'école de filles de la rue des Abeilles à Tours. Elle fonctionne du 15 juin 1915 au 15 septembre 1917. Elle possède à l'origine 121 lits et en compterait au maximum 165.

Hôpital complémentaire n°53 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°53 est situé au groupe scolaire de la place de la Liberté à Tours. Il ouvre le 4 août 1915 avec 150 lits. Après plusieurs restitutions partielles afin de rendre des locaux à l'enseignement public, il ferme le 10 février 1919. Dans un premier temps, l'hôpital est affecté au centre de physiothérapie. C'est un service de mécanothérapie élémentaire et un dépôt pour les soldats devant suivre un traitement à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Le service de mécanothérapie élémentaire est supprimé en juillet 1916, il a été transféré à la caserne Baraguey d'Hilliers de Tours. En septembre 1916, le service de prothèses maxillo-faciales, qui dépend du centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales, s'installe à l'hôpital. Le service est alors dirigé par le docteur Monod puis par le docteur Fargin-Fayolle à partir du mois d'octobre 1917. Le service reste à l'hôpital jusqu'à la démobilisation. Durant son fonctionnement, 1 570 soldats ont été hospitalisés dans cette formation.

Hôpital complémentaire n°54 à La Tricherie (Beaumont) (Vienne)

L'hôpital complémentaire n°54 est situé au château de Beaudiment à La Tricherie. Il fonctionne du 18 juillet 1915 au 15 janvier 1919 et possède au maximum 205 lits durant la guerre. En juin 1915, le centre d'ophtalmologie dispose d'un local à l'hôpital mais il n'est définitivement aménagé qu'en septembre. Ce service n'existe plus en janvier 1916. L'hôpital complémentaire n°54 soigne aussi des blessés jusqu'en février 1917. Des malades y sont hospitalisés. Les paludéens du secteur médical de Poitiers et probablement ceux de la 9^{e} région militaire y sont hospitalisés à partir du mois d'avril 1917. Durant son fonctionnement, 1813 soldats ont été hospitalisés dans cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°55 à Poitiers (Vienne)

L'hôpital complémentaire n°55 est situé à l'ancien évêché de Poitiers. Nous ne savons pas quand il a été ouvert mais il semble avoir fusionné avec l'hôpital complémentaire n°18 en octobre 1916. Ce dernier fonctionnait depuis le 16 août 1914 au sein de l'école normale d’instituteurs à Poitiers. Il est aussi possible que les deux formations aient cohabité au sein des mêmes locaux. L'hôpital complémentaire n°55 a été affecté au centre de physiothérapie, il s'agissait d'un dépôt de physiothérapie. Cette mission semble avoir été poursuivie par l'hôpital complémentaire n°18 jusqu'en mai 1917 mais les rapports mentionnent l'hôpital complémentaire n°55 et non cet hôpital.

Hôpital complémentaire n°56 Saumur (Maine-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°56 est situé à l'infirmerie de l'école de cavalerie de Saumur. Il ouvre le 1er avril 1916 et possède alors quatre-vingt-sept lits. Il ferme le 8 septembre 1917, l'hôpital est alors cédé au Service de Santé américain. L'hôpital accueille le service central du secteur chirurgical de Saumur, dirigé par le chirurgien Duroux, du mois de mai 1916 au mois d'août 1917, le secteur est alors supprimé et partagé entre ceux de Tours et d'Angers.

Hôpital complémentaire n°57 à La Roche-Posay (Vienne)

L'hôpital complémentaire n°57 est situé à l'Hôtel du Parc qui est l'hôtel de l'établissement thermal de La Roche-Posay. Il ouvre en janvier 1916 et compte alors 137 lits. Il ferme le 21 janvier 1917. Cet hôpital est utilisé par le centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire pour soigner certaines maladies de la peau. Le manque de résultats et le coût de son utilisation par le Service de Santé font que l'hôpital est abandonné. Des malades semblent y être hospitalisés en décembre 1916.

Hôpital complémentaire n°58 à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°58 est situé au château de Mongazon à Angers. Il ouvre le 16 mars 1917 et ferme le 1er septembre 1917, il est alors transféré au Service de Santé américain. Il aurait compté au maximum 286 lits. En mars 1917, le service central du secteur médical d'Angers, dirigé par le docteur Rocaz, est transféré de l'hôpital complémentaire n°6 d'Angers à l'hôpital complémentaire n°58. Il est suivi du service central du secteur chirurgical d'Angers, dirigé par le chirurgien Lapeyre, en avril 1917 ; le service était auparavant à l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers. Si l'hôpital complémentaire n°58 satisfait ces deux chefs de service, il manque cependant une installation radiologique pour en faire un hôpital de premier ordre. Elle n’est jamais installée suite au transfert de l’hôpital au Service de Santé américain. Le service central de médecine est alors transféré à l'hôpital complémentaire n°6 et celui de chirurgie à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers. L'hôpital semble avoir été récupéré par le Service de Santé en 1919, ce dernier l'utilise pour restituer des locaux à Angers, notamment les écoles, tout en accompagnant la démobilisation.

Hôpital complémentaire n°59 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital complémentaire n°59 est situé à l'école d'apprentissage Desteur à Tours. Il est ouvert du mois de juin 1918 au 9 mai 1919 et possède cinquante-six lits au maximum. Il est utilisé par le centre de psychiatrie, dirigé par le psychiatre Kahn. Les travaux d'aménagement débutent en mai 1918, l'hôpital commence à fonctionner en juin mais les travaux semblent n'être achevés qu'en octobre 1918. Lors de la démobilisation, l'hôpital accueille un service de neuropsychiatrie.

Annexe :

L'hôpital complémentaire n°59 semble disposer d'une annexe qui est aussi une annexe de l'hôpital complémentaire n°2. Elle est située à Parçay-Meslay (Indre-et-Loire) dans un château mis gracieusement à la disposition du Service de Santé par madame Lefèvre. Elle fonctionne du 15 novembre 1917 au 11 février 1919. Cette annexe est un service de psychiatrie et plus particulièrement une formation où est pratiquée une psychothérapie par le travail agricole. Il est aussi possible que le rattachement à l'hôpital complémentaire n°2 ne soit qu'administratif.

Hôpital complémentaire n°60 aux Ormes (Vienne)

L'hôpital complémentaire n°60 est situé au château des Ormes. Mis à la disposition du Service de Santé par la comtesse d'Argenton, il est ouvert du 1er décembre 1918 au 8 août 1919 et compterait au maximum 120 lits. Il est utilisé pour soigner les petits blessés et les soldats victimes des gaz de combat mais faiblement atteints. Durant son fonctionnement, 301 soldats ont été soignés dans cette formation.

Dépôt de convalescents à Tours (Indre-et-Loire)

Situé à la caserne Meusnier, il s'agit d'un dépôt pour éclopés et blessés légers créé à la suite de la dépêche n°418 4/11 datée du 12 septembre 1914 du ministre de la Guerre. Il s'agit d'une structure mixte qui s'apparente à une grande infirmerie d'un corps de troupe destinée à accueillir les hospitalisés sortant des formations sanitaires et ne nécessitant aucun régime ou soin particulier. Ces hospitalisés sont soumis aux règlements des troupes sauf en ce qui concerne leurs soins, ces structures apparaissent comme la dernière étape avant le retour au dépôt. La caserne Meusnier accueille une formation de ce type mais nous ne savons pas précisément à partir de quand. Elle ferme en novembre 1914.

Dépôt de physiothérapie de la caserne Baraguey d'Hilliers à Tours (Indre-et-Loire)

Situé à la caserne Baraguey d'Hilliers, où est cantonné le 66e régiment d'infanterie, le dépôt de physiothérapie y fonctionne du mois d'août 1916 au 10 février 1918. Il était auparavant à l'hôpital complémentaire n°53 de Tours. Ce dépôt sert principalement de dortoir pour les soldats qui doivent suivre un traitement au centre régional de mécanothérapie ou bien dans un autre service de mécanothérapie de la ville. Cependant, on ne peut exclure l'emploi de traitements de mécanothérapie simples dans cette formation.

Infirmerie de la Poudrerie Nationale du Ripault à Monts (Indre-et-Loire)

Cette infirmerie existe avant la guerre, les ouvriers sont par ailleurs soignés par un médecin de Montbazon (Indre-et-Loire). Cependant, elle connaît un essor durant le conflit avec l'accroissement de la population ouvrière. Des baraquements sont construits pour accueillir des salles de consultation, une salle pour la pharmacie et les pansements, une petite salle d'opération, une salle de désinfection et d'épouillage, des douches, un bain et des cellules d'isolement pour les contagieux. L'infirmerie aurait compté au maximum quatre-vingt-douze lits. Les cas les plus graves sont soignés à l'hôpital mixte de Tours. Le docteur Gougerot, chef du centre régional de dermatologie-vénéréologie, met progressivement en place à la poudrerie une organisation de lutte contre les maladies vénériennes. Elle comprend une propagande antivénérienne menée auprès de la population ouvrière de différentes nationalités. Une consultation est mise en place en janvier 1918 et en juillet 1918, un cabinet gynécologique est installé dans la cité ouvrière qui jouxte la poudrerie, il est suivi par d'autres cabinets prophylactiques pour les hommes et les annamites. Nous ne savons pas ce qu'il advient de ces installations après la démobilisation.

Pharmacie régionale du Service de Santé aux Armée à Tours (Indre-et-Loire)

Située au n°26 de la rue Marceau à Tours, la pharmacie régionale a été créée au début de la guerre et ne doit fonctionner que durant celle-ci. Son rôle est de constituer des stocks de médicaments et de matériel médical mais elle peut aussi effectuer des analyses médicales ou fabriquer des médicaments pour répondre à des demandes spécifiques comme c'est le cas du centre de dermatologie-vénéréologie. Son but est de réaliser des économies en se fournissant en grande quantité puis en délivrant les médicaments et le matériel à prix réduit aux hôpitaux mais aussi aux militaires et à leur famille. Un but qui n'est pas toujours atteint.

Annexe :

La pharmacie régionale possède une annexe au n°37 de la rue Léon Boyer à Tours mais nous ne savons pas quand elle fut ouverte. Elle a probablement été fermée le 15 avril 1919. Cette annexe sert d'entrepôt pour la pharmacie régionale.

Magasin régional d'approvisionnement du Service de Santé de Châteauroux (Indre)

Nous ignorons où cette structure était située à l'origine dans Châteauroux d'autant qu'elle comprend plusieurs sites dans la ville au début de la guerre pour faire face aux besoins. Dans le même temps, le Service de Santé loue puis achète à la société Balsan, des bâtiments et des terrains au n°63 de la rue de la Manufacture. C'est sur ce site que le dépôt régional du Service de Santé de Châteauroux va devenir une usine de production et de stockage de matériel pour les formations de la région mais aussi de tout le territoire. Le 14 décembre 1914, il est réorganisé et est spécialisé dans les objets de couchage et la confection de vêtements d'hôpital et d'objets de pansement. Puis le 10 janvier 1915, il devient un magasin général d'approvisionnement du Service de Santé. Le site est progressivement modernisé, il est directement relié au réseau ferré, il compte différents ateliers, notamment de carderie et de matelasserie, et possède plus de 36 000 m³ de capacité de stockage. Environ 2 000 ouvrières travaillent pour le magasin, sur le site ou bien dans la région de Châteauroux. Nous ignorons comment cette structure a évolué après la guerre.

Dépôt du matériel régional du Service de Santé à Tours (Indre-et-Loire)

Situé place Velpeau à Tours, cette structure est à l'origine une annexe du dépôt régional de Châteauroux. Elle devient autonome le 6 février 1915 et prend le titre de dépôt de matériel régional du Service de Santé. Son rôle est d'approvisionner en matériel et pansements les formations sanitaires de la région. Pour répondre aux besoins, le dépôt s'agrandit mais nous ignorons quand. Un local est loué rue Blaise Pascal à Tours en attendant la construction d'un baraquement rue Félix Faure à Tours et qui offre 1 200 m² pour le stockage du matériel. Nous ignorons à partir de quand ces deux locaux ont commencé à fonctionner. En outre, des locaux sont aussi affectés au dépôt à Saint-Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire), aux camps du petit Habeau et de la République à Tours, mais nous ignorons à partir de quand. Une annexe du magasin central du Service de Santé a par ailleurs été ouverte à Angers et sert de lieu de stockage.

Magasin d'approvisionnement du Service de Santé aux Armées de la 9e région militaire à Tours (Indre-et-Loire)

Ce type de structure est créé par le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire le 25 octobre 1916 dans le but de réaliser des économies dans l'approvisionnement des formations sanitaires en denrées alimentaires et en matériel. Ce magasin est situé dans une ancienne épicerie de gros de la place Plumereau à Tours. Il commence à fonctionner le 1er janvier 1917 et est dirigé par l'officier d'administration de Luze, commerçant dans le civil. Le magasin prend de plus en plus d'importance mais la volonté de réaliser d'importantes économies connaît parfois des dérives qui se traduisent par l'achat de denrées alimentaires périmées ou de matériel inadapté au fonctionnement des hôpitaux.

Annexes :

Le magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire contrôle aussi l'entrepôt répartiteur de vin situé à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire), dont nous ignorons la date de création, et qui a un objectif similaire.

Le magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire possède une annexe située au n°24 de la place du Grand Marché à Tours et qui est un magasin de légumes frais. Cependant, nous ne savons pas quand elle a été ouverte.

Blanchisserie militaire du Service de Santé de Tours (Indre-et-Loire)

Cette structure dépend du magasin d'approvisionnement du Service de Santé de la 9e région militaire, son gestionnaire en est à l'origine. Son objectif est de faire réaliser des économies aux formations sanitaires de la place de Tours. La blanchisserie commence à fonctionner le 7 mai 1917 tout d'abord dans une blanchisserie fermée depuis dix-huit mois et située avenue de Grammont à Tours auquel s'ajoute un bateau-lavoir situé sur le Cher. Pour répondre à l'accroissement de son activité, la blanchisserie déménage dans un local plus vaste et bien équipé, situé boulevard Marchant-Duplessis à Tours, à la fin de l'année 1917. Cette blanchisserie ne rend pas tous les résultats escomptés, ce qui n'empêche pas son gestionnaire de vouloir implanter une structure similaire à Poitiers. Nous ignorons si celle-ci a été créée.

Laboratoire de bactériologie d'Angers ou laboratoire régional d'analyses chimiques (Maine-et-Loire)

Nous ignorons à partir de quand il fonctionne. Ce laboratoire est notamment situé à l'hôpital complémentaire n°6 d'Angers et est adjoint au service central du secteur médical d'Angers. Il réalise les analyses d'urine, de suc gastrique, de sang et de selles pour le compte de ce service. En mars 1917, ce laboratoire suit le service central à l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers). À la perte de cet hôpital, suite à sa cession au Service de Santé américain, le laboratoire a très probablement suivi le service central à l'hôpital bénévole n°5bis à Angers.

Laboratoire de bactériologie de Châteauroux (Indre)

Ce laboratoire a été créé le 10 juillet 1916 à l'hôpital mixte de Châteauroux mais nous ignorons s'il a été transféré dans une autre structure durant la guerre.

Laboratoire de bactériologie de Poitiers (Vienne)

Ce laboratoire est mis à la disposition du Service de Santé aux Armées par l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers mais nous ne savons pas à partir de quand. Il a très probablement été développé par le bactériologiste et pasteurien Nattan-Larrier. Ce médecin est affecté à Châtellerault à la mobilisation et le 31 janvier 1915, il est transféré au laboratoire de bactériologie de Poitiers où il demeure jusqu'au 30 mai 1915 et son départ pour le laboratoire de bactériologie de Tours. Il est remplacé par le docteur Courcoux, bactériologiste, qui est à la tête du laboratoire du 30 juin 1915 au 23 février 1916, nous ignorons qui lui succède. Ce laboratoire est complété par un laboratoire d'anatomie pathologique et un laboratoire de chimie. Ce dernier est situé à la Faculté des Sciences de Poitiers, quant au premier il est probablement situé à l'école de médecine de la ville. Le laboratoire de bactériologie est utilisé pour tous les examens.

Annexe :

Il ne s'agit pas réellement d'une annexe mais le laboratoire de bactériologie dispose d'une voiture de bactériologie offerte en février 1915 par le lieutenant de réserve Revel du 32^{e} régiment d'infanterie à Châtellerault (Vienne). Ce dernier souhaite être affecté à cette voiture en « échange » de ce don. Classé inapte à faire campagne, cette offre est acceptée et la voiture est équipée par le docteur Nattan-Larrier à l'Institut Pasteur.

Laboratoire de bactériologie de Saumur (Maine-et-Loire)

Nous ignorons où est situé ce laboratoire et à partir de quand il commence à fonctionner, au minimum à partir du 18 août 1915. À cette date, il n'est pas destiné à toutes les analyses, seulement aux suspicions de diphtérie et de méningite cérébro-spinale, le reste des examens est effectué au laboratoire de bactériologie de Tours. Nous ne savons pas comment cette structure a évolué par la suite.

Laboratoire de bactériologie de Tours (Indre-et-Loire)

Le laboratoire de bactériologie de Tours existe avant la guerre, probablement depuis 1910 et est situé au parc à fourrage, rue du Plat d'Étain à Tours. Le laboratoire connaît un essor important avec la guerre et l'arrivée du bactériologiste et pasteurien Nattan-Larrier à sa tête le 30 mai 1915. Ce dernier est par ailleurs adjoint technique du directeur régional du Service de Santé en charge des questions relevant de la bactériologie à partir de septembre 1915. Il améliore les équipements du laboratoire. Ses successeurs, les médecins Courcoux et Rist, développent les relations avec les médecins-chefs des différents centres de spécialités et avec les autorités civiles pour améliorer les traitements ainsi que la surveillance médicale de la population civile et militaire de la 9^{e} région militaire.

II- Hôpitaux civils et mixtes

Hospice civil d'Amboise (Indre-et-Loire)

L'hospice civil d'Amboise est aussi appelé hôpital bénévole n°124bis. Nous ne savons pas exactement depuis quand il a été utilisé pour hospitaliser les soldats mais il est ouvert au moins depuis septembre 1914. Cette mission prend fin le 12 décembre 1918. Il aurait compté quarante-cinq lits. Des blessés y ont été hospitalisés jusqu'en novembre 1916. L'hôpital a surtout été affecté aux malades.

Annexe :

L’hospice civil d’Amboise possède une annexe dans un pensionnat pour jeunes filles, rue Rabelais à Amboise. Nous ignorons quand elle a commencé à fonctionner mais elle ferme le 12 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum cinquante-trois lits affectés aux malades.

Hôtel-Dieu d'Angers (Maine-et-Loire)

L'Hôtel-Dieu d'Angers soigne des soldats dès avant la Première Guerre mondiale et est alors un hôpital mixte. L'Hôtel-Dieu d'Angers débute le conflit alors qu'il négocie une nouvelle convention avec le Service de Santé, la précédente couvrant la période du 1er janvier 1910 au 31 décembre 1914, doit s'achever prochainement. Les indemnités journalières lors de l'entrée en guerre sont de 2,07 francs pour les caporaux et soldats, 2,35 francs pour les sous-officiers, 4,35 francs pour les officiers subalternes et 5,15 francs pour les officiers supérieurs. Il obtient une augmentation de l'indemnité journalière en 1916, les prix sont de 2,70 francs pour les caporaux et soldats et de 2,90 francs pour les sous-officiers, ils ne changent pas pour les deux autres catégories. Cette convention s'appliquant du 1er janvier 1915 au 31 décembre 1919, l'Hôtel-Dieu obtient pour la période du 2 août 1914 au 31 décembre 1914, une augmentation de certaines indemnités, 2,25 francs pour les caporaux et les soldats et 2,52 francs pour les sous-officiers. Ses comptes menacés par l'inflation, l'Hôtel-Dieu obtient deux augmentations, en 1917 et en 1918, portant l'indemnité journalière de base à 4,18 francs. Pour 1919 et 1920, il réclame 5,67 francs, ce qui correspond au prix de revient de l'hospitalisation des soldats. Nous ignorons combien de lits comptait l'hôpital mixte d'Angers lors de l'entrée en guerre mais il en aurait possédé au maximum 650 durant le conflit. L'hôpital soigne des malades et des blessés et il possède un service de radiologie dès avant la guerre. Un service d'électrologie est mentionné dans les rapports en janvier, juillet et août 1915. Un sous-centre de dermatologie-vénéréologie y est installé depuis le mois de mai 1916, non sans certaines difficultés. Ce service déménage dans la structure dite « Le Refuge » en avril 1917, qui accueille également le service annexe d'Angers, il est dirigé par le docteur angevin Papin. Enfin, un service d'O.R.L. est mentionné dans des rapports en janvier 1916.

Hospice civil d'Argenton-Château (Deux-Sèvres)

Appelé également hôpital bénévole n°94bis, il hospitalise des soldats du 5 septembre 1914 au mois d'août 1917. À l'origine, il compte trente lits pour les militaires, ce qui semble être son maximum durant cette période. Il est principalement affecté aux malades mais des blessés, probablement en convalescence, y ont été soignés jusqu'en décembre 1916.

Hôpital civil d'Argenton-sur-Creuse (Indre)

Appelé également hôpital bénévole n°125bis, nous ne savons pas à partir de quand des soldats y ont été soignés. Soixante-dix lits au maximum auraient été affectés aux militaires. Il cesse de les hospitaliser le 16 décembre 1918. Durant cette période, il est principalement affecté aux malades mais il possède aussi quelques lits pour les petits blessés ou les convalescents.

Hôpital civil de Baugé (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°126bis, il commence probablement à soigner les soldats en septembre 1914. Il aurait affecté au maximum quatre-vingt-dix lits aux militaires et a achevé de les hospitaliser le 31 décembre 1918. Il est affecté aux malades jusqu'en septembre 1917 et soigne des blessés jusqu'au 31 décembre 1918.

Hospice des incurables de Baugé (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°122bis, il hospitalise des soldats du 17 septembre 1914 au 31 décembre 1918 et aurait mis à leur disposition au maximum cinquante lits. Il soigne des malades jusqu'en septembre 1917 puis il est ponctuellement mentionné dans les rapports de médecine. Il soigne aussi des blessés jusqu'au mois de septembre 1917.

Hospice civil de Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire)

Cet hospice civil soigne des soldats du mois d'août 1914 au mois de septembre 1917 et aurait mis au maximum 108 lits à leur disposition. Durant cette période, il est affecté aux malades et aux blessés.

Hôpital civil de Bécon (Maine-et-Loire)

Cet hôpital civil hospitalise des soldats du mois de septembre 1914 au mois d'août 1917 et aurait mis au maximum vingt-deux lits à leur disposition. Durant cette période, il semble n'avoir été affecté qu'aux malades.

Hôpital général du Blanc (Indre)

L'hôpital général du Blanc hospitalise très probablement des soldats dès avant la guerre de par la présence d'une partie du 68^{e} régiment d'infanterie dans la ville, l'autre partie est alors stationnée à Issoudun (Indre). Nous ignorons combien de lits sont mis à la disposition des

militaires avant la guerre, ainsi que les indemnités journalières pour ces hommes. Durant la Première Guerre mondiale, l'hôpital aurait mis au maximum 120 lits à la disposition des militaires. Il est affecté aux malades et aux blessés mais un service d'ophtalmologie est mentionné à cet hôpital en février 1916.

Annexes :

L'hôpital général du Blanc possède deux annexes durant la guerre.

La première est située à la clinique Coiffou au Blanc. Nous ignorons à partir de quand elle devient une annexe de l'hôpital mais elle cesse de l'être en juin 1917. Durant cette période, elle n'est affectée qu'aux malades.

La seconde est située au collège communal du Blanc. Nous ignorons à quelle date cette formation a été créée et quand elle a cessé d'être une annexe de l'hôpital civil du Blanc. Elle aurait compté au maximum 220 lits et a été affectée aux malades et aux blessés.

Hôpital civil de Bléré (Indre-et-Loire)

Annexe de l'hôpital complémentaire n°36 de Chenonceaux (Indre-et-Loire), nous ne savons pas à partir de quand elle a hospitalisé des soldats mais elle ne le fait plus à partir du mois de juillet 1917. L'hôpital aurait affecté au maximum quarante lits pour les soldats. Durant cette période, il a été affecté aux malades et aux blessés.

Hôpital civil de Bourgueil (Indre-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°127bis, il hospitalise des soldats du 12 septembre 1914 au 15 mai 1919 et aurait affecté au maximum trente-cinq lits pour ces derniers. L'hôpital a hospitalisé des malades et des blessés.

Hospice civil de Bressuire (Deux-Sèvres)

Nous ne savons pas à partir de quand l'hôpital de Bressuire a commencé à hospitaliser des soldats mais il a arrêté de le faire en octobre 1917. Durant cette période, il hospitalise uniquement des malades.

Hôpital civil de Buzançais (Indre)

L'hôpital commence à hospitaliser des soldats en septembre ou en octobre 1914 et le fait jusqu'en octobre 1917. Quarante lits au maximum auraient été mis à leur disposition. L'hôpital

a hospitalisé des blessés jusqu'en septembre 1916. Mentionné dans les rapports de médecine à partir de juin 1917, il est probable qu'il ait hospitalisé des malades avant, il continue de les soigner jusqu'en octobre 1917.

Hôpital civil de Candé (Maine-et-Loire)

Cet hôpital est prêt à hospitaliser ses premiers soldats à la fin du mois d'août 1914 mais ceux-ci n'arrivent que le 2 septembre 1914. Il aurait mis au maximum soixante-dix-sept lits à la disposition des soldats et ceci jusqu'en mars 1917. Durant cette période, il hospitalise des blessés. Jusqu'en septembre 1916, il soigne aussi des malades. Il est aussi appelé hôpital bénévole n°9bis dans certains rapports mais il semble que cette formation soit en réalité la clinique Saint-Martin à Angers (Maine-et-Loire).

Annexe :

L'hôpital civil de Candé possède une annexe située à l'école publique de filles de Candé. Elle reçoit ses premiers soldats le 2 septembre 1914 mais a probablement été ouverte en août. Elle cesse d'hospitaliser les soldats en mars 1917. Dans certains rapports, cette annexe est appelée hôpital bénévole n°1bis ou n°9bis. Cette dernière appellation tend à la confondre avec l'hôpital civil, ce qui pourrait signifier que la formation sanitaire de Candé est composée de deux locaux. Il semble s’agir d’une erreur car l’hôpital bénévole n°9bis est réalité la clinique Saint-Martin à Angers (Maine-et-Loire).

Asile de vieillards de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°123bis, nous ne savons pas à partir de quand cet asile a commencé à hospitaliser des soldats, une tâche qu'il achève le 31 décembre 1918. Quarante lits au maximum auraient été mis à la disposition de ces derniers. Durant cette période, il semble n'avoir été affecté qu'aux blessés.

Hospice Saint-Jacques de Charroux (Vienne)

Appelé également hôpital bénévole n°107bis, l'hospice a hospitalisé des soldats du 7 septembre 1914 au mois de février 1917, il aurait mis au maximum vingt lits à leur disposition. Il aurait soigné des blessés jusqu'en avril 1916 et des malades durant toute cette période.

Hôpital civil de Château-la-Vallière (Indre-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°169bis, cet hôpital soigne des soldats du mois de septembre 1914 au mois de juillet 1916 et aurait mis au maximum 110 lits à leur disposition. L'hôpital soigne des blessés mais aussi des malades. Les rapports mentionnent cet hôpital jusqu'en novembre 1916 pour la chirurgie et juillet 1917 pour la médecine mais le registre matricule des militaires qui y ont été soignés est clos en juillet 1916.

Annexes :

L'hôpital civil de Château-la-Vallière possède plusieurs annexes durant le conflit, toutes situées à Château-la-Vallière, mais nous ignorons combien de temps elles ont fonctionné.

La première est située à l'école laïque de filles et aurait compté dix lits.

La seconde est située à l'école privée pour filles de madame Vetillart et aurait compté vingt-deux lits.

La troisième est située à la villa de monsieur Ridereau et dans une annexe de celle-ci. Elle aurait compté trente lits.

La quatrième est située à la maison de monsieur Garnier et aurait compté onze lits.

La dernière est située à la maison de monsieur Maulet et aurait compté vingt lits.

Hospice général de Châteauroux (Indre)

L'hospice général de Châteauroux hospitalise des soldats avant la Première Guerre mondiale. Il s'agit d'un hôpital récent, inauguré en août 1906 et qui commence à fonctionner en 1907. En temps de paix, deux pavillons à deux étages, construits sous la direction du Service du Génie, sont dévolus aux soldats de la garnison de Châteauroux. L'un des pavillons est réservé aux malades ou « fiévreux », l'autre est destiné aux blessés et aux malades contagieux (probablement aux vénériens). Le Service de Santé y dispose de soixante-sept lits. Au début du conflit, il obtient 223 lits supplémentaires grâce à la cession de pavillons et à la construction de baraquements dans les jardins. L'hôpital mixte aurait compté au maximum 420 lits. Du 2 août 1914 au mois de janvier 1915, l'hôpital est affecté aux blessés, puis il est transformé en un hôpital pour contagieux. En septembre 1917, il accueille le service central du secteur médical de Châteauroux, dirigé par le docteur Turlais. Ce service a quitté l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray (Indre) qui a été cédé au Service de Santé américain et est transféré à l'hôpital complémentaire n°41 le mois suivant. Du 2 août 1914 au mois de janvier 1915, un service de chirurgie aseptique fonctionne à l'hôpital mixte, il n'est pas destiné aux blessés de guerre mais

aux opérations du type des hernies et des appendicites. L'hôpital semble ne disposer d'une installation radiologique qu'à partir du mois de mai 1918. L'hôpital mixte est mentionné comme le service central du secteur chirurgical de Châteauroux même si les différents chefs de ce secteur opèrent dans d'autres hôpitaux de la ville. Ce secteur est dirigé par le chirurgien Labey jusqu'en octobre 1917, puis par le chirurgien Brin jusqu'en septembre 1918 et par le chirurgien Leuret jusqu'à la démobilisation. Le 1er janvier 1915, un cabinet dentaire de la garnison est ouvert à l'hôpital mixte. Le 10 juillet 1916, un laboratoire de bactériologie y est installé. Le 20 juillet 1916, un sous-centre de dermatologie-vénéréologie y est ouvert. En février et mars 1915, un service d'ophtalmologie est mentionné à l'hôpital. De plus, des baraquements sont affectés aux prisonniers de guerre. Avant la guerre, l'hospice général de Châteauroux reçoit comme indemnité journalière 2,10 francs pour les caporaux et soldats, 2,20 francs pour les sous-officiers, 3,32 francs pour les officiers et 3,82 francs pour les officiers supérieurs. Nous ne savons pas si ces indemnités ont été augmentées.

Hospice général de Châtellerault (Vienne)

L'hospice général de Châtellerault hospitalise des soldats dès avant la guerre. La convention passée avec le Service de Santé aux Armées en 1881 est toujours en vigueur lors de la mobilisation. Elle prévoit vingt-deux lits pour les soldats mais il est probable que ce nombre ait été modifié depuis 1881. Durant la guerre, 100 lits au maximum auraient été affectés aux militaires. Quant aux indemnités journalières, elles s'élèvent à l'entrée en guerre à 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,3 francs pour les sous-officiers, 3,1 francs pour les officiers et 4,6 francs pour les officiers supérieurs. Le 26 février 1916, il obtient une augmentation de ces indemnités et reçoit désormais 2,3 francs pour les caporaux et soldats, 2,6 francs pour les sous-officiers, 3,5 francs pour les officiers et 4,6 francs pour les officiers supérieurs. Le 22 décembre 1918, les indemnités sont de nouveau augmentées, l'hôpital reçoit alors 3 francs pour les caporaux et soldats, 3,3 francs pour les sous-officiers, 4,9 francs pour les officiers et 5,4 francs pour les officiers supérieurs. L'hôpital est affecté aux malades et aux blessés. Il possède une installation radiologique avant la guerre et son utilisation par le Service de Santé aux Armées au début de la guerre a été négociée : il doit ainsi payer 4 francs pour une radioscopie et 7 francs pour une radiographie. Il est probable que les conditions d'utilisation de cette installation aient évolué par la suite. Enfin, l'hospice général accueille aussi un service d'ophtalmologie de septembre 1916 à décembre 1917.

Annexe :

L'hôpital mixte de Châtellerault semble avoir possédé une annexe mais nous ignorons où celle-ci se situe ainsi que ses dates d'ouverture et de fermeture. Cette annexe accueille un service d'O.R.L. dirigé par le docteur Malinvault, un spécialiste local qui ne traite que les cas légers. Ce service n'est mentionné qu'en janvier 1916. Il est probable que cette annexe soit un service civil de l'hospice général ou que ce service d'O.R.L. n'a soigné des militaires que ce mois-ci.

Hôpital civil de Châtillon-sur-Indre (Indre)

Cet hôpital soigne des soldats du 5 septembre 1915 au 17 novembre 1918 et aurait mis au maximum quatre-vingt-trois lits à leur disposition. Il aurait soigné uniquement des malades.

Hôpital civil de La Châtre (Indre)

Cet hôpital soigne des soldats du 9 septembre 1914 au 16 décembre 1918 et aurait mis au maximum quatre-vingts lits à leur disposition. Durant cette période, l'hôpital soigne des malades mais aussi des blessés et ce, jusqu'en novembre 1916.

Hôpital civil de Chaudron-en-Mauges (Maine-et-Loire)

Annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), l'hôpital soigne des soldats du 6 mars 1915 au 23 août 1917 et leur aurait affecté au maximum quarante lits. L'hôpital soigne des blessés jusqu'en avril 1916 et des malades durant toute cette période.

Hôpital civil de Chauvigny (Vienne)

L'hôpital soigne des soldats du 7 septembre 1914 au mois de mars 1917 et leur aurait affecté quarante-cinq lits au maximum. Il soigne des malades et des blessés durant toute cette période.

Hôpital civil de Chinon (Indre-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°129bis, il soigne des soldats du 29 août 1914 au 25 mars 1919 et aurait mis à leur disposition un maximum de cinquante lits. L'hôpital soigne des blessés jusqu'en novembre 1916 et des malades durant toute cette période.

Hôpital civil de Chizé (Deux-Sèvres)

L'hôpital soigne des soldats du mois de septembre 1914 au 25 mars 1919 et aurait mis à leur disposition un maximum de cinquante lits. Des blessés y ont été hospitalisés au moins jusqu'en janvier 1916 et des malades jusqu'en juillet 1917.

Hospice général de Cholet (Maine-et-Loire)

L'hospice général de Cholet hospitalise des soldats dès avant la guerre. Soixante-huit lits leur sont destinés, l'hôpital en compterait au maximum 250 durant le conflit. L'hospice général débute la guerre avec les indemnités journalières datant de 1889 soit 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,15 francs pour les sous-officiers, 3,2 francs pour les officiers et 4,2 francs pour les officiers supérieurs. En décembre 1915, l'hospice général obtient une revalorisation des indemnités de vingt centimes pour toutes les catégories. Puis un an plus tard, il obtient une revalorisation de l'indemnité de base qui est portée à 2,5 francs. Elle est augmentée en décembre 1917, elle s'élève alors à 2,89 francs puis en juin 1918, elle est alors de 3,30 francs. L'hôpital soigne des malades, il devient un hôpital pour contagieux en mai 1918 pour les soldats de la classe 1919. Le service de radiologie semble exister en janvier 1915 puis à partir de septembre 1915. Il est supprimé en septembre 1916 puis recréé en juin 1918. Un service annexe pour les vénériens est créé à l'hospice général en janvier 1917.

Hospice civil de Civray (Vienne)

Annexe de l'hôpital auxiliaire n°101 de Poitiers (Vienne), l'hôpital soigne des soldats du 21 août 1914 au mois d'août 1917 et aurait mis à leur disposition un maximum de quarante-cinq lits. Durant cette période, il soigne des malades et des blessés.

Hospice civil de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°130bis et annexe de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers (Maine-et-Loire), l'hôpital soigne des soldats du 1er septembre 1914 au 31 décembre 1918. Cependant, il a probablement été affecté à cette tâche au mois d'août 1914. À l'origine, quatre-vingt-dix lits sont affectés aux soldats, le maximum serait de 130 lits. Durant cette période, l'hôpital soigne des malades et des blessés.

Annexe :

L’hospice civil possède une annexe située à Martigné-Briand (Maine-et-Loire). Elle reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 mais a très probablement été ouverte en août 1914. Elle semble cesser de fonctionner le 7 décembre 1914. Nous ignorons quelles furent sa fonction médicale et ses capacités hospitalières.

Hôpital civil de Durtal (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°131bis, nous ignorons quand il a commencé à soigner des soldats, très probablement en 1914, une tâche qu'il achève le 31 décembre 1918. Quatre-vingts lits au maximum auraient été mis à leur disposition. Durant cette période, l'hôpital a soigné des blessés tandis qu'il semble n'avoir soigné des malades que jusqu'en septembre 1917. Il est aussi une annexe de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers et de l'hôpital complémentaire n°28 mais nous ne savons pas quand il a été rattaché à ces formations.

Hôpital civil de Faye-l'Abbesse (Deux-Sèvres)

L'hôpital soigne des soldats du 20 septembre 1914 au mois d'août 1917. Il met initialement trente lits à leur disposition et le Service de Santé y disposerait au maximum de quatre-vingt-dix lits. Durant cette période, l'hôpital n'a soigné que des malades.

Hospice général d'Issoudun (Indre)

L'hospice général semble soigner des soldats dès avant la guerre. En effet, la ville d'Issoudun accueille une partie du 68e régiment d'infanterie, l'autre partie est cantonnée au Blanc (Indre). Nous ignorons combien de lits sont mis à la disposition des soldats en temps de paix ainsi que les indemnités journalières perçues par l'hospice général. Cependant, l'état des archives versées au Service de Santé ne mentionne l'hospitalisation des soldats que du 2 août 1914 au 28 février 1920. Durant la guerre, un maximum de 550 lits aurait été mis à la disposition des soldats. Il est destiné à soigner des malades et des blessés. Pour ces derniers, il ne dispose pas d'une installation radiologique jusqu'en août 1918. Un service annexe de dermatologie-vénéréologie fonctionne à l'hospice général à partir du mois de janvier 1917. Durant cette période, 3 367 malades et blessés ont été soignés à l'hospice général.

Hôpital civil de Levroux (Indre)

Nous ne savons pas à partir de quand cet hôpital a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire en janvier 1917 et aurait mis au maximum trente-huit lits à leur disposition. Il soigne des malades durant toute cette période et des blessés jusqu'en septembre 1916.

Hospice civil de Loches (Indre)

Appelé également hôpital bénévole n°133bis, nous ne savons pas à partir de quand l'hôpital a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire le 31 décembre 1918 et met au maximum vingt lits à leur disposition. Durant cette période, l'hôpital n'a soigné que des malades.

Hospice civil de Longué (Maine-et-Loire)

L'hospice soigne des soldats du 5 septembre 1914 au mois de juillet 1917 et affecte au maximum quatre-vingts lits aux militaires. Durant cette période, il soigne des malades. Il soigne aussi des blessés jusqu'en décembre 1916.

Hospice de Loudun (Vienne)

L'hospice de Loudun hospitalise des soldats dès avant la guerre. Une convention de 1884 est toujours en vigueur lors de l'entrée en guerre mais nous ignorons le montant des indemnités journalières perçues par l'hospice. Il semble que trente-neuf lits soient mis à la disposition des soldats en temps de paix. Au début de la guerre, un avenant à la convention fixe les prix à 2,10 francs pour les caporaux et soldats, 2,25 francs pour les sous-officiers, 3,44 francs pour les officiers et 4,20 francs pour les officiers supérieurs. Il est aussi probable qu'il s'agisse des indemnités d'avant-guerre. En juin 1915, les indemnités journalières sont revalorisées : 2,10 francs pour les caporaux et soldats, 2,30 francs pour les sous-officiers, 4,18 francs pour les officiers et 4,77 francs pour les officiers supérieurs. Quant au nombre de lits affectés aux soldats, il atteint un maximum de quatre-vingt-dix-neuf lits. L'hospice soigne 2631 malades et blessés du début de la guerre jusqu'au 1er octobre 1919.

Annexes :

L'hospice de Loudun possède deux annexes durant la guerre.

La première est située à l'école de filles, boulevard des Écoles à Loudun. Elle fonctionne du 29 août 1914 au mois de janvier 1917 et aurait compté vingt-huit lits à son ouverture.

La seconde est située à l'Institution Chavagnes à Loudun, un établissement d'enseignement privé. Elle fonctionne du 29 août 1914 au mois d'août 1917 et aurait compté trente-deux lits à son ouverture.

Hospice civil de Lusignan (Vienne)

L'hospice soigne des soldats du mois d'août 1914 au mois de septembre 1917 et aurait mis au maximum quarante-six lits pour les soins des soldats. Durant cette période, il soigne des malades et des blessés.

Annexe :

L'hospice civil de Lusignan possède une annexe située à l'école de garçons de la ville. Elle fonctionne du mois d'août 1914 au mois de juillet 1916.

Hospice civil de Martigné-Briand (Maine-et-Loire)

Nous ne savons pas à partir de quand l'hospice soigne des soldats mais il cesse de le faire en août 1917, il aurait mis au maximum vingt-cinq lits à leur disposition. Jusqu'en janvier 1917, il soigne des blessés et il soigne des malades jusqu'en août 1917.

Hospice de Maulévrier (Maine-et-Loire)

Il est appelé aussi hôpital bénévole n°134bis et est également une annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire). Nous ne savons pas à partir de quand il a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire le 12 décembre 1918. Il aurait mis au maximum vingt lits à leur disposition. Durant cette période, il soigne des malades et soigne des blessés jusqu'en décembre 1916.

Hospice des orphelins et vieillards de Melle (Deux-Sèvres)

Annexe de l'hôpital auxiliaire n°21 de Melle, il possède douze lits pour les militaires et commence à les soigner en septembre 1914. Nous ne savons pas quand cette formation a cessé de soigner les soldats.

Hospice civil de Ménigoute (Deux-Sèvres)

L'hospice soigne des soldats du 5 septembre 1914 au mois de mars 1917 et il aurait mis au maximum quarante-cinq lits à leur disposition. Il soigne des malades jusqu'en janvier 1917 et des blessés jusqu'en février 1917.

Hospice de Saive à Mettray (Indre-et-Loire)

Nous ignorons quand cet hospice a hospitalisé des soldats mais quinze lits ont été mis à leur disposition.

Hôpital civil de Mézières-en-Brenne (Indre)

Nous ignorons à partir de quand l'hôpital soigne des soldats mais il cesse de le faire en juin 1917. À l'origine, vingt lits sont mis à la disposition des soldats et au maximum vingt-neuf lits l'ont été. Il soigne des blessés jusqu'en septembre 1916 et des malades jusqu'en juin 1917.

Hôpital civil de Montmorillon (Vienne)

Appelé également hôpital bénévole n°135bis, il soigne des soldats du mois d'août 1914 au 25 mars 1919. Il offre initialement 150 lits aux soins des soldats et il en aurait affecté au maximum 160. Durant cette période, il soigne des malades et des blessés.

Hospice civil de Montreuil-Bellay (Indre-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°136bis, nous ignorons depuis quand il soigne des soldats mais il cesse de le faire le 25 mars 1919. Il aurait mis au maximum trente-et-un lits à leur disposition. Il soigne des malades et des blessés.

Hospice civil de La Mothe-sur-Sainte-Héray (Deux-Sèvres)

Nous ignorons quand l'hospice a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire en mars 1917. Il aurait mis au maximum vingt lits à leur disposition. Durant cette période, il soigne des malades et des blessés.

Hôpital civil de Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire)

Annexe de l'hôpital mixte de Tours (Indre-et-Loire), l'hôpital soigne des soldats à partir du 24 octobre 1914 et met à l'origine vingt lits à leur disposition. Nous ignorons quand il cesse de le faire ainsi que le type de malade ou de blessé soigné.

Hospice général de Niort (Deux-Sèvres)

L'hospice général de Niort soigne des soldats dès avant la guerre mais nous ignorons combien de lits sont mis à leur disposition en temps de paix. Quant à l'indemnité journalière, elle s'élève à 2,25 francs pour les caporaux et soldats avant la guerre ; la convention semble dater de 1911. Durant la guerre, 430 lits au maximum auraient été affectés aux soldats. De même, la convention s'achevant à la fin de l'année 1916, l'hospice réclame une augmentation du prix de base d'1,43 francs, soit une indemnité de 3,68 francs. Nous ne savons pas quel est le montant de la nouvelle indemnité et s'il y a eu par la suite de nouvelles augmentations. L'hôpital mixte de Niort soigne des malades et des blessés durant la guerre. Un service de radiologie fonctionne à l'hôpital à partir du mois de novembre 1917. Un service d'O.R.L. fonctionne du mois de février au mois de novembre 1917 et durant ce mois un service d'ophtalmologie a existé à l'hôpital. Un service annexe et un service ambulatoire en dermatologie-vénéréologie fonctionnent à l'hospice général à partir du mois de décembre 1916.

Hospice civil de Noyant-Méon (Maine-et-Loire)

L'hospice soigne des soldats du 27 septembre 1914 au mois de juillet 1917 et il aurait mis au maximum trente-trois lits à leur disposition. Il soigne des blessés jusqu'en décembre 1916 et des malades jusqu'en juillet 1917.

Hospice civil de Nueil-sous-Passavent (Maine-et-Loire)

L'hospice soigne des soldats du 3 septembre 1914 au mois de juillet 1917 et il aurait mis au maximum cinquante lits à leur disposition. Il soigne des blessés jusqu'en janvier 1917 et des malades jusqu'en juillet 1917.

Hospice d'Oiron (Deux-Sèvres)

L'hospice soigne des soldats à partir du mois de septembre 1914 mais nous ne savons pas jusqu'à quand. En outre, il aurait mis au maximum trente lits à la disposition des soins des soldats. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital général de Parthenay (Deux-Sèvres)

Il est probable que l'hôpital général de Parthenay soigne des soldats dès avant la guerre car la ville accueille une partie du 114e régiment d'infanterie, l'autre partie est stationnée à Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres). Cependant, nous ignorons combien de lits sont mis à la disposition des soldats et le montant des indemnités journalières. L'hôpital mixte de Parthenay soigne des malades et des blessés durant la guerre et aurait mis à leur disposition un maximum de 320 lits.

Annexes :

L'hôpital possède deux annexes durant la guerre.

La première est située à l'école de filles à Parthenay. Nous ignorons quand elle commence à soigner des soldats mais elle cesse de le faire le 12 décembre 1918 et elle aurait compté quatre-vingts lits.

La seconde est située au pensionnat « La Couldre » à Parthenay. Nous ignorons quand elle commence à soigner des soldats mais elle cesse de le faire le 25 mars 1919 et elle aurait compté soixante-quinze lits.

Hôtel-Dieu de Poitiers (Vienne)

L'Hôtel-Dieu de Poitiers soigne des soldats dès avant la guerre. Une convention de 1894 fixe le nombre de lits affectés aux militaires à 160, un projet de soixante-quatre lits supplémentaires est accepté en 1913 mais nous ne savons pas si ces lits existent au début de la guerre. Les indemnités journalières sont de 2,10 francs pour les caporaux et soldats, 2,25 francs pour les sous-officiers, 3,44 francs pour les officiers et 4,2 francs pour les officiers supérieurs. Durant la guerre, 380 lits au maximum auraient été mis à la disposition des soldats. En août 1916, les indemnités journalières sont augmentées avec effet rétroactif au 2 août 1914. L'Hôtel-Dieu perçoit 2,5 francs pour les caporaux et soldats, 2,7 francs pour les sous-officiers, 3,94 francs pour les officiers subalternes et 4,24 francs pour les officiers supérieurs. En mai 1918, les indemnités journalières sont de nouveau augmentées avec effet rétroactif au 1er janvier 1917.

L'Hôtel-Dieu perçoit 3,02 francs pour les caporaux et soldats, 3,22 francs pour les sous-officiers, 4,92 francs pour les officiers subalternes et 5,42 francs pour les officiers supérieurs. Durant le conflit, l'hôpital mixte soigne des malades et des blessés. L'Hôtel-Dieu dispose par ailleurs d'une installation radiologique qui date d'avant la guerre. Un service d'ophtalmologie y fonctionne de janvier à mars 1915. Un service d'O.R.L. existe en février 1916 et un service d'appareillage pour mutilés est mentionné en mai 1916. Enfin, l'hôpital mixte accueille un sous-centre de dermatologie-vénéréologie depuis le mois de mai 1916.

Annexes :

L'Hôtel-Dieu possède plusieurs annexes durant la Première Guerre mondiale.

La première est située à l'hospice de Pont-Achard de Poitiers, elle fonctionne du 3 septembre 1914 au 15 mai 1919. C'est aussi une annexe médicale de l'hôpital complémentaire n°18. Elle est également appelée hôpital bénévole n°121bis depuis le 1er novembre 1916, il est alors probable qu'elle ne soit plus une annexe de l'hôpital mixte de Poitiers mais elle est mentionnée ainsi dans des rapports de mars à octobre 1918. D'autres sources évoquent une structure indépendante. Elle compte à l'origine trente lits pour les soldats et en aurait compté au maximum trente-cinq. Durant cette période, elle semble ne soigner que des blessés mais il est probable que des malades y soient hospitalisés. L'hospice de Pont-Achard perçoit des indemnités journalières pour les soins de ces soldats : 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,10 francs pour les sous-officiers, 3,25 francs pour les officiers et 4 francs pour les officiers supérieurs. Cependant, cette convention passée avec l'Hôtel-Dieu est rompue à la fin du mois d'octobre 1916.

La seconde est située au pensionnat du Sacré-Cœur à Poitiers. Elle fonctionne du 8 septembre 1914 au 16 septembre 1917, elle devient alors une annexe de l'hôpital complémentaire n°15 de Poitiers. Elle aurait compté au maximum 257 lits. Cette formation est affectée à la chirurgie durant toute cette période. Elle est aussi affectée à la médecine jusqu'en avril 1916 et au centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales d'avril 1916 à janvier 1917. Elle accueille alors le service d'édentés auparavant installé à l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers (Maine-et-Loire). Le service est ensuite transféré à l'hôpital complémentaire n°53 de Tours (Indre-et-Loire). Enfin, du mois de janvier 1916 à septembre 1916, l'annexe accueille aussi un service d'ophtalmologie. Les rapports ne sont pas clairs concernant le devenir de ce service. Il semble avoir été transféré à l'hôpital complémentaire n°15 mais il est très probable qu'il soit resté dans cette annexe qui devient celle de cet hôpital.

La troisième annexe est située à la clinique de la Providence à Poitiers. Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au 25 mars 1919 et compte à l'origine quatre-vingts lits pour les soldats. Durant cette période, elle est affectée à la chirurgie mais aussi à la médecine jusqu'en mars 1916. La clinique de la Providence perçoit des indemnités journalières pour les soins de ces soldats : 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,10 francs pour les sous-officiers, 3,25 francs pour les officiers et 4 francs pour les officiers supérieurs. En novembre 1916, elle obtient une revalorisation des indemnités et perçoit désormais 2,45 francs pour les caporaux et soldats, 2,65 francs pour les sous-officiers, 3,84 francs pour les officiers subalternes et 4,14 francs pour les officiers supérieurs. Par ailleurs, l'annexe semble obtenir une application rétroactive de ces indemnités. En juillet 1918, ces indemnités sont revalorisées suite à l'augmentation obtenue par l'Hôtel-Dieu. La clinique reçoit 2,97 francs pour les caporaux et soldats, 3,17 francs pour les sous-officiers, 4,82 francs pour les officiers subalternes et 5,32 francs pour les officiers supérieurs. Ces prix s'appliquent du 1er janvier 1918 au 30 septembre 1918. Au 1er octobre 1918, la clinique doit percevoir 2,92 francs pour les caporaux et soldats, 3,12 francs pour les sous-officiers, 4,77 francs pour les officiers subalternes et 5,27 francs pour les officiers supérieurs.

La quatrième annexe est située à la maison de santé des Augustines Hospitalières. Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au 19 mars 1919. Elle compte vingt-cinq lits à l'origine et en aurait eu au maximum vingt-sept. Durant cette période, elle est affectée à la chirurgie mais aussi à la médecine jusqu'en mars 1916. La maison de santé des Augustines Hospitalières perçoit des indemnités journalières pour les soins de ces soldats : 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,10 francs pour les sous-officiers, 3,25 francs pour les officiers et 4 francs pour les officiers supérieurs. En décembre 1916, elle obtient une revalorisation des indemnités et perçoit désormais 2,45 francs pour les caporaux et soldats, 2,65 francs pour les sous-officiers, 3,84 francs pour les officiers subalternes et 4,14 francs pour les officiers supérieurs. Par ailleurs, l'annexe semble obtenir une application rétroactive de ces indemnités. En juillet 1918, ces indemnités sont revalorisées suite à l'augmentation obtenue par l'Hôtel-Dieu. La clinique reçoit 2,97 francs pour les caporaux et soldats, 3,17 francs pour les sous-officiers, 4,82 francs pour les officiers subalternes et 5,32 francs pour les officiers supérieurs. Ces prix s'appliquent du 1er janvier 1918 au 30 septembre 1918. Au 1er octobre 1918, la clinique doit percevoir 2,92 francs pour les caporaux et soldats, 3,12 francs pour les sous-officiers, 4,77 francs pour les officiers subalternes et 5,27 francs pour les officiers supérieurs.

La dernière annexe est l'asile d'aliénés de Poitiers, considérée comme telle dans les rapports, qui aurait mis au maximum vingt-cinq lits à la disposition des militaires. Ce service comprend les militaires internés et hospitalisés. Il est jugé vétuste par le psychiatre Kahn, chef du centre régional de psychiatrie de la 9e région, et sert aussi de « salle d'attente » pour les services de psychiatrie de Tours et de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Hôpital civil de Pouancé (Maine-et-Loire)

Nous ignorons quand l'hôpital a commencé à soigner des soldats, probablement en octobre 1914, mais il achève de le faire en mars 1917. Il aurait mis au maximum trente lits à leur disposition. Il soigne des malades jusqu'en septembre 1916 et des blessés jusqu'en mars 1917.

Hôpital civil de Preuilly-sur-Claise (Indre-et-Loire)

L'hôpital soigne des soldats du mois d'août 1914 au 26 août 1917. Il affecte, à l'origine, dix lits pour les soins des soldats et il leur aurait affecté au maximum cinquante-et-un lits. Durant cette période, l'hôpital soigne des malades et des blessés.

Annexe :

L'hôpital civil de Preuilly-sur-Claise possède une annexe située à l'école de filles de la ville. Nous ignorons quand elle commence à fonctionner, probablement entre août et octobre 1914, et quand elle cesse de soigner des soldats. Elle aurait compté trente lits.

Hospice civil du Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°106bis, l'hospice civil soigne des soldats d'août 1914 à septembre 1917. Il offre à l'origine dix lits pour les soins des soldats et il en compterait au maximum vingt. Il soigne des blessés jusqu'en décembre 1916 et des malades jusqu'en septembre 1917.

Hôpital civil de Richelieu (Indre-et-Loire)

Nous ignorons quand l'hôpital commence à soigner des soldats mais il cesse de le faire en octobre 1916. Il compte vingt lits pour les soins des soldats. Durant cette période, l'hôpital soigne des malades.

Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire)

L'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire est une formation qui joue un rôle important dans l'organisation médicale de la 9e région militaire. Au début de la guerre, cette structure est militarisée, mais elle continue d'hospitaliser et d'interner des civils, et son médecin-chef et directeur, le docteur Baruk est mobilisé sur place. Il pourrait s'agir d'un hôpital mixte indépendant mais son fonctionnement est lié à l'Hôtel-Dieu d'Angers (Maine-et-Loire), notamment pour le versement des indemnités journalières. C'est pourquoi nous le considérons comme une formation militaire. Le docteur Baruk met en place l'un des premiers services ouverts de psychiatrie en France qui permet de soigner les militaires ayant une maladie psychiatrique en évitant de les interner. Ce service d'hospitalisation aurait compté au maximum quatre-vingts lits auxquels s'ajoutent trente lits à l'asile. Le nombre maximal de lits affectés aux militaires aurait été de 113. Cette structure est destinée aux cas les plus difficiles, comme le service central de psychiatrie de Tours. Les indemnités journalières perçues par l'asile sont calquées sur celle de l'Hôtel-Dieu d'Angers et l'asile profite des augmentations obtenues par ce dernier. Ainsi, les indemnités journalières lors de l'entrée en guerre sont de 2,07 francs pour les caporaux et soldats, 2,35 francs pour les sous-officiers, 4,35 francs pour les officiers subalternes, 5,15 francs pour les officiers supérieurs. En 1916, les indemnités sont réévaluées, l'asile perçoit 2,70 francs pour les caporaux et les soldats, 2,90 francs pour les sous-officiers, 4,35 francs pour les officiers subalternes et 5,15 francs pour les officiers supérieurs. En outre, il obtient une revalorisation rétroactive du 2 août 1914 au 31 décembre 1914, soit 2,25 francs pour les caporaux et les soldats et 2,53 francs pour les sous-officiers. En novembre 1917, les indemnités journalières sont revalorisées et l'asile perçoit 3,30 francs pour les caporaux et soldats et 3,50 francs pour les sous-officiers, les autres montants restent inchangés. En novembre 1918, les indemnités journalières sont revalorisées et l'asile perçoit 4,18 francs pour les caporaux et les soldats, 4,38 francs pour les sous-officiers, 5,35 francs pour les officiers subalternes et 6,15 francs pour les officiers supérieurs avec effet rétroactif au 1er janvier 1918.

Hospice général de Saint-Maixent-l'École (Deux-Sèvres)

L'hospice général de Saint-Maixent-l'École soigne des soldats dès avant la guerre, la ville accueillant une partie du 114e régiment d'infanterie, l'autre partie est cantonnée à Parthenay (Deux-Sèvres). Par ailleurs, une école militaire d'infanterie est située dans cette ville. Cependant, nous ignorons combien de lits ont été mis à la disposition des militaires ainsi que le

montant des indemnités journalières versées à l'hospice général. Durant la guerre, il aurait compté au maximum 160 lits pour les militaires malades et blessés.

Hospice civil de Saint-Mathurin-sur-Loire (Maine-et-Loire)

L'hospice civil commence à soigner les soldats le 1er septembre 1914, mais il a très probablement été organisé dans ce but à la fin du mois d'août. Il cesse de soigner des soldats en 1915. Nous ignorons sa fonction médicale.

Annexe :

L'hospice civil de Saint-Mathurin-sur-Loire compte une annexe située à l'école publique de filles de la ville et qui fonctionne du mois d'août au mois d'octobre 1914.

Hôpital des vieillards de Saint-Pardoux (Deux-Sèvres)

L'hôpital commence à soigner les soldats le 21 septembre 1914 et cesse de le faire en 1915. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hospice civil de La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire)

Appelé également hôpital bénévole n°95bis, nous ignorons quand l'hospice commence à soigner des soldats mais il cesse de le faire en juin 1917. Il aurait offert au maximum quarante-deux lits pour les soins des soldats.

Hospice général de Saumur (Maine-et-Loire)

L'hospice général de Saumur soigne des soldats dès avant la guerre, une convention signée en 1905 fixe l'indemnité journalière à 2,10 francs pour les caporaux et les soldats, 2,25 francs pour les sous-officiers, 3,44 francs pour les officiers subalternes et 4,20 francs pour les officiers supérieurs. Nous ignorons combien de lits sont mis à la disposition des soldats en temps de paix mais ce nombre est augmenté dès le début de la guerre, il aurait atteint au maximum 160 lits pendant le conflit. Les indemnités journalières sont revalorisées en mars 1916, l'hospice général perçoit, avec effet rétroactif au 1er janvier 1915, 2,80 francs pour les caporaux et soldats, 3 francs pour les sous-officiers, 4,58 francs pour les officiers subalternes et 5,08 francs pour les officiers supérieurs. Durant la Première Guerre mondiale, l'hôpital mixte de Saumur soigne des malades et des blessés. Pour ces derniers, une installation radiologique n'a existé qu'à partir du mois de novembre 1918. L'hôpital mixte accueille aussi un service

d'O.R.L. en janvier 1915 et un service d'ophtalmologie de janvier à mars 1915. En mars 1917, un service annexe de vénéréologie est créé à l'hospice général. Par ailleurs, l'hôpital mixte soigne des prisonniers de guerre au début de la guerre et semble-t-il, jusqu'à l'été 1915.

Hôpital civil de Thouars (Deux-Sèvres)

Nous ignorons quand exactement l'hôpital civil de Thouars a commencé à soigner des soldats, probablement dès le début du conflit. Durant la guerre, il aurait compté au maximum 143 lits pour les soldats malades et blessés. Nous ignorons quand l'hôpital civil cesse de soigner des soldats.

Asile Gatien de Clocheville de Tours (Indre-et-Loire)

L'Asile Gatien de Clocheville a été inauguré en 1881. Il doit son existence à la comtesse de Clocheville qui accomplit la volonté de son fils décédé en 1853 à 19 ans et qui souhaitait qu'elle utilise une partie de sa fortune pour créer cet asile destiné aux enfants pauvres et malades. À la veille de la guerre, cet asile est sous la direction de monsieur Faucheux, légataire testamentaire de la comtesse de Clocheville. C'est ce dernier qui propose d'hospitaliser des soldats à l'asile, en contradiction avec le but de cette structure. D'autre part, le Service de Santé aux Armées est très intéressé par cette formation qui dispose d'une excellente installation radiochirurgicale. L'asile, appelé également hôpital bénévole n°97bis, fonctionne alors du 30 août 1914 au 10 avril 1920. Afin de préserver les intérêts de l'asile, il est à l'origine une annexe de l'hôpital mixte de Tours et offre gracieusement douze lits pour soigner les militaires. Les militaires hospitalisés à l'asile sont alors choisis par les médecins de ce dernier à l'hôpital mixte. Ce nombre est porté à dix-sept peu de temps après, suite aux besoins du Service de Santé en lits hospitaliers, puis à cinquante grâce à une subvention de la comtesse de Béarn. Elle met fin à cette subvention, ce qui oblige l'asile à demander une indemnité journalière au Service de Santé en novembre 1914. Il reçoit alors 2,05 francs pour les caporaux et soldats, 2,20 francs pour les sous-officiers, 3,40 francs pour les officiers subalternes et 4,20 francs pour les officiers supérieurs. Par la suite, il ne semble pas que l'asile obtienne une revalorisation. Le nombre de lits affectés aux militaires est quant à lui augmenté et il atteint au maximum quatre-vingts lits. S'il hospitalise des malades jusqu'en juin 1917, l'asile est avant tout une formation chirurgicale de premier ordre dirigée par le chirurgien Ombrédanne à partir du mois de mars 1915. Ce chirurgien dirige le secteur chirurgical de Tours jusqu'à la démobilisation et son service central

est situé à l'hôpital complémentaire n°2 au lycée Descartes de Tours. L'asile est ainsi destiné à soigner les blessés les plus graves, le chirurgien Ombrédanne y pratique aussi des opérations relevant du centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales à partir de juillet 1916. L'arrivée du chirurgien Ombrédanne permet aussi de pallier la pénurie de personnel chirurgical à l'asile et elle s'avère particulièrement heureuse car ce dernier est un spécialiste en chirurgie infantile. L'asile cesse d'hospitaliser des soldats en avril 1921 malgré les récriminations du chirurgien Boureau, membre du comité d'administration, qui souhaite les voir partir au plus tôt pour que l'asile retrouve sa vocation première. Ces derniers, gravement blessés et nécessitant de longs soins, sont alors transférés à l'hôpital mixte de Tours.

Hospice général de Tours (Indre-et- Loire)

L'hospice général de Tours hospitalise des militaires dès avant la guerre. L'hôpital mixte de Tours dispose de 188 lits, un nombre insuffisant en temps de paix pour répondre aux besoins de la garnison de la ville. Un projet de construction d'un hôpital régional à Tours existe, des terrains ont même été achetés par le ministère de la Guerre dans ce but et les travaux doivent être entrepris lorsque la guerre éclate en 1914. L'hôpital ne dispose pas de tous les équipements nécessaires pour en faire un hôpital de premier ordre, l'absence d'un service de radiologie lui est préjudiciable. Avant la guerre, les relations sont parfois tendues entre la direction militaire de l'hôpital mixte et la commission administrative de l'hospice générale. Ainsi, des tensions surviennent régulièrement au sujet de l'occupation de salles civiles pour l'hospitalisation de militaires, notamment lors des périodes d'épidémies hivernales. En outre, la commission administrative est en pleine renégociation de la convention qui fixe l'indemnité journalière versée par le Service de Santé aux Armées pour l'hospitalisation des soldats lorsque la Première Guerre mondiale débute. La précédente date de 1895 et fixe les indemnités journalières à 2,05 francs pour les caporaux et soldats, 2,20 francs pour les sous-officiers, 3,40 francs pour les officiers subalternes et 4,20 francs pour les officiers supérieurs. Le déclenchement du conflit suspend pour un temps ces négociations.

Peu avant la déclaration de la mobilisation générale, le médecin-chef de l'hôpital mixte obtient 130 lits supplémentaires ; l'hôpital mixte de Tours aurait compté au maximum 500 lits. La commission administrative rouvre les négociations sur l'indemnité journalière qui est augmentée en octobre 1916, avec effet rétroactif au 1er janvier 1913. L'hospice général perçoit alors 2,50 francs pour les caporaux et soldats, 2,70 francs pour les sous-officiers, 4,20

francs pour les officiers subalternes et 4,70 francs pour les officiers supérieurs. En outre, ces montants sont majorés à dater du 2 août 1914 et s'élèvent à 3,07 francs pour les caporaux et soldats, 3,27 francs pour les sous-officiers, 5,03 francs pour les officiers subalternes et 5,53 francs pour les officiers supérieurs. La nouvelle convention s'achevant le 31 décembre 1917, de nouvelles négociations débutent en 1917 mais n'aboutissent qu'après la guerre.

Durant la guerre, l'hôpital mixte de Tours soigne des malades et des blessés et est plus particulièrement affecté à la garnison de la place de Tours. À la fin de l'année 1914, un service de chirurgie orthopédique est créé à l'hôpital mixte sous la direction du chirurgien tourangeau Guillaume-Louis. Dans le même temps, le pharmacien tourangeau Métadier aide à la création d'un service de mécanothérapie et d'électrothérapie dirigé par le docteur Devaux qui est ensuite transféré à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. À partir du mois de juillet 1916, l'hôpital mixte accueille le service de vénéréologie du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région dirigé par le docteur Gougerot. Auparavant situé à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours, il en a été « chassé » par les plaintes des parents d'élèves refusant que leurs enfants côtoient des malades vénériens. Le service dermatologie rejoint l'hôpital mixte à son tour en janvier 1918, l'hôpital complémentaire n°3 ayant été cédé au Service de Santé américain. Ces services demeurent à l'hôpital mais le centre régional est transféré en mai 1918 à l'annexe de l'hôpital complémentaire n°30 située rue de Jérusalem à Tours. Un service de psychiatrie est également ouvert en décembre 1917 et fonctionne jusqu'en avril 1918. Il est remplacé en juin 1918 par le service de psychiatrie situé à l'hôpital complémentaire n°59 à Tours. Ce service est distinct de celui de l'asile et est dirigé par le psychiatre Kahn, chef du centre régional de psychiatrie.

Annexes :

L'hôpital mixte de Tours possède plusieurs annexes durant le conflit.

La première est l'annexe Saint-François qui semble être située à La Riche (Indre-et-Loire), une commune limitrophe de Tours. Nous ignorons combien de temps elle a fonctionné ainsi que son nombre de lits et son rôle dans les soins des soldats.

La seconde annexe est située au château de Valmer à Chançay (Indre-et-Loire) et porte aussi le nom d'hôpital bénévole n°71bis. Elle soigne des soldats du 7 septembre 1914 au 15 septembre 1915 et compterait vingt lits.

La troisième annexe est située au château de Ker Maria à Saint-Symphorien (Indre-et-Loire), une commune limitrophe de Tours (rattachée à la ville en 1964). Elle fonctionne du 11 septembre 1914 au 25 novembre 1915 et compterait cinquante lits.

La quatrième annexe est située à la « Villa Dupleix » à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire), elle est également appelée hôpital bénévole n°74bis. Elle commence à soigner les soldats le 22 septembre 1914 et cesse de le faire en 1918. Cette annexe est affectée à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

La cinquième annexe est située au château de Poillé à Charentilly (Indre-et-Loire), elle est également appelée hôpital bénévole n°72bis. Elle fonctionne du 26 septembre 1914 au 13 juillet 1916 et compterait vingt lits. Cependant, elle est mentionnée dans les rapports de chirurgie jusqu'en décembre 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en juin 1917.

La dernière annexe est située à l'hôpital civil de Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire). Elle commence à soigner des soldats à partir du 24 octobre 1914 et met à l'origine vingt lits pour les soins des soldats. Nous ignorons quand elle cesse de le faire ainsi que le type de malade ou de blessé qui y est soigné.

Hôpital civil de Valençay (Indre)

L'hôpital commence à soigner les soldats le 10 septembre 1914 et cesse de le faire le 9 mars 1917. Durant cette période, l'hôpital met vingt lits à leur disposition.

Hospice civil de Vatan (Indre)

Appelé également hôpital bénévole n°37bis, l'hospice civil soigne des soldats du 4 septembre 1914 au 16 décembre 1918. Il aurait compté au maximum 100 lits. Il est affecté aux malades et aux blessés.

Annexe :

L'hospice civil a possédé une annexe située dans un patronage de Vatan. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 16 décembre 1918. Elle aurait compté trente-sept lits au maximum.

III- Hôpitaux bénévoles

Hôpital bénévole n°1bis à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers, est situé à l'ouvroir Saint-Joseph de la rue Fulton à Angers. Il fonctionne du 31 août 1914 au 31 décembre 1918 et aurait compté au maximum vingt-quatre lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine du mois de janvier 1918 jusqu'à sa fermeture.

Annexe :

L'hôpital aurait possédé une annexe située au couvent de la Visitation, rue de Frémur à Angers, qui est par ailleurs appelée hôpital bénévole n°2bis. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée ainsi que ses capacités hospitalières et sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°2bis à Angers (Maine-et-Loire)

Cet hôpital situé au couvent de la Visitation, rue de Frémur à Angers, semble avoir été une annexe de l'hôpital n°1bis d'Angers. Nous ignorons quand il a été ouvert et fermé ainsi que ses capacités hospitalières et sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°3bis au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire)

Situé dans une école privée de filles de la ville, nous ignorons quand l'hôpital a été ouvert d'autant qu'il est également une annexe de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers (Maine-et-Loire) depuis le 30 septembre 1915. L'hôpital cesse de fonctionner en février 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°4bis à Chenillé-Changé (Maine-et-Loire)

Situé au château des Rues appartenant à la famille Rougé, l'hôpital est également une annexe de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers (Maine-et-Loire). Il fonctionne du mois de septembre 1914 au 12 décembre 1918. Il compte vingt lits à l'ouverture et compterait au maximum cinquante-quatre lits. Il est affecté à la chirurgie durant son existence et à la médecine jusqu'en septembre 1917.

Hôpital bénévole n°5bis à Angers (Maine-et-Loire)

Situé au couvent Saint-Charles, rue de la Meignanne à Angers, il fonctionne du 15 septembre 1914 au 10 décembre 1918. Il aurait compté au maximum quatre-vingt-dix lits. De mai à octobre 1916, il a été affecté à la chirurgie et durant toute sa période de fonctionnement, il a été affecté à la médecine. En septembre 1917, l'hôpital reçoit une partie des malades évacués de l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers) qui a été cédé au Service de Santé américain. Le mois suivant, il accueille le service central du secteur médical d'Angers alors dirigé par le médecin major de 1ère classe Rocaz. Ce dernier est remplacé par le médecin aide-major de 1ère classe Caïn le mois suivant et l'hôpital demeure le service central jusqu'à la démobilisation. Pendant ce temps, le médecin major de 2e classe Leven prend provisoirement la tête du service en février 1918 puis le docteur Caïn est remplacé par le médecin aide-major de 1ère classe Philibert qui dirige le service d'août à novembre 1918. Le médecin major de 2e classe Roguet est le dernier chef du service central en décembre 1918.

Hôpital bénévole n°6bis au Lion-d'Angers (Maine-et-Loire)

Situé dans une école, l'hôpital fonctionne du 2 octobre 1914 au mois de décembre 1918. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°7bis à Angers (Maine-et-Loire)

Situé à la communauté du Bon Pasteur, rue Brault à Angers, l'hôpital fonctionne du 14 octobre 1914 au 15 janvier 1919. Il aurait compté au maximum cinquante lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en octobre 1916. Dans des rapports de chirurgie, l'hôpital est mentionné comme une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 de février à avril 1916. Il s'agit probablement de l'hôpital complémentaire n°6, car l'hôpital auxiliaire n°6 est à Saumur (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°9bis à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°6 d'Angers, est situé à la clinique Saint-Martin, rue du figuier à Angers. Nous ignorons quand l'hôpital a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire le 15 janvier 1919. Il aurait compté au maximum cinquante lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais semble avoir été mis en

réserve du mois de juillet 1917 au mois de janvier 1918 car il n'est plus mentionné dans les rapports durant cette période.

Hôpital bénévole n°10bis à Angers (Maine-et-Loire)

Cet hôpital est situé à la clinique Saint-Rémy à Angers qui est la clinique du chirurgien Martin. Il est une annexe de l'hôpital complémentaire n°7 d'Angers et sert de salle d'opération pour cet hôpital. L'hôpital bénévole n°10bis fonctionne du 27 août 1914 au 18 décembre 1917 et donc il continue de fonctionner après la fermeture de l'hôpital complémentaire n°7.

Hôpital bénévole n°12bis à Angers (Maine-et-Loire)

Situé à la clinique Saint-François du docteur Bernard, il ouvre le 4 septembre 1914 et accueille un service d'ophtalmologie où ce médecin exerce mais l'hôpital est aussi affecté à la chirurgie. L'hôpital, possédant originellement quarante lits et au maximum soixante, ferme le 11 janvier 1919. Il est également une annexe de l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers.

Hôpital bénévole n°13bis à La Chapelle-sur-Oudon (Maine-et-Loire)

Située au château de la Lorie, l'hôpital est également une annexe de l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers (Maine-et-Loire). Il fonctionne du 2 septembre 1914 au 8 janvier 1916 et compte à l'origine trente-cinq lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°14bis à Chaumont-d'Anjou (Maine-et-Loire)

Situé au château Rouvoltz, nous ignorons quand l'hôpital a commencé à fonctionner mais il cesse de le faire le 31 décembre 1918. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits et a été affecté à la chirurgie. C'est une annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°15bis à Liglet (Vienne)

Cet hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital mixte du Blanc (Indre), est situé dans une maison particulière. Nous ignorons quand il a été ouvert mais il cesse de fonctionner en octobre 1916. Cependant, des rapports le mentionnent jusqu'en mars 1917, il a probablement été mis en réserve. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Durant cette période, il a été affecté aux malades et aux blessés.

Hôpital bénévole n°16bis à Bélâbre (Indre)

Nous n'avons quasiment pas d'informations au sujet de cet hôpital, si ce n'est qu'il est situé dans une maison particulière.

Hôpital bénévole n°17bis à Sainte-Sévère (Indre)

Situé dans une école privée, il fonctionne du 7 septembre 1914 au mois de janvier 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits et a été affecté aux malades.

Hôpital bénévole n°18bis à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers, est situé dans un bâtiment de la communauté de la Retraite, au n°22 de la rue Saumuroise à Angers. Il ouvre ses portes le 11 septembre 1914 et cesse son activité le 31 décembre 1918. Il aurait compté soixante-quinze lits au maximum. Il accueille un service d'ophtalmologie de septembre 1916 à décembre 1917 mais a aussi été affecté à la chirurgie de mai 1917 jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°19bis à Aigurande (Indre)

Situé dans une salle de patronage, rue des Ponts, il fonctionne du 24 septembre 1914 au mois de mars 1917 et aurait compté vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en septembre 1916 et à la médecine jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°20bis à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre)

Situé à la salle des fêtes, l'hôpital fonctionne du 6 octobre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant son existence, il est affecté à la médecine et jusqu'en septembre 1916, à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°21bis à Orsennes (Indre)

Situé dans un patronage de garçons, l'hôpital fonctionne du 24 septembre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en septembre 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°22bis à Argenton-sur-Creuse (Indre)

Situé dans une école privée, l'hôpital reçoit ses premiers soldats le 2 septembre 1914 mais a probablement été ouvert en août ; il ferme en juin 1917. Il aurait compté au maximum quarante-cinq lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en septembre 1916.

Hôpital bénévole n°23bis à Bouges (Indre)

Situé dans une maison particulière, nous ignorons quand l'hôpital commence à fonctionner mais il ferme en octobre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits et a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°25bis aux Ormes (Vienne)

Situé au château des Ormes, il fonctionne du 18 septembre 1914 au mois d'août 1916. Il aurait compté au maximum soixante-quinze lits. Il est affecté à la médecine jusqu'en avril 1916 et à la chirurgie jusqu'en juillet 1916.

Hôpital bénévole n°26bis à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers, est situé dans une maison de retraite, rue de l'Esvière à Angers. Il fonctionne du mois d'août 1914 au 15 avril 1919. Il aurait compté quarante-deux lits au maximum. Durant toute cette période, il est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine du mois d'août 1916 au mois de septembre 1917.

Hôpital bénévole n°27bis de Leigné-les-Bois (Vienne)

Situé au château Cottin, l'hôpital fonctionne du 17 novembre 1914 au 21 juin 1915. Nous ignorons quelles furent ses capacités hospitalières ainsi que sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°28bis à Bégrolles (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), est situé à l'abbaye de Bellefontaine. Nous ignorons la date précise de son ouverture en 1914 mais il cesse de fonctionner en janvier 1917. Il aurait compté au maximum trente lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie et à la médecine.

Hôpital bénévole n°29bis à Beaupréau (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), est situé dans une institution d'enseignement privé. Il fonctionne du 26 septembre 1914 au mois de septembre 1917 et aurait compté au maximum 140 lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°30bis à Chemillé (Maine-et-Loire)

Situé à l'école communale, l'hôpital fonctionne du 9 septembre 1914 au 12 décembre 1918. Il aurait compté au maximum soixante-cinq lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°31bis à Yzernay (Maine-et-Loire)

Situé à l'école communale de garçons, l'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), fonctionne du 14 octobre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il a été affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°32bis à Vihiers (Maine-et-Loire)

Situé dans un patronage et également annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), il commence à fonctionner en 1914 mais nous ne savons pas précisément quand. Il ferme en juin 1917 et aurait compté au maximum trente lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°33bis à Chemillé (Maine-et-Loire)

Cet hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), est situé dans une ancienne école privée devenue une maison de retraite en 1904. Il fonctionne du 14 octobre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum quatre-vingt-trois lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°34bis à La Pommeraye (Maine-et-Loire)

Cet hôpital est une annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire). Il est situé au couvent de la Providence et il fonctionne du 11 septembre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait possédé au maximum vingt lits.

Hôpital bénévole n°35bis à Torfou (Maine-et-Loire)

Situé dans un couvent, l'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), fonctionne du 9 septembre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum soixante-sept lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°36bis à Saint-Macaire-en-Mauges (Indre)

Situé dans une maison particulière, il fonctionne du 29 septembre 1914 au mois de juin 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°37bis à Vatan (Indre)

Voir hospice civil de Vatan (Indre).

Hôpital bénévole n°38bis à Angers (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers, est situé à la clinique Saint-Louis, rue Saint-Laud à Angers. Il fonctionne du mois d'août 1914 au 25 mars 1919 et compte à l'origine cinquante lits. Durant cette période, l'hôpital est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine d'août 1916 à septembre 1917.

Hôpital bénévole n°39bis à Magné (Deux-Sèvres)

Situé dans une maison particulière, nous ignorons quand l'hôpital a ouvert mais il cesse de fonctionner en mars 1916. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits et a été affecté à la médecine et à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°40bis à Niort (Deux-Sèvres)

Situé à l'ancienne préfecture, au n°9 place du Temple, l'hôpital ouvre le 9 septembre 1914 avec quatre-vingt-dix lits. Il ferme le 14 septembre 1916. Jusqu'au 25 décembre 1914, il hospitalise des blessés provenant du front. Il est ensuite affecté au sous-centre de physiothérapie de Niort dirigé par le docteur Edmond Jousselin. L'hôpital possède un service d'hydrothérapie mais il sert essentiellement à hospitaliser les soldats qui suivent leur traitement en physiothérapie (mécanothérapie, électrothérapie et radiologie) au domicile du docteur Jousselin à Niort. Le sous-centre de physiothérapie, qui est officiellement créé le 25 décembre 1914, comprend le domicile du docteur Jousselin et les hôpitaux bénévoles n°40bis et n°42bis à Niort. L'hôpital est aussi affecté à la médecine en février 1916.

Hôpital bénévole n°41bis à Niort (Deux-Sèvres)

Il est situé dans un local appelé « Sainte-Marie », avenue de Paris à Niort, qui appartient au maire de la ville. L'hôpital est ouvert du 14 septembre 1914 au mois de mars 1917 et il aurait compté au maximum quatre-vingt-quatre lits. Il est dirigé par une commission présidée par le maire de Niort, monsieur Cibiel. Cette commission perçoit une indemnité journalière d'1,75 francs pour l'hospitalisation des soldats. L'hôpital est affecté à la médecine jusqu'en février 1916 et à la chirurgie jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°42bis à Niort (Deux-Sèvres)

Situé à l'hôtel particulier de monsieur de Belleville dit le « Sacré-Cœur », rue Dupin à Niort, il ouvre ses portes le 9 septembre 1914 avec quarante-trois lits et ferme en juin 1917. Il aurait compté au maximum soixante-treize lits. Jusqu'au 25 décembre 1914, il hospitalise des blessés en provenance du front, puis il est affecté au sous-centre de physiothérapie de Niort dirigé par le docteur Edmond Jousselin. L'hôpital sert à hospitaliser les soldats qui suivent leur traitement en physiothérapie (mécanothérapie, électrothérapie, et radiologie) au domicile du docteur Jousselin à Niort. Ils peuvent également être envoyés à l'hôpital bénévole n°40bis pour suivre un traitement hydrothérapique. Le sous-centre de physiothérapie qui est officiellement créé le 25 décembre 1914 comprend le domicile du docteur Jousselin et les hôpitaux bénévoles n°40bis et n°42bis. L'hôpital bénévole n°42bis est aussi mentionné dans les rapports chirurgicaux et médicaux en janvier et février 1916. Le 13 septembre 1916, il n'appartient plus à ce sous-centre et devient une annexe d'un autre hôpital mais nous ignorons lequel.

Hôpital bénévole n°43bis à Prahecq (Deux-Sèvres)

Situé à l'école communale de Prahecq, nous ignorons à quelle date il commence à soigner des soldats mais il cesse de le faire en décembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'en novembre 1916.

Hôpital bénévole n°44bis à Saint-Florent (Deux-Sèvres)

Situé dans une école pour garçons, dans une ville rattachée à Niort en 1969, nous ignorons quand l'hôpital a été ouvert mais il cesse de fonctionner en janvier 1917. Il aurait compté au maximum vingt-quatre lits. Il a été affecté à la médecine jusqu'en mars 1916 et à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°45bis à Thouars (Deux-Sèvres)

Situé à la salle des fêtes, il fonctionne du 18 novembre 1914 au mois d'octobre 1917. Il aurait compté au maximum soixante-douze lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en septembre 1917.

Hôpital bénévole n°46bis à Thouars (Deux-Sèvres)

Situé à la maison centrale (prison) de Thouars, il fonctionne du 7 novembre 1914 au mois de novembre 1917. Il aurait compté au maximum soixante-dix lits. Il a été affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en octobre 1917.

Hôpital bénévole n°47bis à Secondigny (Deux-Sèvres)

Situé à l'école primaire supérieure de filles, rue de la Grande-Rue, il fonctionne à partir du 27 septembre 1914. Il ferme en 1915 mais nous ignorons précisément quand. Nous ne savons pas quels ont été son rôle médical et sa capacité hospitalière.

Hôpital bénévole n°48bis à L'Absie (Deux-Sèvres)

Situé dans une maison particulière, route de Parthenay, il fonctionne du 15 septembre 1914 au mois de mars 1917 et aurait compté vingt lits. Il est affecté à la médecine jusqu'en avril 1916 et à la chirurgie jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°49bis à La Chapelle-Bertrand (Deux-Sèvres)

Situé dans un château, nous ignorons quand l'hôpital commence à fonctionner mais il ferme en mars 1917. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine jusqu'en avril 1916.

Hôpital bénévole n°50bis à Airvault (Deux-Sèvres)

Situé dans une école privée, rue des Halles, il fonctionne du 17 octobre 1914 au mois d'août 1917 et aurait compté trente lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en mars 1917 et à la médecine jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°52bis à Neuville-du-Poitou (Vienne)

Situé dans un pensionnat, rue Armand Caillard, nous ignorons quand l'hôpital a commencé à fonctionner mais il ferme ses portes en octobre 1916. Il aurait compté au maximum trente-deux lits. Durant son existence, il a été affecté à la chirurgie et à la médecine.

Hôpital bénévole n°53bis à Vivonne (Vienne)

Situé à la salle des fêtes, nous ignorons quand il a commencé à fonctionner mais il ferme en mars 1917. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Il a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°54bis à Croutelle (Vienne)

Nous ignorons où est situé cet hôpital. Il peut être soit dans une colonie de vacances soit dans un hospice. Nous ignorons à quelle date il a commencé à fonctionner mais il cesse de soigner des soldats en septembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°55bis à La Puye (Vienne)

Situé dans un orphelinat ou un hôpital civil, il fonctionne du 19 septembre 1914 au mois de juillet 1918. Il aurait compté au maximum soixante lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en novembre 1917 et à la médecine jusqu'en juin 1918.

Hôpital bénévole n°57bis à Exireuil (Deux-Sèvres)

Situé au château du Pin, nous ignorons les dates d'ouverture et de fermeture de cet hôpital. Il est mentionné dans les rapports en février et mars 1916 et en janvier et février 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits et a été affecté à la médecine.

Hôpital bénévole n°58bis à Lezay (Deux-Sèvres)

Situé dans une ancienne école, nous ignorons quand l'hôpital a ouvert ses portes mais il ferme en septembre 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°59bis à Saumur (Maine-et-Loire)

Situé à l'Institution du Cours Dacier, un établissement d'enseignement privé, il fonctionne du mois de septembre 1914 au mois d'octobre 1915. Il devient alors une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 de Saumur et cesse de fonctionner en septembre 1916. Il aurait compté au maximum 100 lits. Il a été affecté à la médecine alors qu'il était une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6, il l'était probablement déjà avant.

Hôpital bénévole n°60bis à Saumur (Maine-et-Loire)

Situé au Cercle Saint-Pierre, il fonctionne du 30 août 1914 au mois de septembre 1917. Il aurait compté au maximum cinquante-sept lits. Durant son existence, il a été affecté à la médecine et à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°61bis à Saumur (Maine-et-Loire)

Situé dans une école, quai de Limoges, il fonctionne du 17 septembre 1914 au mois d'octobre 1916. Il aurait compté au maximum 100 lits. Cependant, il est indiqué dans les rapports qu'il est affecté à la chirurgie jusqu'en août 1916 et à la médecine jusqu'en juin 1917.

Hôpital bénévole n°62bis à Saumur (Maine-et-Loire)

Situé dans une école, rue du Petit-Pré, il fonctionne du 5 septembre 1914 au mois d'octobre 1916. Il aurait compté au maximum 112 lits. Cependant, il est indiqué dans les rapports qu'il est affecté à la chirurgie jusqu'en août 1916 et à la médecine jusqu'en juin 1917.

Hôpital bénévole n°63bis à Saumur (Maine-et-Loire)

Situé au couvent de Saint-François, il fonctionne du 30 août 1914 jusqu'au mois de juillet 1917. Il aurait compté au maximum vingt-deux lits. Il a été affecté à la chirurgie jusqu'en novembre 1916 et à la médecine jusqu'en juin 1917.

Hôpital bénévole n°64bis à Souché (Deux-Sèvres)

L'hôpital est situé au château de la Moujaterie, aussi appelé domaine de la Moujaterie, dans une ville rattachée à Niort en 1964. Nous ignorons quand il a été ouvert mais il cesse de fonctionner en décembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'en novembre 1916.

Hôpital bénévole n°65bis à Bagneux (Maine-et-Loire)

Situé dans une maison de santé à Bagneux (la ville a été intégrée à Saumur en 1973), rue du Pont-Fouchard, l'hôpital fonctionne du 30 août 1914 au mois d'octobre 1917. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Durant cette période, il a été affecté à la chirurgie et à la médecine.

Hôpital bénévole n°66bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

Situé au couvent des Récollets, l'hôpital commence à fonctionner en août 1914 mais il reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 et ferme ses portes en août 1917. Il aurait compté au maximum trente lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en mars 1917.

Hôpital bénévole n°67bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers (Maine-et-Loire), est situé au Cercle Saint-Pierre. Il commence à fonctionner en août 1914 mais il reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 et ferme ses portes en septembre 1917. Il aurait compté au maximum soixante-dix lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie et à la médecine.

Hôpital bénévole n°68bis à Brion (Maine-et-Loire)

Situé au château de Hayes, nous ignorons précisément quand l'hôpital a commencé à fonctionner et quand il a fermé. Il est ouvert en 1914 et ferme en 1918. Il aurait compté au maximum trente-cinq lits. Durant sa période d'activité, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en août 1917.

Hôpital bénévole n°69bis à La Croix-de-Bléré (Indre-et-Loire)

Situé à l'école de garçons, rue d'Amboise, nous ignorons quand l'hôpital a ouvert ses portes mais il cesse de fonctionner en août 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°70bis à Montbazon (Indre-et-Loire)

Situé dans une école privée, l'hôpital fonctionne du mois d'août 1914 au 16 décembre 1918. Il aurait compté au maximum soixante-dix lits. Durant toute cette période, il est affecté à la médecine. Il est aussi affecté à la chirurgie en juin et juillet 1917.

Hôpital bénévole n°71bis à Chançay (Indre-et-Loire)

Situé au château de Valmer à Chançay, il est aussi une annexe de l'hôpital mixte de Tours (Indre-et-Loire). Il hospitalise des soldats du 7 septembre 1914 au 15 septembre 1915 et compterait vingt lits.

Hôpital bénévole n°72bis à Charentilly (Indre-et-Loire)

Situé au château de Poillé à Charentilly, il est aussi une annexe de l'hôpital mixte de Tours (Indre-et-Loire). Il fonctionne du 26 septembre 1914 au 13 juillet 1916 et compterait vingt lits. Cependant, il est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en décembre 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en juin 1917.

Hôpital bénévole n°73bis à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire)

Situé au château de la Donneterie, l'hôpital fonctionne du 15 octobre 1914 au mois d'octobre 1915 et a compté vingt lits à ses débuts. Il a été fondé par la veuve de l'industriel Armand Moisant. Nous ignorons quelle a été sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°74bis à Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital mixte de Tours (Indre-et-Loire), est situé à la « Villa Dupleix » à Joué-lès-Tours. Il commence à soigner les soldats le 22 septembre 1914 et cesse de le faire en 1918. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°75bis à Villandry (Indre-et-Loire)

L'hôpital a été créé par le docteur Joachim Carvallo qui transforme son château de Villandry en un hôpital de vingt-et-un lits où il exerce. Celui-ci fonctionne du 16 septembre 1914 au mois de janvier 1917. L'hôpital est soutenu financièrement par la population de Villandry et une commission formée par des notables de la ville l'administre. Les soldats hospitalisés au château s'adonnent à différents loisirs comme la chasse et la pêche et les jardins du château sont en partie mis en culture par ces derniers. L'hôpital compte au maximum trente-quatre lits et est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°76bis à Langeais (Indre-et-Loire)

Situé au château appartenant à madame Siegfried, il est d'abord une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours (Indre-et-Loire) du mois de septembre 1914 au 27 novembre 1914 mais il reçoit aussi des soldats provenant de l'hôpital complémentaire n°26 de Tours. Il fonctionne comme hôpital bénévole jusqu'en décembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Annexe :

L'hôpital bénévole n°76bis possède une annexe située à l'asile Saint-Laurent à Langeais. Elle fonctionne du 27 novembre 1914 au mois de décembre 1916. Auparavant, elle fonctionne comme une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours du mois de septembre 1914 au 27 novembre 1914. Puis de décembre 1916 au 12 décembre 1918, il devient de nouveau une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2. Il semble que l'hôpital bénévole n°76bis et cette annexe soient des annexes de l'hôpital auxiliaire n°2, tout au moins du point de vue médicale. Tout comme l'hôpital bénévole n°76bis, l'annexe est affectée à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°77bis à Ballan-Miré (Indre-et-Loire)

L'hôpital est à l'origine une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours (Indre-et-Loire). Il est situé à l'asile Dalloz, propriété de monsieur Hesse à Ballan-Miré. Nous ignorons quand il

commence à soigner des soldats. Le 30 novembre 1914, il devient l'hôpital bénévole n°77bis. Cependant, il ne cesse pas d'être une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2. Il ferme le 31 décembre 1918. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°78bis à Cheillé (Indre-et-Loire)

Situé au château de la Ploquinière, l'hôpital fonctionne du 23 octobre 1914 au mois de décembre 1916. Il aurait compté au maximum trente lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°79bis à Langé (Indre)

Situé au château d'Entraigues, nous ignorons quand l'hôpital a ouvert ses portes mais il cesse de fonctionner en mai 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en septembre 1916.

Hôpital bénévole n°80bis à Saint-Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire)

Situé dans un presbytère et dans le patronage paroissial de Notre-Dame de la Médaille miraculeuse, il fonctionne du 10 novembre 1914 au 17 juillet 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits et a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°81bis à Varennes-sur-Loire (Indre)

Situé dans une maison particulière, il fonctionne du 5 février 1915 au 11 juillet 1915. Nous ignorons quelles ont été sa fonction médicale et ses capacités hospitalières.

Hôpital bénévole n°82bis à Montfaucon-sur-Moine (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), est situé dans une maison particulière. Nous ignorons quand il commence à soigner des soldats mais il cesse de le faire en août 1917. Il aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Il a été affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°83bis à Saint-Crespin-sur-Moine (Maine-et-Loire)

L'hôpital, par ailleurs annexe de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet (Maine-et-Loire), est situé dans un patronage. Nous ignorons quand il a été ouvert mais il cesse de

fonctionner en juin 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il a été affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°84bis à Lussac-les-Châteaux (Vienne)

Situé dans une maison particulière, nous ignorons quand l'hôpital a été ouvert mais celui-ci existe en octobre 1914. Il ferme en février 1917 et aurait compté au maximum vingt lits. L'hôpital est affecté à la chirurgie jusqu'en septembre 1916 et est mentionné en janvier 1917 dans un rapport de médecine.

Hôpital bénévole n°85bis à Mettray (Indre-et-Loire)

Situé à la colonie pénitentiaire de Mettray, l'hôpital fonctionne du 16 octobre 1914 au mois d'août 1915. Il aurait compté au maximum quarante lits. Cet hôpital est par ailleurs une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 de Tours (Indre-et-Loire) et est destiné aux malades et blessés du centre d'ophtalmologie de la 9^{e} région militaire.

Hôpital bénévole n°86bis à Vernoux-en-Gâtine (Deux-Sèvres)

Situé dans une école privée, il fonctionne du 28 septembre 1914 au mois de janvier 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en septembre 1916 et à la médecine jusqu'en décembre 1916.

Hôpital bénévole n°87bis à Abilly (Indre-et-Loire)

Situé au château des Termelles, il fonctionne du 14 novembre 1914 au mois de mars 1917 et aurait compté vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°88bis à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital bénévole n°88bis est situé dans la clinique des Dames de l'Adoration Perpétuelle, rue Descartes à Tours. Il s'agit également de la clinique du docteur Magnan, spécialiste en O.R.L. À l'origine, il s'agit d'une annexe de l'hôpital auxiliaire n°10 de Tours qui fonctionne du 1er septembre 1914 au mois d'octobre 1914, elle compte alors vingt lits. Elle devient l'hôpital bénévole n°88bis en octobre 1914. Il fonctionne jusqu'au 15 janvier 1919 et compterait au maximum vingt-quatre lits. Cet hôpital accueille un service d'O.R.L. dès son

ouverture qui est le centre régional d'O.R.L. en janvier et février 1915, il est alors dirigé par le docteur Magnan. Le centre régional est ensuite transféré à l'hôpital complémentaire n°26 en mars 1915 et est dirigé par le docteur Hautant. De février 1916 à novembre 1916, l'hôpital est affecté à la chirurgie et d'octobre 1917 à juillet 1918, il est affecté à la médecine. Il a aussi hospitalisé des officiers convalescents devant suivre des traitements physiothérapiques à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours.

Hôpital bénévole n°89bis à Ciron (Indre)

Situé au château des Vouliers, nous ignorons quand l'hôpital commence à fonctionner mais il cesse de le faire le 16 décembre 1918. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine jusqu'en mai 1917.

Hôpital bénévole n°90bis à Biard (Vienne)

Situé à l'établissement de sourdes et muettes, au domaine de Larnay à Biard, une commune limitrophe de Poitiers, l'hôpital fonctionne du 16 janvier 1915 au mois de décembre 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°91bis à Saint-Pierre-de-Maillé (Vienne)

Situé dans une école, il fonctionne du 9 février 1915 au 9 octobre 1915. Nous ignorons quelles ont été ses fonctions médicales et ses capacités hospitalières.

Hôpital bénévole n°92bis à Mignaloux-Beauvoir (Vienne)

Situé dans une maison particulière, probablement au château de la Cigogne, dans une commune limitrophe de Poitiers, nous ignorons quand l'hôpital a été ouvert et fermé. Il aurait compté au maximum vingt lits et a été affecté à la médecine et à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°93bis à Bonneuil-Matour (Vienne)

Situé dans une école privée pour filles, l'hôpital fonctionne du 8 septembre 1914 au mois de septembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt-trois lits. Durant cette période, il a été affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en janvier 1916.

Hôpital bénévole n°94bis à Argenton-Château (Deux-Sèvres)

Voir hospice civil d'Argenton-Château (Deux-Sèvres).

Hôpital bénévole n°95bis de La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire)

Voir hospice civil de La Salle-de-Vihiers (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°97bis à Tours (Indre-et-Loire)

Voir asile Gatien de Clocheville de Tours (Indre-et-Loire).

Hôpital bénévole n°98bis à Antran-la-Gatilanière (Vienne)

Situé dans une maison particulière, l'hôpital a fonctionné du 15 septembre 1914 au 28 mai 1915. Nous ignorons quelles furent sa capacité hospitalière et sa fonction médicale.

Hôpital bénévole n°99bis à Scorbé-Clairvaux (Vienne)

Situé dans une maison particulière, nous ignorons quand l'hôpital a commencé à fonctionner mais il cesse de le faire en mars 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits affectés à la médecine jusqu'en février 1916.

Hôpital bénévole n°100bis à La Hayes-Descartes (Indre-et-Loire)

Situé au presbytère et dans un patronage, l'hôpital fonctionne du 12 octobre 1914 au 31 décembre 1918. Il aurait compté au maximum soixante-quinze lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en janvier 1918.

Hôpital bénévole n°101bis à Pleumartin (Vienne)

Situé à l'hôtel de ville, nous ignorons quand il a été ouvert et fermé. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en avril 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en janvier 1917. Dans les rapports de chirurgie, il est aussi mentionné comme étant une formation de l'O.A.C.M. et il a pu fonctionner ainsi après le mois de janvier 1917.

Hôpital bénévole n°102bis à Celles-sur-Belle (Deux-Sèvres)

Situé à l'abbaye, l'hôpital fonctionne du 27 février 1915 au mois de décembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt-et-un lits. Durant cette période, il est affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en avril 1916.

Hôpital bénévole n°103bis à Moncoutant (Deux-Sèvres)

Situé dans une crèche, l'hôpital fonctionne du 10 septembre 1914 au mois d'août 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°105bis au Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire)

Situé à l'école Saint-Louis, l'hôpital reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 mais il a probablement été ouvert en août. Il ferme en août 1917 et aurait compté au maximum quarante lits. Mentionné dans un rapport de chirurgie en décembre 1916, l'hôpital est surtout affecté à la médecine jusqu'à sa fermeture.

Hôpital bénévole n°106bis au Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire)

Voir hospice civil du Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°107bis à Charroux (Vienne)

Voir hospice Saint-Jacques de Charroux (Vienne).

Hôpital bénévole n°108bis à Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire)

Situé dans une ancienne école, rue de la Grande-Rue, nous ignorons à partir de quand il a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire en décembre 1916. Une autre source évoque une fermeture prononcée en août 1917, l'hôpital ayant probablement été mis en réserve. Il aurait compté au maximum trente lits. Durant cette période, il a été affecté à la médecine et à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°109bis à Ardin (Deux-Sèvres)

Situé à la mairie, nous ignorons quand l'hôpital a commencé à soigner des soldats mais il cesse de le faire en août 1917. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il est affecté à la chirurgie mais aussi à la médecine en février et mars 1916.

Hôpital bénévole n°110bis à Frontenay-Rohan-Rohan (Deux-Sèvres)

Situé dans une école privée, l'hôpital fonctionne du 4 septembre 1914 au mois de décembre 1916. Il aurait compté au maximum vingt lits. Durant cette période, il a été affecté à la médecine mais aussi à la chirurgie jusqu'en avril 1916.

Hôpital bénévole n°112bis à Angers (Maine-et-Loire)

Cet hôpital, dit « ambulance Bessonneau », est situé rue Montaigne. Il a été créé grâce à l'industriel Bessonneau et aurait compté jusqu'à soixante-dix lits. C'est une annexe de différents hôpitaux complémentaires de la ville d'Angers. C'est tout d'abord une annexe de l'hôpital complémentaire n°8 de son ouverture, le 12 septembre 1914, au 24 octobre 1917. Puis, il devient l'annexe de l'hôpital complémentaire n°6. L'hôpital est alors un sous-centre d'O.R.L. jusqu'au début du mois de janvier 1918, il est ensuite destiné aux blessés légers. Suite à la fermeture de l'hôpital complémentaire n°6, le 25 novembre 1918, il devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°40 et ferme le 30 janvier 1920.

Hôpital bénévole n°113bis à Saint-Benoît-Mauroc (Vienne)

Situé à l'établissement de biologie végétal de l'université de Poitiers, nous ignorons quand l'hôpital a été ouvert mais il ferme en juin 1917. Il aurait compté au maximum douze lits et a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole n°114bis à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire)

Situé à la mairie, l'hôpital fonctionne du 27 septembre 1914 au 30 mars 1917. Il aurait compté au maximum quarante-cinq lits. Il est affecté à la chirurgie de janvier à décembre 1916 et à la médecine durant toute sa période de fonctionnement.

Annexe :

L’hôpital possède une annexe à Neuillé-Pont-Pierre. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle cesse de fonctionner en juillet 1917, soit après l’hôpital bénévole n°114bis. Elle aurait compté au maximum cinq lits et a été affectée à la médecine.

Hôpital bénévole n°115bis à Tours (Indre-et-Loire)

Situé au Grand Séminaire, rue Losserand à Tours, il fonctionne du 24 septembre 1914 au 17 avril 1919. Il est parfois mentionné comme l'hôpital complémentaire n°32. Le Grand Séminaire a été mis à la disposition du Service de Santé aux Armées par l'archevêque de Tours mais le Service de Santé verse une indemnité journalière pour son fonctionnement. L'hôpital bénévole n°115bis possède 120 lits à l'origine et en aurait compté au maximum 150. Il compte certaines figures médicales tourangelles à sa tête. Ainsi, le premier médecin-chef est le docteur Chaumier, par ailleurs directeur de l'Institut Vaccinal de Tours. Il est remplacé en mars 1915 par le docteur tourangeau Mercier. Par la suite, la doctoresse Wanda Caussé, qui a travaillé au service des contagieux de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours donne des soins aux malades de cette formation. Enfin, l'hôpital possède un laboratoire d'analyse dirigé par le pharmacien tourangeau Chemineau. Si l'on ne peut écarter le fait que des blessés ont été soignés à cet hôpital, il est essentiellement destiné aux malades.

Hôpital bénévole n°116bis à Tours (Indre-et-Loire)

Situé au Petit Séminaire, rue de la Scellerie à Tours, l'hôpital, également appelé hôpital complémentaire n°34, fonctionne du 24 septembre 1914 au 16 décembre 1918, il possède alors 100 lits et en aurait compté au maximum 158. Il a été mis à la disposition du Service de Santé aux Armées par l'archevêque de Tours mais le Service de Santé verse une indemnité journalière pour son fonctionnement. Il est initialement destiné à soigner les malades et les blessés. En mai 1915, il est affecté au centre de neurologie mais il est probable que des blessés y soient toujours soignés. Le neurologue Clovis Vincent dirige alors ce service. L'hôpital héberge le centre régional de neurologie du mois de septembre au mois de décembre 1917, il est alors dirigé par le neurologue Cestan, puis du mois de juin au mois de décembre 1918. À partir du mois de juillet 1918, le centre est dirigé par le docteur Oberthür, un aliéniste.

Hôpital bénévole n°117bis à Tours (Indre-et-Loire)

Situé à l'Institution Saint-Maurice, un établissement d'enseignement privé, l'hôpital bénévole n°117bis, aussi appelé hôpital complémentaire n°35, fonctionne du 20 octobre 1914 au 12 décembre 1918. Le bâtiment sert tout d'abord à cantonner des soldats du 70e régiment d'infanterie territoriale puis des réfugiés avant d'hospitaliser des soldats. À la demande du Service de Santé aux Armées qui offre une indemnité journalière, l'abbé Vaucelle, directeur de l'institution, aménage un hôpital dans les locaux. L'hôpital bénévole n°117bis compte quatre-vingts lits à l'origine et en compterait au maximum 150. Dans un premier temps, il est affecté aux malades et aux blessés. Du mois de janvier 1916 au mois de septembre 1917, il accueille un service de mécanothérapie et de mai 1916 à janvier 1918, il accueille un service de neurologie. Enfin, de février à octobre 1918, il est affecté à la médecine.

Hôpital bénévole n°118bis à Angers (Maine-et-Loire)

Situé à l'externat Saint-Maurille, boulevard de Saumur, il ouvre le 1er septembre 1914 mais est connu alors comme une annexe de l'hôpital complémentaire n°19 d'Angers ouvert en août 1914. Il ne prend le nom d'hôpital bénévole n°118bis que le 1er avril 1915 et ne ferme qu'en 1919, soit après l'hôpital complémentaire n°19. Il aurait compté cinquante-et-un lits et a été affecté aux malades.

Hôpital bénévole n°119bis à Cinq-Mars-la-Pile (Indre-et-Loire)

Située dans une propriété à Bois-le-Comte, il s’agit également d’une annexe de l’hôpital complémentaire n°2 de Tours (Indre-et-Loire) destinée aux blessés en convalescence. Nous ignorons quand l’hôpital a été ouvert et fermé.

Hôpital bénévole n°120bis à Rochecorbon (Indre-et-Loire)

Nous ne savons pas précisément où est situé cet hôpital qui est aussi une annexe de l’hôpital complémentaire n°26 de Tours (Indre-et-Loire). Il fonctionne du 17 octobre 1914 au mois d'août 1917 et est destiné aux convalescents du centre d'O.R.L. Après la fermeture de l'hôpital complémentaire n°26, il devient une annexe de l'hôpital complémentaire n°2 de Tours et est affecté au centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales. Cet hôpital ferme en 1918.

Hôpital bénévole n°121bis à Poitiers (Vienne)

Situé à l'hospice de Pont-Achard de Poitiers, il fonctionne du 3 septembre 1914 au 15 mai 1919. C'est à l'origine une annexe de l'hôpital mixte de Poitiers et c'est aussi annexe médicale de l'hôpital complémentaire n°18 de la ville. Il est appelé hôpital bénévole n°121bis depuis le 1er novembre 1916. Il est alors probable qu'il ne soit plus une annexe de l'hôpital mixte de Poitiers mais il est mentionné ainsi dans des rapports de mars à octobre 1918. Il compte à l'origine trente lits pour les soldats et en aurait compté au maximum trente-cinq. Durant cette période, il semble ne soigner que des blessés mais il est probable que des malades y soient hospitalisés. L'hospice de Pont-Achard perçoit des indemnités journalières pour les soins de ces soldats : 2 francs pour les caporaux et soldats, 2,10 francs pour les sous-officiers, 3,25 francs pour les officiers et 4 francs pour les officiers supérieurs. Cependant, cette convention passée avec l'Hôtel-Dieu est rompue à la fin du mois d'octobre 1916.

Hôpital bénévole n°122bis à Baugé (Maine-et-Loire)

Voir hospice des incurables de Baugé (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°123bis à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire)

Voir asile de vieillards de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°125bis à Argenton-sur-Creuse (Indre)

Voir hôpital civil d'Argenton-sur-Creuse (Indre).

Hôpital bénévole n°126bis à Baugé (Maine-et-Loire)

Voir hôpital civil de Baugé (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°127bis à Bourgueil (Indre-et-Loire)

Voir hôpital civil de Bourgueil (Indre-et-Loire).

Hôpital bénévole n°129bis à Chinon (Indre-et-Loire)

Voir hôpital civil de Chinon (Indre-et-Loire).

Hôpital bénévole n°130bis à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire)

Voir hospice civil de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°131bis à Durtal (Maine-et-Loire)

Voir hôpital civil de Durtal (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°133bis à Loches (Indre-et-Loire)

Voir hospice civil de Loches (Indre).

Hôpital bénévole n°134bis à Maulévrier (Maine-et-Loire)

Voir hospice de Maulévrier (Maine-et-Loire).

Hôpital bénévole n°135bis à Montmorillon (Vienne)

Voir hôpital civil de Montmorillon (Vienne).

Hôpital bénévole n°136bis à Montreuil-Bellay (Indre-et-Loire)

Voir hospice civil de Montreuil-Bellay (Indre-et-Loire).

Hôpital bénévole n°143bis à Blou (Maine-et-Loire)

Nous n'avons pas d’informations au sujet de cet hôpital.

Hôpital bénévole n°169bis à Château-la-Vallière (Indre-et-Loire)

Voir hôpital civil de Château-la-Vallière (Indre-et-Loire).

Hôpital bénévole n°182bis à Louestault (Indre-et-Loire)

L'hôpital est situé au château de Fontenailles. C'est initialement une annexe de l'hôpital auxiliaire n°10 de Tours (Indre-et-Loire) créée par le baron de Boucheporn. Il fonctionne ainsi du 5 octobre 1914 au mois de janvier 1918 puis il devient une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours jusqu'au 8 février 1919. Il devient alors l'hôpital bénévole n°182bis et ferme ses portes en 1921. Nous ignorons ses capacités hospitalières et son rôle médical durant cette dernière période. Auparavant, il a compté au maximum quarante lits et a été affecté à la chirurgie.

Hôpital bénévole à Issoudun (Indre)

Situé à l'usine Taufflieb de la Société métallurgique de l'Ariège, cet hôpital, dont nous ignorons le nom, fonctionne du 2 avril 1916 au 8 septembre 1917. Nous ignorons sa capacité hospitalière et son rôle médical.

Hôpital bénévole de la Bourse du Travail à Châtellerault (Vienne)

Cet hôpital est organisé par le Comité de Secours de la Manufacture d'Armes de la ville dont des délégués en constituent le conseil d'administration. Ce comité soutient financièrement les formations sanitaires de la ville ainsi que des œuvres de guerre. L'hôpital commence à fonctionner en septembre 1914 et le 3 novembre 1914, il devient l'annexe E de l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault qui ferme le 25 mars 1919.

Hôpital bénévole de La Ménitré (Maine-et-Loire)

Cet hôpital est organisé par la marie à l'école maternelle de la ville. Il ouvre en septembre 1914 et compte quinze lits à l'origine. Nous ne savons pas quand cet hôpital a été fermé ni quel fut son rôle médical.

Hôpital bénévole de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire)

Cet hôpital est situé à l'école publique de garçons de la ville et il commence à fonctionner en août 1914. Il a été organisé par l'Association des Femmes de France qui n'a aucun lien avec l'U.F.F. Nous ignorons quand cet hôpital a fermé ainsi que son rôle médical et sa capacité hospitalière.

Hôpital bénévole de Niort (Deux-Sèvres)

Situé à la maire et dénommé « Ambulance de la mairie », il commence à fonctionner en août 1914. Nous ignorons quand il a été fermé ainsi que sa capacité hospitalière.

Hôpital bénévole à Usseau (Deux-Sèvres)

Situé au château d'Olbreuse, cet hôpital ou « ambulance » a été ouvert au début de la guerre, en août ou en septembre ; il compte alors douze lits. Cet hôpital a été créé par la propriétaire du château, madame d'Olbreuse. Nous ne savons pas quand il a été fermé.

IV- Hôpitaux auxiliaires

A) Association des Dames Françaises (A.D.F.)

Hôpital auxiliaire n°201 à Avoine (Indre-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°201 est le seul hôpital de l'A.D.F. dans la 9e région militaire. Il est situé au château de Pontourny, une maison de santé pour jeunes filles appartenant à l'Assistance Publique de Paris. Son existence est due à madame Hennique, vice-présidente de l'A.D.F. Il est originellement une annexe de l'hôpital auxiliaire n°12 de Chinon (Indre-et-Loire), il compte alors trente lits. Il fonctionne ainsi du 12 octobre 1914 au 1er juin 1915. L'annexe devient alors l'hôpital auxiliaire n°201 qui aurait possédé au maximum quatre-vingts lits et qui ferme le 5 novembre 1916. L'hôpital soigne des malades et des blessés.

B) Société de Secours aux Blessés Militaires (S.S.B.M.)

Hôpital auxiliaire n°1 à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°1 a été organisé avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Tours. Il est situé à l'école privée de Saint-Grégoire à Sainte-Radegonde (Marmoutier). Il a été classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation, ce qu'il fait. Il hospitalise ses premiers malades le 15 août 1914, mais il ne peut pas s'agir de soldats évacués du front qui n'arrivent dans la région qu'à partir du 23 août 1914. Il fonctionne jusqu'au 15 janvier 1919. Il compte à l'origine 250 lits et en aurait compté au maximum 260. Il est affecté à la chirurgie durant tout le conflit et possède un service de radiologie depuis septembre 1915, mais d'autres sources évoquent le 16 novembre 1915. Suite à l'offensive allemande du printemps 1918, il est spécialement affecté aux blessés des parties molles et à la garnison mais uniquement pour la chirurgie d'urgence. Le chirurgien tourangeau Boureau a opéré à cet hôpital du début de la guerre jusqu'au mois de juin 1916. Grâce à une bienfaitrice, l'hôpital auxiliaire n°1 a possédé un service de mécanothérapie pendant quelques mois à partir du 10 février 1915. L'hôpital est aussi affecté à la médecine jusqu'en mars 1918. Parmi les différentes distractions proposées aux hospitalisés, ceux-ci peuvent participer à la rédaction de la *Gazette de Marmoutier*, un journal créé en mars 1915 par le prêtre Henri Courbe. Du 15 août 1914 au 1er octobre 1917, 2 984 malades et blessés ont été hospitalisés dans cet hôpital, cinquante-sept sont décédés dont trente-et-un du 15 août au 15 décembre 1914.

Annexes :

L’hôpital dispose de plusieurs annexes.

La première est située dans une maison particulière à Vauvert-Rochecorbon (Indre-et-Loire). Elle ouvre le 9 septembre 1914 et comprend alors vingt lits. Elle semble avoir été mise en réserve le 29 novembre 1917 mais elle est toujours mentionnée dans les rapports de chirurgie. Elle est affectée à la chirurgie.

La seconde est située au château du Mortier à Monnaie (Indre-et-Loire). Elle ouvre le 26 septembre 1914, elle possède alors vingt lits, et elle ferme le 18 novembre 1918. Elle est affectée à la chirurgie.

La troisième est située dans un château à Cérelles-Baudry (Indre-et-Loire). Elle ouvre le 20 novembre 1914 et ferme le 19 novembre 1915. Elle possède vingt lits à l’ouverture. Cependant, l’annexe est mentionnée en février 1916, août 1916 et d’octobre à décembre 1916. Elle est affectée à la chirurgie.

La quatrième est située au patronage de Fondettes (Indre-et-Loire). Elle est créée par le marquis Vasse du Saussay, délégué de la S.S.B.M. pour la 9^{e} région militaire mais aussi maire de Fondettes et conseiller général, par le comte Charles de Beaumont et par le docteur Balmelle. Madame la comtesse de Beaumont en est l'infirmière-chef. L'annexe ouvre le 14 juin 1915 et ferme le 15 janvier 1919. Elle a été mise en réserve en novembre 1916 mais nous ne savons pas pendant combien de temps. Elle possède au maximum vingt lits et est affectée à la chirurgie.

Hôpital auxiliaire n°2 à Tours (Indre-et-Loire)

Classé en première catégorie avant la guerre, il doit ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. Il a été organisé par le comité de la S.S.B.M. de Tours et est situé au couvent de la Grande-Bretèche des sœurs de la Charité dominicaine de la Présentation de la Sainte Vierge appelées aussi « Dames Blanches ». L'hôpital auxiliaire n°2 fonctionne du 8 août 1914 au 11 février 1919 et compte 170 lits à l'origine. L'hôpital a hospitalisé ses premiers soldats le 8 août 1914 mais il ne peut s'agir d'évacués du front, les premiers évacués arrivent le 23 août 1914. L'hôpital est affecté aux soins des malades jusqu'en novembre 1917. Il est surtout affecté aux soins des blessés durant tout le conflit. Il possède un service de radiologie depuis le mois de mars 1916 grâce au Comité de Londres de la Croix-Rouge française et au ministère des Colonies. Suite à l'offensive allemande du printemps 1918, il est spécialement affecté au

traitement des fractures. Au 18 octobre 1916, il compte 2766 entrées et 1 639 opérations réalisées par les chirurgiens Henry Barnsby, Brin et Mornard.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°2 compte de nombreuses annexes.

L'annexe située à l'asile Salvador à Ballan-Miré (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle ouvre mais elle cesse de fonctionner le 31 décembre 1918. Elle compterait au maximum vingt lits et a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de la Commanderie à Ballan-Miré, appartenant à madame Brandon-Salvador. Elle ouvre en novembre 1914 et compte alors vingt lits. Nous ignorons quand elle a fermé et quel a été son rôle médical.

L'annexe située à l'asile Dalloz, propriété de monsieur Hesse à Ballan-Miré. Nous ignorons quand elle commence à soigner des soldats mais le 30 novembre 1914, elle devient l'hôpital bénévole n°77bis. Cependant, elle ne cesse pas d'être une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2, elle ferme le 31 décembre 1918. Nous ignorons quelle a été sa fonction médicale.

L'annexe située dans une propriété privée appartenant à mesdames Waldner et de Pourtalès et située aux Hâtes à Chambray-lès-Tours (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du 4 décembre 1914 au 27 mai 1917 et compte à l'origine vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie mais aussi aux soldats atteints de la typhoïde.

L'annexe située au château de Champchevrier à Cléré (Indre-et-Loire), appartenant au baron de Champchevrier. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 12 décembre 1918. Elle compte vingt lits à l'origine, son maximum, et est affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de Châtigny à Fondettes (Indre-et-Loire), il appartient à la comtesse Charles de Beaumont. Nous ignorons quand elle a été ouverte. Elle a été fermée en 1916 et n'aurait compté que quatre lits. Nous ignorons son rôle médical.

L'annexe située au château de la Briche, propriété de madame Hébert, à Hommes (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle commence à fonctionner mais elle ferme le 12 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum vingt-cinq lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de l'Aubrière, propriété de madame Evain, à La Membrolle-sur-Choisille (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle a commencé à fonctionner mais elle ferme le 31 décembre 1914. Elle a compté six lits. Nous ignorons son rôle médical.

L'annexe située à la clinique des Dames Blanches, rue de La Riche, à Tours. Dès avant la guerre, il est prévu qu'elle soit une annexe de cet hôpital. Il s'agit de la clinique du chirurgien

Henry Barnsby. Elle soigne des soldats du début du conflit jusqu'en 1919, au plus tard en février 1919. Elle possèderait au maximum vingt-cinq lits pour les soldats et est affectée à la chirurgie.

L'annexe située à l'asile Saint-Joseph à Langeais (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au 12 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située à l'asile Saint-Laurent à Langeais. Elle fonctionne comme annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 du mois de septembre 1914 au 27 novembre 1914, elle devient ensuite une annexe de l'hôpital bénévole n°76bis. Elle redevient une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 à partir du mois de décembre 1916 jusqu'au 12 décembre 1918. Cependant, il semble que cette structure soit demeurée une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 durant toute son existence. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en octobre 1916. Nous ignorons ses autres fonctions médicales.

L'annexe située au château de Langeais, appartenant à madame Siegfried. Elle fonctionne comme annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 du mois de septembre 1914 au 27 novembre 1914 puis elle devient l'hôpital bénévole n°76bis. Cependant, il semble que l'hôpital demeure lié à l'hôpital auxiliaire n°2. Durant cette première période, nous ignorons son rôle médical.

L'annexe située au château de Mareuil à Ligueil (Indre-et-Loire), appartenant à madame Gerbidon. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée. Elle compterait au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de la Tourmellière, appartenant à mesdames Cerfberr et Meynadier, à Ligueil. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 8 août 1917. Elle aurait compté au maximum vingt-quatre lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans une propriété privée appartenant à monsieur Rougé à Notre-Dame-D'Oé (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle a commencé à fonctionner mais elle ferme le 31 décembre 1914. Elle aurait compté au maximum six lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située au château de l'Orfraisière appartenant à madame R. de Wendel à Nouzilly (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle a été ouverte. Cette formation comprend deux locaux, l'un de vingt lits est fermé le 27 juillet 1915. Quant à l'autre, de vingt lits, nous ignorons sa date de fermeture. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située à la villa Beaugaillard ou Beau Gaillard, appartenant à madame Meffre, à Saint-Avertin (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du 23 septembre 1914 au 15 juin 1917. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située au dispensaire Le Ménage à Saint-Cyr-sur-Loire (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du mois de février 1915 au 16 décembre 1919. Elle aurait compté au maximum soixante lits. Elle a été affectée à la chirurgie de juillet 1918 à sa fermeture et à la médecine jusqu'en juin 1918.

L'annexe située dans un local dit « Portillon », quai du Portillon à Saint-Cyr-sur-Loire. Nous ne savons pas quand elle a été ouverte mais elle ferme le 11 février 1919. Elle possède quarante lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans une maison particulière dite « de la Grenadière » appartenant à monsieur Blot à Saint-Cyr-sur-Loire. Elle fonctionne du 19 septembre 1914 au 31 décembre 1918. Elle a compté vingt lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située à la propriété dite « La Mésangerie » au lieu-dit Vaugenest à Saint-Cyr-sur-Loire, appartenant à monsieur Bigot. Nous ignorons quand cette annexe a été ouverte et fermée. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la médecine jusqu'en juin 1917 et à la chirurgie durant toute son existence.

L'annexe située dans un immeuble de la comtesse de Sazilly, au n°102 de la rue Boisdenier, à Tours. Nous ignorons quand cette annexe a été ouverte mais elle ferme le 15 décembre 1914. Elle a compté quatre lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située à la clinique des Sœurs Augustines, au n°22 de la rue des Ursulines à Tours. Elle fonctionne du 22 août 1914 au 22 mai 1917. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au dispensaire des Sœurs Franciscaines, au n°32 de la rue Colbert à Tours. Elle fonctionne du 30 août 1914 au 31 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située à l'asile Sainte-Marguerite, au n°86 de l'avenue Grammont à Tours. Elle fonctionne du 30 août 1914 au 8 janvier 1916. Elle devient ensuite l'hôpital auxiliaire n°5. Elle compte vingt-cinq lits à l'origine et en compterait au maximum trente. Nous ignorons sa fonction médicale en tant qu'annexe mais des malades et des blessés y ont probablement été hospitalisés.

L'annexe située au dispensaire au n°145 de la rue Boisdenier à Tours. Elle ouvre en février 1915 et ferme le 31 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans une maison particulière appartenant à madame Rougé, boulevard Heurteloup à Tours. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 28 mai 1917. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de Couzières, appartenant à la comtesse de la Villestreux à Veigné (Indre-et-Loire). Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme en 1916. Elle compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située au château de Fontenailles à Louestault (Indre-et-Loire), appartenant au baron de Boucheporn, fonctionne ainsi du mois de janvier 1918 jusqu'au 8 février 1919. Elle ouvre avec trente-deux lits et en possèderait au maximum quarante. Avant cela, cette formation était une annexe de l'hôpital auxiliaire n°10, elle a fonctionné ainsi du 5 octobre 1914 au mois de janvier 1918. Le 8 février 1919, elle devient l'hôpital bénévole n°182bis et ferme ses portes en 1921, cette dernière structure aurait possédé au maximum quarante lits.

Hôpital auxiliaire n°3 à Poitiers (Vienne)

Organisé par le comité de Poitiers de la S.S.B.M., cet hôpital est situé à l'Institution des sourds-muets, avenue de Bordeaux à Poitiers. Il est initialement une annexe de l'hôpital auxiliaire n°4 de Poitiers et fonctionne ainsi du 25 septembre 1914 au 1er mars 1916. Cette annexe possède à l'origine cinquante lits et en compterait au maximum 152. L'hôpital auxiliaire n°3 fonctionne du 1er mars 1916 au 25 mars 1919, il hérite des 152 lits qui sont son maximum durant la guerre. Du 1er mars 1916 au 1er octobre 1917, 634 blessés ont été hospitalisés à cet hôpital.

Hôpital auxiliaire n°4 à Poitiers (Vienne)

Organisé par le comité de la S.S.B.M. de Poitiers, l'hôpital auxiliaire n°4 est situé à l'école Saint-Stanislas, un établissement d'enseignement privé, à Poitiers. Il est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. Il fonctionne du 9 août 1914 au 25 mars 1919. Il ouvre avec 108 lits et en aurait compté au maximum 154. Il est affecté à la médecine jusqu'en mars 1916 mais il s'agit avant tout d'une formation chirurgicale qui a hospitalisé 2 439 blessés jusqu'au 1er octobre 1917.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°4 possède plusieurs annexes.

L'annexe située à l'école communale de Gençay (Vienne). Elle fonctionne du 8 septembre 1914 au 16 novembre 1917. Elle possède vingt lits à l'origine et en compterait au maximum vingt-et-un. Elle a été affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de la Motte appartenant au comte de Beaumont à Persac (Vienne). Elle fonctionne du 2 septembre 1914 au 1er mars 1916. Elle compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons quelle a été sa fonction médicale.

L'annexe située à l'Institution des sourds-muets, avenue de Bordeaux à Poitiers. Elle fonctionne du 25 septembre 1914 au 1er mars 1916. Elle compte cinquante lits à l'origine et elle en compterait 152 au maximum. L'annexe devient ensuite l'hôpital auxiliaire n°3 qui fonctionne jusqu'au 25 mars 1919. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans une maison appartenant à la générale Guignabaudet, au n°10 de la rue Saint-Denis à Poitiers. Elle fonctionne du 10 septembre 1914 au 19 novembre 1914 et compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons quelle a été sa fonction médicale.

L'annexe située dans une maison appartenant à madame Roblin, au n°15 de la rue d'Aliénor d'Aquitaine à Poitiers. Elle fonctionne du 30 août 1914 au 25 octobre 1914. Elle compte six lits à son ouverture. Nous ignorons quel a été son rôle médical.

Hôpital auxiliaire n°5 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°5 est situé à l'asile Sainte-Marguerite, au n°86 de l'avenue Grammont à Tours. L'asile a été mis gracieusement à la disposition du comité de la S.S.B.M. de Tours par ses propriétaires et il devient une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours. Il fonctionne ainsi du 30 août 1914 au 8 janvier 1916. Il devient alors l'hôpital auxiliaire n°5 et fonctionne ainsi jusqu'au 31 décembre 1918. Il compte vingt-cinq lits à l'origine et en compterait au maximum trente. L'administrateur de cet hôpital est Jules Deslis, imprimeur à Tours et ancien président de la Chambre de Commerce d'Indre-et-Loire. L'hôpital soigne des malades et des blessés. Il est utilisé par le service central du secteur chirurgical de Tours pour hospitaliser les convalescents provenant de ce service. Au 31 octobre 1917, 502 soldats y ont été hospitalisés.

Hôpital auxiliaire n°6 à Saumur (Maine-et-Loire)

Organisé par le comité de la S.S.B.M. de Saumur, l'hôpital auxiliaire n°6 est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. Il est situé à l'Institution Saint-Louis, un établissement d'enseignement privé, rue d'Alsace à Saumur. Il fonctionne du 9 août 1914 au 16 décembre 1918. Il compte soixante-six lits à l'ouverture et en aurait compté au maximum 425. L'hôpital soigne des malades, il est affecté à la médecine jusqu'en septembre 1917, et des blessés. Au 1er octobre 1917, 3 060 soldats y ont été hospitalisés (ce chiffre semble inclure ses annexes), huit soldats y sont décédés.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°6 possède plusieurs annexes.

L'annexe située au château du Bellay à Allonnes (Maine-et-Loire) et appartenant au comte de Contades-Gizeux. Elle fonctionne du mois d'août 1914 au 14 décembre 1914. Elle compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située au château de monsieur Dreux-Brézé à Brézé (Maine-et-Loire). Elle fonctionne du mois d'août 1914 au 9 août 1917. Elle compte vingt lits à l'origine. Elle a été affectée à la chirurgie jusqu'en avril 1916. Nous ignorons quelle fut sa fonction médicale par la suite.

L'annexe située du château de Coudray-Macouard appartenant à monsieur Ducamp au Coudray (Maine-et-Loire). Elle ouvre en 1914 et ferme le 31 août 1917. Elle compte vingt lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en avril 1916, nous ignorons quelle fut sa fonction médicale par la suite.

L'annexe située au château du député de Grandmaison à Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire). Elle fonctionne du 23 août 1914 au 12 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum cinquante-cinq lits. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en août 1917 et soigne des malades durant toute son existence.

L'annexe située au château des Mines appartenant à monsieur de Monti à Saint-Georges-Châtelaison (Maine-et-Loire). Elle ouvre en 1914 et ferme le 1er mars 1916. Elle compte vingt lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans l'ancienne chapelle du couvent des Petites Sœurs de Sainte-Anne de la Providence à Saint-Hilaire-Saint-Florent (Maine-et-Loire). Elle fonctionne dès le début de la guerre et ce, jusqu'au 16 décembre 1918. Elle compte à l'origine trente lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située à la clinique Fardeau, rue Fardeau à Saumur. Elle appartient aux docteurs Gandar et Petit. Elle fonctionne du 23 août 1914 au mois de décembre 1916. Elle possède vingt lits à l'origine. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située à l'Institution du Cours Dacier, un établissement d'enseignement privé, à Saumur. Elle fonctionne du 1er octobre 1915 au 1er septembre 1916. Elle compterait au maximum 100 lits. Elle est affectée à la chirurgie.

Hôpital auxiliaire n°7 à Châteauroux (Indre)

L'hôpital auxiliaire n°7 a été organisé avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Châteauroux, il est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. L'hôpital est situé dans deux locaux durant la guerre. Il est initialement situé à l'école normale d'institutrices de Châteauroux et y fonctionne du 4 août 1914 au 28 septembre 1917. Il possède quatre-vingt-dix lits lors de son ouverture, une capacité rapidement portée à 100 lits. L'hôpital est destiné aux blessés et possède une installation radiologique dès son origine. Suite aux réclamations du ministère de l'Instruction Publique qui souhaite récupérer l'école, l'hôpital est transféré à l'Hôtel de la Division à Châteauroux, loué par la ville pour le compte du comité. Il y fonctionne du 28 septembre 1917 au 26 mai 1919 et possède alors cinquante lits destinés aux blessés. Au 1er octobre 1917, il a hospitalisé 2 754 soldats.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°7 possède plusieurs annexes durant la guerre.

L'annexe située dans l'ancienne école communale à Ardentes (Indre). Elle fonctionne du 2 septembre 1914 au 16 décembre 1918. Elle compterait au maximum vingt-quatre lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située au château de Chandaire à Arthon (Indre). Elle fonctionne du 2 septembre 1914 au mois d'août 1917. Elle compterait au maximum vingt lits et est affectée à la chirurgie.

L'annexe située au couvent de l'Immaculée Conception à Buzançais (Indre). Elle fonctionne du 1er septembre 1914 au 8 août 1917. Elle possède quarante lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie durant toute son existence et à la médecine jusqu'en janvier 1916.

L'annexe située à la clinique Cotillon, appartenant au chirurgien Cotillon, route d'Argenton à Châteauroux. Elle fonctionne du 1er juillet 1915 au 9 novembre 1916. Elle compterait au maximum vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie et est réservée aux officiers.

Sa fermeture est liée à la création d'un service pour officiers à l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray (Indre).

L'annexe située au château de la Visitation à Issoudun (Indre). Elle fonctionne du 28 août 1914 au 1er novembre 1914. Elle compterait au maximum vingt lits. Elle devient ensuite l'hôpital auxiliaire n°31 qui ferme le 12 décembre 1918.

L'annexe située à l'école communale pour filles de Mâron (Indre). Elle fonctionne du 25 novembre 1914 au 16 décembre 1918. Elle compte vingt lits à son ouverture et compterait au maximum trente-et-un lits. Elle soigne des malades et des blessés.

L'annexe située au château de Saint-Cyran-du-Jambot (Indre) appartenant à madame Drake del Castillo. Elle fonctionne du 17 novembre 1914 au 8 août 1917. Elle compte vingt lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans une école privée pour filles à Valençay (Indre). Elle fonctionne à partir du mois de décembre 1917 et ferme en 1918 mais nous ignorons quand précisément. Elle aurait compté au maximum vingt-huit lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans une partie de l'école privée pour garçons à Vendoeuvre (Indre). Elle fonctionne du 1er octobre 1914 au 13 octobre 1916. Elle possède vingt lits à son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située dans un château à Villedieu-sur-Indre (Indre). Elle fonctionne du 29 septembre 1914 au 8 août 1917. Elle possède vingt lits à son ouverture, ce qui est apparemment son maximum durant la guerre. Elle est affectée à la chirurgie durant toute son existence et à la médecine jusqu'en janvier 1916.

Hôpital auxiliaire n°9 à Niort (Deux-Sèvres)

Organisé par le comité de la S.S.B.M. de Niort dès avant la guerre, l'hôpital auxiliaire n°9 est tout d'abord situé à l'école normale d'institutrices. Il y fonctionne du mois d'août 1914 au 19 juillet 1917, date à laquelle le ministère de l'Instruction Publique récupère l'établissement. Une maison située au n°76 de la rue des Douvres à Niort est alors louée. Nous ne savons pas quand l'hôpital ouvre dans ces nouveaux locaux, probablement en 1917, mais il ferme le 25 janvier 1919. Il possède à l'origine cinquante lits et en aurait compté au maximum 153 lorsqu'il était à l'école normale d'institutrices. Il en compte cinquante suite à son déménagement. Il est affecté à la médecine jusqu'en novembre 1916 et à la chirurgie durant

toute son existence. 1 500 malades ou blessés ont été hospitalisés dans cet hôpital, sept y sont décédés (ces chiffres s'arrêtent probablement au 1er octobre 1917).

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°9 possède plusieurs annexes durant la guerre.

L'annexe située à l'école de filles de Coulonges-sur-l'Autize (Deux-Sèvres). Nous ignorons quand elle a été ouverte. Elle ferme apparemment en janvier 1917. Elle aurait compté au maximum vingt lits. Elle est affectée à la chirurgie.

L'annexe située chez les Petites Sœurs des Pauvres, rue de la Burgonce à Niort. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée ainsi que sa fonction médicale. Elle a possédé vingt lits à son ouverture.

L'annexe située au couvent des Sœurs de l'Espérance à Niort. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée ainsi que sa fonction médicale. Elle a possédé vingt lits à son ouverture.

L'annexe située dans une maison particulière à Sainte-Néomay (Deux-Sèvres). Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée ainsi que sa fonction médicale.

Hôpital auxiliaire n°10 à Tours (Indre-et-Loire)

L'hôpital a été organisé par le comité de la S.S.B.M. de Tours, il est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. Il est situé à la Maison de Santé Saint-Gatien à Tours. Il commence à fonctionner le 9 août 1914 et cesse de soigner des militaires en 1919. Il compte quarante lits à l'origine et en compterait au maximum 118. Il soigne des malades et des blessés durant la guerre et un service d'O.R.L. y a fonctionné en décembre 1915. C'est avant tout une formation chirurgicale de premier ordre qui possède une installation radiologique dès avant la guerre. La clinique est l'un des services chirurgicaux du chirurgien Ombrédanne, chef du secteur chirurgical de Tours du mois de mars 1915 jusqu'à la démobilisation. Un service de chirurgie orthopédique est mentionné en septembre 1915 et en mai 1916. Suite à l'offensive allemande au printemps 1918, il est spécifiquement destiné aux blessés du crâne et de l'abdomen. Au 1er octobre 1917, l'hôpital comptabilise 115 142 journées d'hospitalisation et vingt-cinq décès.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°10 possède différentes annexes durant la guerre.

L’annexe située au château de Beaumont-la-Ronce (Indre-et-Loire) appartenant au marquis de Beaumont. Elle fonctionne du 5 octobre 1914 au 7 avril 1915. Elle ouvre avec dix lits et en compterait au maximum vingt. Nous ignorons sa fonction médicale.

L’annexe située au château de Fontenailles à Louestault (Indre-et-Loire) qui appartient au baron de Boucheporn. Elle fonctionne du 5 octobre 1914 au mois de janvier 1918. Elle ouvre avec vingt-et-un lits et en compterait au maximum trente-deux. Elle a été affectée à la chirurgie jusqu’en décembre 1917. Nous ignorons quelle a été sa fonction médicale par la suite.

L’annexe située dans une maison particulière à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du 5 octobre 1914 au 23 avril 1916. Elle compte vingt lits à l’origine. Le service médical est assuré par le docteur Guérin dont la femme offre le local. Il est affecté à la médecine et à la chirurgie.

L’annexe située à la clinique des Dames de l’Adoration Perpétuelle où exerce le docteur Magnan, spécialiste en O.R.L. à Tours. Elle fonctionne ainsi en septembre et octobre 1914 puis elle devient l’hôpital bénévole n°88bis. C’est un service d’O.R.L.

Hôpital auxiliaire n°11 à Angers (Maine-et-Loire)

Avant la guerre, le comité de la S.S.B.M. d’Angers est en pourparlers pour obtenir l’utilisation d’un immeuble afin d’organiser un hôpital auxiliaire. Rien n’ayant été signé, le comité ne possède pas d’immeuble quand la guerre éclate mais très rapidement, il obtient le pensionnat Jeanne d’Arc, un établissement d’enseignement privé situé rue Joubert à Angers. L'hôpital auxiliaire n°11 y fonctionne du 8 août 1914 au 1er février 1919. Il compte soixante-quinze lits à l’ouverture et en possède au maximum 156 durant la guerre. L’hôpital est affecté à la chirurgie et possède un service de radiologie, mentionné dans les rapports de janvier 1915 à mars 1917. Il accueille le service central du secteur chirurgical d’Angers, dirigé par le chirurgien Lapeyre, du mois de mai 1916 au mois de mars 1917, le service central est alors transféré à l’hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers). Jusqu’au 1er octobre 1917, 1 970 blessés ont été hospitalisés à l’hôpital et vingt-neuf y sont décédés. 1 405 opérations y ont été pratiquées. Parmi les différents chirurgiens qui ont exercé à l'hôpital on trouve le docteur Brin d'Angers, le docteur Henry Barnsby de Tours, le docteur Bellegrand et le docteur Lapeyre de Tours.

Annexes :

L’hôpital auxiliaire n°11 possède plusieurs annexes durant la guerre.

L’annexe située au château des Rues appartenant à la famille Rougé à Chenillé-Changé (Maine-et-Loire). Elle est également appelée hôpital bénévole n°4bis. Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au 12 décembre 1918. Elle compte vingt lits à l’ouverture et compterait au maximum cinquante-quatre lits. Elle est affectée à la chirurgie durant son existence et à la médecine jusqu’en septembre 1917.

L’annexe située au château de Plessis-Bourré à Écuillé (Maine-et-Loire). Elle ouvre en 1914 mais nous ignorons quand elle ferme. Nous ignorons sa fonction médicale.

L’annexe située au château de la Lorie à La Chapelle-sur-Oudon (Maine-et-Loire) est également appelée hôpital bénévole n°13bis. Elle fonctionne du 2 septembre 1914 au 8 janvier 1916 et compte à l’origine trente-cinq lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

L’annexe située à l’hospice civil de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire), également appelé hôpital bénévole n°130bis. Elle soigne des soldats du 1er septembre 1914 au 31 décembre 1918. À l'origine, quatre-vingt-dix lits sont affectés aux soldats, le maximum serait de 130 lits. Durant cette période, l'hôpital soigne des malades et des blessés.

Hôpital auxiliaire n°12 à Chinon (Indre-et-Loire)

Probablement prévu avant la guerre et organisé par le comité de la S.S.B.M. de Chinon, l’hôpital auxiliaire n°12 est tout d’abord situé à l’école primaire supérieure de filles et dans une partie de l’école privée de garçons. Il y fonctionne à partir du 8 août 1914 et déménage en 1916 mais nous ne savons pas précisément quand. Ce déménagement fait suite aux réclamations du ministère de l’Instruction Publique qui veut récupérer les locaux scolaires. L’hôpital possède à l’origine 100 lits et en aurait compté au maximum 130. L’hôpital est ensuite installé dans l’ancien couvent des dominicaines à Chinon et y fonctionne jusqu’au 16 décembre 1918. Sa capacité hospitalière maximale est alors de 130 lits. L’hôpital soigne des malades durant toute son existence. Il est affecté à la chirurgie jusqu’en décembre 1916. Au 1er octobre 1917, il compte 1 777 entrées et trois décès.

Annexes :

L’hôpital auxiliaire n°12 possède deux annexes durant la guerre.

L’annexe située au château de Pontourny, une maison de santé de jeunes filles appartenant à l'Assistance Publique de Paris, à Avoine (Indre-et-Loire). Elle est créée par une membre de l'A.D.F. madame Hennique. Elle fonctionne comme une annexe de l'hôpital

auxiliaire n°12 du 12 octobre 1914 au 1er juin 1915. Elle devient ensuite l'hôpital auxiliaire n°201. Elle compte trente lits à l'ouverture, destinés aux malades et aux blessés.

L'annexe située au château de Richelieu (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au mois de février 1918. Elle ouvre avec vingt lits et en aurait compté au maximum vingt-cinq. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en décembre 1916 et à la médecine durant toute son existence.

Hôpital auxiliaire n°13 à Amboise (Indre-et-Loire)

Organisé avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Tours et par le sous-comité de Dames d'Amboise, il est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. L'hôpital est situé au château d'Amboise et est prêt à fonctionner le 2 août 1914 avec vingt lits. Il est probable que l'hôpital ne soit en réalité prêt que quelques jours plus tard. Il reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 et ferme le 31 décembre 1918. Il connaît une période d'inactivité du 16 mars au 16 juin 1916. Ses capacités hospitalières sont rapidement portées à cinquante lits et il aurait compté au maximum soixante-cinq lits. L'hôpital a hospitalisé 664 soldats malades ou blessés et il dénombre onze décès (ces chiffres s'arrêtent probablement au 1er octobre 1917).

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°13 compte deux annexes durant la guerre.

La première est située à Noizay (Indre-et-Loire) mais nous ignorons précisément où. Nous ne savons pas quand elle commence à fonctionner mais elle ferme en 1915 et aurait compté dix lits.

La seconde est située à Bléré (Indre-et-Loire) mais nous ignorons précisément où. Nous ne savons pas quand elle commence à fonctionner mais elle ferme en 1915 et aurait compté dix lits.

Hôpital auxiliaire n°14 à Châtellerault (Vienne)

Organisé avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Châtellerault, l'hôpital est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. L'hôpital auxiliaire n°14 est situé dans une institution de jeunes filles (un pensionnat), rue de Sully. Il fonctionne du mois d'août 1914 au 15 janvier 1919. Il ouvre avec vingt lits et compterait au maximum soixante-quinze lits. L'hôpital soigne des blessés mais

aussi des malades, du moins il est affecté à la médecine jusqu'en février 1916. Au 1er octobre 1917, 900 blessés y ont été hospitalisés et sept y sont décédés.

Hôpital auxiliaire n°15 à Loudun (Vienne)

Préparé peu de temps avant la guerre par le comité de Loudun, il n'est pas encore classé lorsque celle-ci débute. L'hôpital auxiliaire n°15 commence à fonctionner le 9 août 1914 au sein du collège communal de la ville, il compte alors quarante lits. Sa capacité hospitalière maximale a été de quatre-vingts lits. Il est mis en réserve le 26 février 1917 et ferme le 19 juillet 1917. L'hôpital soigne des malades mais aussi des blessés, du moins il est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916. Jusqu'à sa fermeture, 815 malades y ont été soignés et six y sont décédés.

Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°15 compte une annexe située dans une ancienne école privée aux Trois-Moutiers (Vienne). Elle fonctionne du 20 septembre 1914 au 31 janvier 1915. Elle compte à l'origine vingt lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital auxiliaire n°16 de Loches (Indre-et-Loire)

Lorsque la guerre éclate, l'hôpital est en préparation mais n'est pas encore classé. Situé à l'école normale d'instituteurs de Loches, il fonctionne du 18 août 1914 au 20 août 1917, l'école est alors récupérée par le ministère de l'Instruction Publique. Il ouvre avec quarante lits et en aurait compté au maximum 146. Jusqu'à sa fermeture, 911 malades et blessés y ont été soignés et huit y sont décédés. Le chirurgien belge de Boë qui a fui son pays suite à l'invasion allemande, exerce à l'hôpital à partir de l'année 1915. En octobre 1915, une épidémie de diphtérie touche l'hôpital mais ne fait pas de morts.

Annexes :

L'hôpital compte deux annexes durant son fonctionnement.

L'annexe située au château de Montpoupon à Céré (Indre-et-Loire). Elle fonctionne du 1er décembre 1914 au 8 août 1917 et compte vingt lits à son ouverture. Elle est mentionnée dans les rapports de chirurgie en février et en août 1916.

L'annexe située au château de Marolles à Genillé (Indre-et-Loire) appartenant à monsieur Raoul Duval. Elle fonctionne du 25 janvier 1915 au 6 mai 1917 et aurait compté au

maximum vingt-six lits. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en septembre 1916 et est mentionnée dans les rapports de médecine jusqu'en juin 1917.

Hôpital auxiliaire n°17 à Angers (Maine-et-Loire)

Le comité de la S.S.B.M. d'Angers prévoyait l'utilisation du dispensaire-école du comité, situé rue des Filles-Dieu à Angers, en cas de conflit mais l'hôpital n'était pas classé. L'hôpital auxiliaire n°17 fonctionne dans ce local du 5 août 1914 au 31 décembre 1918. Par manque de place, il ne possède que vingt-cinq lits mais l'adjonction d'annexes lui permet d'accroître ses capacités. Durant la guerre, l'hôpital est affecté à la chirurgie. Au 1er octobre 1917, 681 soldats y ont été hospitalisés.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°17 possède trois annexes durant la guerre.

L'annexe située à la salle Saint-Georges, rue de Vollier à Angers. Elle ouvre en septembre 1914, elle possède alors douze lits. Nous ignorons quand elle a été fermée ainsi que sa fonction médicale.

L'annexe située au palais de l'Université à Angers. Elle fonctionne du 19 juillet 1915 au 31 décembre 1918. Elle compte à l'origine trente lits et en aurait compté au maximum quarante. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située au cercle ouvrier ou à la salle Saint-René, impasse des Jacobins à Angers. Elle fonctionne du 23 septembre 1914 au 31 décembre 1918. Elle compte douze lits à l'origine et en compterait au maximum vingt.

Hôpital auxiliaire n°18 à Bourgueil (Indre-et-Loire)

Cet hôpital n'est pas prévu avant la guerre, il est créé par le curé de Bourgueil qui offre l'ancienne abbaye pour hospitaliser les soldats, soutenu en cela par le premier adjoint de la ville faisant office de maire. Le curé de Bourgueil transmet cette offre au délégué régional de la S.S.B.M. le 11 août, ce dernier accepte et l'hôpital auxiliaire n°18 commence à fonctionner le 25 août 1914 à l'ancienne abbaye. Il possède à l'origine trente lits et en aurait compté au maximum 100. L'hôpital ferme le 25 mars 1919. Il est affecté à la chirurgie et à la médecine. Jusqu'au 1er octobre 1917, 1 520 soldats y ont été hospitalisés.

Hôpital auxiliaire n°19 à Segré (Maine-et-Loire)

Cet hôpital n'était pas prévu avant la guerre, le comité de Segré s'allie avec la municipalité de la ville pour installer un hôpital dans l'immeuble occupé par les syndicats professionnels et mis gracieusement à sa disposition par son propriétaire. L'hôpital fonctionne du début du mois d'août 1914 au 31 décembre 1918. Il compte trente lits à l'ouverture et il en aurait compté au maximum soixante-dix. L'hôpital soigne des blessés mais est aussi affecté à la médecine jusqu'en septembre 1917. Au 1er octobre 1917, 732 soldats ont été soignés dans cet hôpital.

Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°19 possède une annexe située à l'hospice civil de Sainte-Gemmes-d'Andigné (Maine-et-Loire). Nous ignorons quand elle commence à soigner des soldats mais elle cesse de le faire le 31 octobre 1917. À l'origine, elle met vingt-cinq lits à la disposition des soldats, un chiffre abaissé ensuite à vingt. Durant cette période, elle soigne des blessés.

Hôpital auxiliaire n°20 à Cholet (Maine-et-Loire)

L'hôpital est organisé dès avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Cholet, il est classé en première série et doit donc ouvrir entre le cinquième et le dixième jour de la mobilisation. Situé au couvent des Dames de la Retraite à Cholet, il fonctionne du 6 août 1914 au 10 novembre 1917, il a cependant été mis en réserve le 15 février 1917. Il compte cinquante lits à l'origine et en aurait possédé au maximum soixante-dix lits, d'autres sources évoquent 100 lits. Il soigne des malades et des blessés.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°20 possède deux annexes.

L'annexe située dans une école privée à La Jumelière (Maine-et-Loire) fonctionne du 13 novembre 1914 au 8 août 1917 et compte vingt lits à son ouverture. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans une école privée à Jallais (Maine-et-Loire) fonctionne du 27 mars 1915 au 8 août 1917 et compte à l'origine vingt-cinq lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital auxiliaire n°21 à Melle (Deux-Sèvres)

Avant la guerre, aucun comité de la S.S.B.M. n'existait à Melle. Celui-ci a été créé par les personnes, dont la marquise de La Coste, qui sont à l'origine de l'hôpital auxiliaire n°21.

Elles obtiennent du maire et du ministère de l'Instruction Publique l'utilisation du collège municipal de la ville pour y installer un hôpital et s'affilient à la S.S.B.M. Le 30 août, le directeur du Service de Santé de la 9e région militaire autorise l'ouverture de l'hôpital auxiliaire n°21 qui fonctionne du 3 septembre 1914 au mois de septembre 1916. Il possède à l'origine vingt lits et en compte au maximum cinquante-deux. En septembre 1916, le collège est récupéré par l'Instruction Publique, l'hôpital déménage alors dans une école privée pour garçons. Il y fonctionne de septembre 1916 à janvier 1917 et compte alors cinquante-deux lits. Il soigne des blessés mais aussi des malades, du moins il est affecté à la médecine jusqu'en mars 1916. Durant son existence, 354 soldats y ont été soignés.

Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°21 possède une annexe située à l'hospice des orphelins et des vieillards de Melle. Elle possède douze lits pour les militaires et commence à les soigner en septembre 1914. Nous ne savons pas quand cette formation a cessé de soigner des soldats.

Hôpital auxiliaire n°22 au Blanc (Indre)

Au début de la guerre, aucun hôpital n'est prévu par le comité de la S.S.B.M. du Blanc, récemment créé, et qui n'a pas la trésorerie pour l'organisation d'un hôpital auxiliaire. Grâce à des dons, le comité récolte suffisamment d'argent pour créer l'hôpital auxiliaire n°22 situé à l'école de filles de la rue de Saint-Lazare au Blanc. Il fonctionne du 8 septembre 1914 au 12 décembre 1918. Il ouvre avec cinquante-sept lits et en compte au maximum quatre-vingt-sept. Durant la guerre, l'hôpital soigne des malades et des blessés. Jusqu'au 1er octobre 1917, il soigne 1 167 soldats.

Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°22 possède une annexe située à la Maison de retraite des Vieux Prêtres de Saint-Gaultier (Indre). Elle fonctionne du 1er mai 1915 au 8 août 1917. Elle compte vingt lits à l'origine et en aurait compté au maximum cinquante. L'annexe est destinée à soigner des malades et des blessés.

Hôpital auxiliaire n°23 à Château-Renault (Indre-et-Loire)

Cet hôpital n'est pas prévu avant la guerre. Au début de celle-ci, le sous-comité de Château-Renault qui dépend du comité de Tours obtient de la municipalité de la ville d'utiliser une partie de l'hôpital-hospice, inauguré en 1912, pour soigner des militaires. L'hôpital

auxiliaire n°23 fonctionne du 6 septembre 1914 au 31 décembre 1918. Il compte trente lits à son ouverture et en possède au maximum soixante-quatorze. Il soigne des malades et des blessés et au 1er octobre 1917, 476 soldats y ont été hospitalisés.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°23 possède plusieurs annexes.

L'annexe située au château de la Remberge à Autrèches (Indre-et-Loire), propriété de la vicomtesse de Bussière, présidente du sous-comité de la S.S.B.M. de Château-Renault. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée. Elle compte quatre lits à son ouverture, destinés aux officiers.

L'annexe située dans une maison privée appartenant à madame Sornas à Château-Renault. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 29 novembre 1918. Elle compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans une maison privée appartenant à monsieur Hervé à Château-Renault. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 15 mai 1915. Elle compte vingt lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans une maison privée de monsieur Hesse-Gatien à Château-Renault. Nous ne savons pas quand elle a été ouverte mais elle ferme le 30 novembre 1914. Elle compte quatre lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située au château de la Noue à Villedomer (Indre-et-Loire) appartenant à mademoiselle de Cools, conseillère au sous-comité de la S.S.B.M. de Château-Renault. Nous ne savons pas quand elle a été ouverte et fermée. Elle compte deux lits à l'origine, destinés aux officiers.

L'annexe située dans une maison privée appartenant à monsieur de la Tullaye à Villedomer (Indre-et-Loire). Nous ne savons pas quand elle a été ouverte mais elle ferme le 31 décembre 1914. Elle compte six lits à l'origine. Nous ignorons sa fonction médicale.

Hôpital auxiliaire n°24 à Balesmes (Indre-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°24 n'est pas prévu avant la guerre et aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à Balesmes. Il commence à fonctionner le 25 septembre 1914 dans une école privée, rue de la papeterie à Balesmes. Cette école a été fondée par la Société Anonyme des Papeteries de La Haye-Descartes pour les enfants des employés. La société, dirigée par l'imprimeur tourangeau Mame, par ailleurs membre de la S.S.B.M., prend en charge cet hôpital soutenu

également par la population. Cependant, il est probable que le Service de Santé aux Armées verse l'indemnité journalière due aux hôpitaux auxiliaires. L'hôpital aurait possédé au maximum quarante lits et ferme le 12 décembre 1918. Au 1er octobre 1917, il a soigné 221 malades et blessés. Cet hôpital a peut-être connu une seconde vie après la guerre, la société souhaitant le transformer en une infirmerie pour les employés de la papeterie. Nous ignorons si ce projet a abouti.

Hôpital auxiliaire n°25 à Montrésor (Indre-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°25 est situé au château de Montrésor, propriété du comte Branicki et de la comtesse Branicka. Ils sont à Varsovie lorsque la guerre éclate et suivant leur volonté d'ouvrir un hôpital dans ce château, leur intendant à Montrésor entre en contact avec la S.S.B.M. L'hôpital auxiliaire n°25 ouvre en septembre 1914, il possède alors vingt lits, et les premiers soldats arrivent le 25 septembre. L'hôpital fonctionne jusqu'au 16 décembre 1918, il a compté au maximum trente lits pour les malades et les blessés. Au 1er octobre 1917, 275 soldats ont été hospitalisés dans cet hôpital. Quant au comte Branicki et à la comtesse Branicka, ils créent aussi un hôpital à Varsovie.

Hôpital auxiliaire n°26 à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres)

L'hôpital auxiliaire n°26 n'est pas prévu avant le conflit et aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à Chef-Boutonne avant la guerre. Il doit sa création au maire de la ville, Charles Silleu, à madame Bonneau, infirmière-major, et à la population de Chef-Boutonne qui participe au financement et à l'installation de l'hôpital. L'hôpital auxiliaire n°26 est situé à la mairie de Chef-Boutonne. Il y fonctionne du 1er septembre 1914 au mois de février 1917 et il aurait compté au maximum soixante lits. L'hôpital est affecté à la médecine jusqu'en février 1916 et à la chirurgie jusqu'à sa fermeture. Il a hospitalisé 351 malades ou blessés.

Hôpital auxiliaire n°27 à La Trimouille (Vienne)

Cet hôpital n'est pas prévu avant la guerre et aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à La Trimouille. Il est soutenu par le comité de la S.S.B.M. de Montmorillon (Vienne). L'hôpital auxiliaire n°27 est situé au château de Régner, propriété de monsieur et madame de Liniers. Ces derniers sont à l'origine de la création de cet hôpital et font partie de son personnel comme administrateur-comptable et comme infirmière. L'hôpital fonctionne du mois d'août 1914 au 20

février 1917. Il compte quinze lits à l'ouverture et en compterait au maximum vingt-cinq. Il est affecté à la chirurgie jusqu'en avril 1916 et à la médecine jusqu'à sa fermeture. Environ 300 blessés et malades ont été hospitalisés dans cet hôpital.

Hôpital auxiliaire n°28 à Bressuire (Deux-Sèvres)

L'hôpital auxiliaire n°28 n'est pas prévu avant la guerre et aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à Bressuire. Il est créé avec les dons de la population et est situé dans un collège privé, probablement celui des sœurs de la Sagesse. Il fonctionne du 10 septembre 1914 au 13 décembre 1918. Il possède cinquante lits à son ouverture et en compterait au maximum 100. Au 1er octobre 1917, 739 malades et blessés ont été soignés à l'hôpital.

Hôpital auxiliaire n°29 à La Châtre (Indre)

L'hôpital auxiliaire n°29 n'est pas prévu en temps de paix, il doit son existence à la volonté du comité de la S.S.B.M. de La Châtre de créer un hôpital de toute pièce au début de la guerre. Pour ce faire, le président du comité met son immeuble de la rue de Bellefond à la disposition du comité pour créer l'hôpital auxiliaire n°29. Il fonctionne du 24 septembre 1914 au 16 décembre 1918. Il ouvre avec vingt lits et compterait au maximum cinquante-neuf lits. Au 1er octobre 1917, 305 blessés ou malades ont été soignés à l'hôpital.

Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°29 compte une annexe située dans un patronage à Chassignolles (Indre). Elle fonctionne du mois de septembre 1915 au mois de juillet 1917 mais une autre source évoque une fermeture au début de l'année 1917. Elle compte vingt lits à l'origine. Elle est affectée à la médecine.

Hôpital auxiliaire n°30 à Châtillon-sur-Sèvres (Mauléon) (Deux-Sèvres)

L'hôpital auxiliaire n°30 n'est pas prévu en temps de paix et aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à Châtillon-sur-Sèvres. Il a été créé grâce au soutien de la population et au directeur du collège ecclésiastique, situé rue de la Poste, où cet hôpital de trente-et-un lits a été installé. Il fonctionne du mois d'août 1914 au 19 juin 1917 mais il est mentionné dans les rapports de médecine jusqu'en juillet 1917. Jusqu'à sa fermeture, il a soigné 207 malades et blessés.

Hôpital auxiliaire n°31 à Issoudun (Indre)

L'hôpital auxiliaire n°31 n'est pas prévu avant la guerre, aucun comité de la S.S.B.M. n'existe à Issoudun avant le conflit. Cet hôpital est tout d'abord une annexe de l'hôpital auxiliaire n°7 de Châteauroux du 28 août 1914 au 1er novembre 1914. Cette annexe a été créée par le vicomte et la vicomtesse de Bonneval en utilisant leur château de la Visitation. L'hôpital auxiliaire fonctionne du mois de novembre 1914 au 12 décembre 1918. Il possède à l'origine trente lits et en aurait compté au maximum 108. L'hôpital soigne des malades et des blessés et possède une installation radiologique.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°31 possède plusieurs annexes.

L'annexe située dans un local, place de Vouet à Issoudun. Elle ouvre en septembre 1915 mais nous ignorons quand elle ferme. Elle possède cinquante lits à son ouverture. Elle est principalement destinée aux blessés nécessitant une intervention chirurgicale.

L'annexe située dans un local dit « Le Refuge » à Issoudun. Nous ignorons quand elle a été ouverte mais elle ferme le 16 décembre 1918. Elle aurait compté au maximum cinquante lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans une école privée de filles à Valençay (Indre). Elle fonctionne du mois d'octobre 1915 au mois de décembre 1917 et compte vingt-huit à l'origine. Elle a été affectée à la chirurgie. Elle est mentionnée comme étant auparavant une annexe de l'hôpital auxiliaire n°7 mais les archives relatives à cet hôpital ne la mentionnent pas.

Hôpital auxiliaire n°32 à Baugé (Maine-et-Loire)

L'hôpital auxiliaire n°32 n'est pas prévu avant la guerre, le sous-comité de Baugé dépend du comité de la S.S.B.M. d'Angers (Maine-et-Loire). Il est créé grâce aux dons de la population et au directeur du collège privé Saint-Joseph qui met quelques pièces de l'établissement pour y installer cet hôpital. Celui-ci fonctionne du 17 septembre 1914 au 15 février 1917. Il ouvre avec vingt-deux lits et en compterait au maximum trente-six. Il soigne des blessés, du moins jusqu'en novembre 1916, et des malades. 372 soldats y ont été hospitalisés.

Infirmerie de gare d'Angers (Maine-et-Loire)

Prévue avant la guerre et organisée par le comité de la S.S.B.M. d'Angers à la gare de la ville, elle commence à fonctionner le 6 août 1914 et nous ignorons quand elle cesse de le

faire. Elle a compté cinq lits destinés aux soldats peu gravement malades ou blessés. En 1918, 2 711 pansements y ont été faits et 1 614 soins ont été donnés aux soldats, prisonniers de guerre ou aux réfugiés. Par ailleurs, 349 blessés ou malades y ont été hospitalisés et 23 197 repas ont été distribués aux trains sanitaires.

Infirmerie de gare d'Argenton-sur-Creuse (Indre)

Située à la gare, sa présence est due à la ligne Paris-Toulouse qui passe par Châteauroux et cette ville. Elle est prévue avant la guerre et est organisée par le comité de la S.S.B.M. d'Argenton-sur-Creuse. Elle commence à fonctionner le 5 août 1914, nous ignorons quand elle cesse de le faire. Le premier train sanitaire arrive le 24 août 1914 et au 1er octobre 1917, 510 trains sanitaires ont été ravitaillés par l'infirmerie de gare. À cette date, environ 8000 pansements ont été faits par ses équipes et elle a délivré 125 396 repas ; pour cela, une cuisine a été installée dans la gare. Elle ravitaille également les trains de réfugiés et les soldats se rendant au front.

Infirmerie de gare de Niort (Deux-Sèvres)

Située à la gare, elle n'est pas prévue avant la guerre et elle a été créée en 1914 mais nous ne savons pas précisément quand. Nous ignorons quand elle a été fermée.

Infirmerie de gare de Poitiers (Vienne)

Située à la gare de la ville et prévue avant la guerre par le comité de la S.S.B.M. de Poitiers, elle commence à fonctionner le 4 août 1914 et nous ignorons quand elle cesse de le faire. Elle possède cinq lits pour les soldats peu gravement blessés ou malades qui nécessiteraient une hospitalisation temporaire. Au 1er octobre 1917, ses équipes auraient fait 15 000 pansements et elle aurait ravitaillé 328 trains sanitaires à titre officiel et 300 trains sanitaires à titre gratuit. L'installation est par la suite complétée par des dortoirs avec lavabos pour les permissionnaires et une cantine créée par l'Œuvre du Foyer du Soldat.

Infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire)

Prévue avant la guerre et organisée par le comité de la S.S.B.M. de Tours, elle est située dans les locaux de la gare de la Compagnie du Paris-Orléans. Il s'agit de l'infirmerie de gare la plus importante de la 9e région militaire car elle est aussi la gare point de répartition des évacués

sur la 9e région militaire et donc, la majeure partie des trains sanitaires y transitent. Elle commence à fonctionner le 5 août 1914 et au 1er octobre 1917, 1 367 trains sanitaires sont passés par la gare, transportant 378 791 blessés ou malades. L'infirmerie de gare a ravitaillé 207 205 évacués et 6 558 y ont été hospitalisés. Elle prend aussi en charge les employés de la Compagnie du Paris-Orléans, les permissionnaires, les soldats se rendant au front, les réfugiés, les soldats et ouvriers des formations de Saint-Pierre-des-Corps et les voyageurs civils.

Infirmerie de gare de Saumur (Maine-et-Loire)

Organisée par le comité de la S.S.B.M. de Saumur à la gare de la ville, nous ignorons à partir de quand elle commence à fonctionner et quand elle cesse de le faire.

Infirmerie de gare de Thouars (Deux-Sèvres)

Située à la gare de Thouars, elle commence à fonctionner le 27 novembre 1914 et en 1916, elle devient un poste de ravitaillement et de secours. De son ouverture au 14 octobre 1916, elle a ravitaillé et soigné plus de 10 000 blessés et malades militaires. L'infirmerie puis le poste de secours soignent également les employés de la Compagnie du Paris-Orléans. Les locaux comprennent notamment une salle de pansement et une cuisine-réfectoire auxquels s'ajoute une baraque pour accueillir les soldats de passage.

C) Union des Femmes de France (U.F.F.)

Hôpital auxiliaire n°101 à Poitiers (Vienne)

Organisé par le comité de l'U.F.F. de Poitiers et prévu avant la guerre, l'hôpital auxiliaire n°101 est situé à l'école normale d'institutrices de Poitiers. Il fonctionne du 22 août 1914 au 26 février 1919 et aurait compté au maximum 145 lits. Il soigne des blessés et des malades, pour ces derniers, l'hôpital est mentionné dans les rapports de médecine jusqu'en mars 1916.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°101 possède deux annexes durant la guerre.

L'annexe située dans une école privée de garçons à Couhé-Vérac (Vienne). Elle fonctionne du mois d'août 1914 au mois de mars 1917 mais elle reçoit ses premiers soldats le 2 septembre 1914. Elle aurait compté au maximum cinquante-cinq lits. Elle soigne des malades et des blessés.

L’annexe située à l’hospice civil de Civray (Vienne). Elle soigne des soldats du 21 août 1914 au mois d'août 1917 et aurait mis à leur disposition un maximum de quarante-cinq lits. Durant cette période, elle soigne des malades et des blessés.

Hôpital auxiliaire n°102 à Angers (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l’hôpital auxiliaire n°102 est organisé par le comité de l’U.F.F. d’Angers à l’école normale d’instituteurs, au n°7 de la rue Lebas à Angers. Il fonctionne du 8 août 1914 au 1er février 1919. Il compte quatre-vingts lits à l’ouverture, une capacité progressivement portée à 180 lits. Cette augmentation, imposée par le Service de Santé aux Armées, contrarie le comité car elle accroît les dépenses de l’hôpital tandis que les lits n’ont jamais été tous occupés. L’hôpital auxiliaire n°102 s’est progressivement doté de tous les équipements médicaux lui permettant de devenir un hôpital de premier ordre. Il débute la guerre en soignant des malades et des blessés mais se spécialise progressivement dans les soins de ces derniers. En effet, il est mentionné dans les rapports de médecine jusqu’en septembre 1917 et le docteur Boquel, chirurgien de l’hôpital, est chirurgien de la place d’Angers. Durant la guerre, 3 091 soldats ont été hospitalisés dans cet hôpital, 2 619 blessés et 472 malades, et douze y sont décédés.

Annexes :

L’hôpital auxiliaire n°102 possède trois annexes durant la guerre.

L’annexe située à la propriété Gâtine à Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire). Elle fonctionne du 22 septembre 1914 au 20 novembre 1914 et a compté vingt lits. Nous ignorons sa fonction médicale.

L’annexe située dans une école privée de filles au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire). Elle est également appelée hôpital bénévole n°3bis. Nous ignorons à partir de quand l'hôpital soigne des militaires. Il devient une annexe de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers le 30 septembre 1915. Elle cesse de fonctionner en février 1917 et aurait compté au maximum vingt lits pour les blessés.

L’annexe située à l’hôpital civil de Durtal (Maine-et-Loire), également appelée hôpital bénévole n°131bis. Elle possèderait au maximum quatre-vingts lits et a très probablement commencé à soigner des militaires en 1914. Elle cesse de le faire le 31 décembre 1918. Cette formation est aussi une annexe de l'hôpital complémentaire n°28 et nous ignorons quand cette formation a été rattachée à ces structures.

Hôpital auxiliaire n°103 à Tours (Indre-et-Loire).

Prévu avant la guerre et organisé par le comité de l'U.F.F. de Tours, l'hôpital auxiliaire n°103 est situé au groupe scolaire Mirabeau à Tours. Il fonctionne du mois d'août 1914 au 31 décembre 1918. Il compte cinquante lits à l'origine et en aurait compté au maximum 160. Lors des restitutions de locaux scolaires durant l'été 1917, une partie des locaux du groupe scolaire Mirabeau a été rendue. Le Service de Santé aux Armées n'a pas souhaité rendre la totalité des locaux pour préserver le fonctionnement du service central du secteur médical de Tours ainsi que pour éviter la disparition du seul hôpital de l'U.F.F. à Tours. L'hôpital auxiliaire n°103 soigne des blessés et des malades, surtout dans son annexe située au n°89 de la rue Mirabeau à Tours.

Annexes :

L'hôpital auxiliaire n°103 possède plusieurs annexes durant la guerre.

L'annexe située dans un immeuble appartenant à mademoiselle Bonjean, rue du Petit Pré à Tours. Elle est organisée par mesdemoiselles Bonjean et d'Eichal. Première annexe de l'hôpital auxiliaire n°103, elle ouvre au plus tard en septembre 1914 mais nous ignorons quand elle ferme. Elle a compté trente lits lors de son ouverture. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en août 1916.

L'annexe située à l'école normale d'institutrices, dite « Les Tilleuls », à Saint-Symphorien (Indre-et-Loire), une commune rattachée à Tours en 1964. Madame Sourdillon, la directrice de l'école, est membre du comité de l'U.F.F. de Tours. L'annexe a été créée grâce à un don du pharmacien tourangeau Métadier et à une collecte faite auprès d'anciennes élèves de l'école. Elle fonctionne du mois de septembre 1914 au mois de septembre 1917. Un service de mécanothérapie y fonctionne d'avril à juin 1917 et elle est affectée à la neurologie du mois de mai 1916 au mois de mars 1917. Elle est aussi affectée à la dermatologie-vénéréologie de la création du centre régional, en mars 1916, à la fermeture de l'annexe. Elle compte à l'origine cinquante lits et en aurait compté au maximum 130.

L'annexe située dans un patronage à Saint-Symphorien. Nous ignorons quand elle a été ouverte et fermée. Elle a compté trente lits à son ouverture et cinquante lits au maximum. Nous ignorons sa fonction médicale.

L'annexe située dans un immeuble au n°89 de la rue Mirabeau à Tours. L'immeuble est mis gracieusement à la disposition du comité de l'U.F.F. de Tours. Elle fonctionne du mois de juillet 1915 au 25 mars 1919. Elle compte soixante-quinze lits à l'origine mais en compterait au

maximum 155. Elle accueille le service central du secteur médical de Tours dirigé par le docteur Denéchau, du mois de janvier 1916 au mois d'août 1918, puis par le docteur Boidin jusqu'à la démobilisation.

Hôpital auxiliaire n°104 à Niort (Deux-Sèvres)

Prévu avant la guerre et organisé par le comité de l'U.F.F. de Niort, l'hôpital auxiliaire n°104 est situé au pensionnat Saint-Joseph, rue Biou à Niort. Il fonctionne du 23 août 1914 au 25 janvier 1919 et aurait compté au maximum 120 lits. Il soigne des malades et des blessés.
Annexe :

L'hôpital auxiliaire n°104 possède une annexe située dans une ancienne école privée ou un couvent à Mauzé-sur-le-Mignon (Deux-Sèvres). Nous ne savons pas quand elle a été ouverte mais elle ferme en août 1917. Elle aurait compté au maximum vingt-cinq lits et est affectée à la chirurgie.

Hôpital auxiliaire n°105 à Saumur (Maine-et-Loire)

Prévu avant la guerre, l'hôpital auxiliaire n°105 a été organisé par le comité de l'U.F.F. de Saumur. Il est situé dans deux locaux durant la guerre. Il ouvre tout d'abord au collège de jeunes filles, rue Victor Hugo à Saumur. Il y fonctionne du 7 août 1914 au mois d'octobre 1916. Le ministère de l'Instruction Publique récupère alors le collège et l'hôpital est transféré au mess des officiers de l'école de cavalerie de Saumur, auparavant occupé par l'hôpital-dépôt de convalescents n°48. Il y fonctionne de janvier ou février 1917 au 30 août 1917. L'hôpital possède initialement cinquante lits et en aurait compté au maximum 220. Il soigne des malades et des blessés.

Hôpital auxiliaire n°106 à Bressuire (Deux-Sèvres)

Prévu avant la guerre, l'hôpital auxiliaire n°106 est organisé par le comité de l'U.F.F. de Bressuire. Il est situé dans deux locaux durant son existence. Le premier est situé à l'école supérieure de filles, route de Parthenay à Bressuire. Il y fonctionne du 5 août 1914 au mois de février 1916. Le second est situé dans l'ancien immeuble de la Caisse d'Épargne à Bressuire. Il y fonctionne du mois de mars 1916 au 13 décembre 1918. L'hôpital aurait compté au maximum soixante lits destinés aux malades et aux blessés. Le départ de l'école supérieure de filles

provoque un conflit entre le maire de Bressuire et la directrice de l'école qui conduit à la révocation du maire.

Hôpital auxiliaire n°107 à Breloux-la-Crèche (Deux-Sèvres)

Nous ignorons quel comité est à l'origine de l'hôpital auxiliaire n°107 situé à l'ancienne école de filles de Breloux-la-Crèche. Nous ignorons quand il commence à fonctionner mais il ferme en août 1917. Il compterait au maximum quatre-vingt-quatre lits. Il est mentionné dans les rapports de médecine jusqu'en mars 1916 et dans ceux de chirurgie jusqu'en juillet 1917.

Hôpital auxiliaire n°108 à Châteauroux (Indre)

Organisé par le comité de l'U.F.F. de Châteauroux et prévu avant la guerre, l'hôpital auxiliaire n°108 est situé à l'Institution Sainte-Solange, un établissement d'enseignement privé, avenue de la Gare à Châteauroux. Classé en première série, il doit ouvrir le neuvième jour de la mobilisation. Cependant, il ouvre dès le 8 août 1914 et ferme le 16 décembre 1918. Il ouvre avec quarante lits et en compte au maximum quatre-vingt. Il ferme temporairement de février à mars 1917. Il est affecté à la chirurgie et au 25 octobre 1916, 500 blessés ont été hospitalisés à l'hôpital qui déplore six décès.

Hôpital auxiliaire n°109 à Bourgueil (Indre-et-Loire)

Cet hôpital n'était pas prévu avant la guerre. À l'origine, madame Leroux et des habitantes de Bourgueil se sont rendues auprès du comité de l'U.F.F. de Tours pour apporter un don de 5 000 francs. Le comité de Tours les encourage alors à créer un hôpital à Bourgueil qui devient l'hôpital auxiliaire n°109 situé au pensionnat Sainte-Solange ; un comité de l'U.F.F. est aussi créé. L'hôpital ouvre en 1914 mais nous ignorons précisément quand. Il ferme en septembre 1917. Il possède vingt lits à l'origine et en compte au maximum quarante. Il est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en décembre 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en août 1917. Son personnel rencontre quelques difficultés avec l'hôpital auxiliaire n°18 de la S.S.B.M. situé lui aussi à Bourgueil.

Hôpital auxiliaire n°110 à Baugé (Maine-et-Loire)

Nous ignorons quel comité a organisé cet hôpital et si celui-ci a été prévu avant la guerre. L'hôpital auxiliaire n°110 est situé dans un local communal, rue de la République à Baugé. Il

fonctionne du 17 septembre 1914 au 12 décembre 1918 et compte au maximum trente-six lits. Il soigne des malades et est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en août 1917.

Hôpital auxiliaire n°111 à Thouars (Deux-Sèvres)

Nous ignorons quel comité a organisé cet hôpital et si celui-ci a été prévu avant la guerre. L'hôpital auxiliaire n°111 est situé à l'école communale, rue de Jérusalem à Thouars. Il reçoit ses premiers soldats le 1er septembre 1914 mais a été ouvert en août 1914. Il cesse de fonctionner le 22 septembre 1918. Il aurait compté au maximum quarante lits destinés aux malades et aux blessés.

Hôpital auxiliaire n°112 à La Châtre (Indre)

Nous ignorons quel comité a organisé cet hôpital et si celui-ci a été prévu avant la guerre. L'hôpital auxiliaire n°112 est situé au collège de filles de La Châtre. Il fonctionne du 10 septembre 1914 au 16 décembre 1918 et compterait au maximum soixante lits destinés aux malades et aux blessés.

Hôpital auxiliaire n°113 à Cholet (Maine-et-Loire)

Nous ignorons quel comité a organisé cet hôpital et si celui-ci a été prévu avant la guerre. L'hôpital auxiliaire n°113 est situé au collège communal de filles, place de la République à Cholet. Il fonctionne du 15 août 1914 au 7 septembre 1916. Il possède quarante-cinq lits à l'origine et en compterait au maximum soixante-six. Durant son fonctionnement, 596 malades et blessés ont été hospitalisés dans cet hôpital.

Hôpital auxiliaire n°114 à Sauzé-Vaussais (Deux-Sèvres)

Nous ignorons si cet hôpital était prévu avant la guerre. Il a été organisé par le comité de l'U.F.F. de Sauzé-Vaussais et est situé à l'école de filles, place de la Comédie à Sauzé-Vaussais. Il fonctionne du 19 septembre 1914 au mois d'août 1917 et aurait compté au maximum vingt lits. Il est mentionné dans les rapports de chirurgie jusqu'en avril 1916 et dans ceux de médecine jusqu'en juillet 1917.

V- Formations de l'Œuvre d'Assistance aux Convalescents Militaires (O.A.C.M.)

Allonnes (Deux-Sèvres)

Située dans un local particulier de la commune, elle ouvre en octobre 1914 mais nous ignorons quand elle ferme.

Ambillou (Indre)

Située à la propriété dite « La Trigalière », nous ignorons quand elle a fonctionné.

Amboise (Indre-et-Loire)

Située dans la propriété de monsieur Dutilleul, gracieusement mise à la disposition de l'O.A.C.M., elle possède trente lits. Nous ignorons quand fonctionne cette formation qui est destinée à la rééducation professionnelle des mutilés.

Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire)

Située au château de La Ploquinière, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Cerizay (Deux-Sèvres)

Située à la propriété dite « Beauchêne », nous ignorons quand elle a commencé à fonctionner mais elle ferme en mai 1916.

Challain-la-Potherie (Maine-et-Loire)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Champdeniers (Deux-Sèvres)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Châteauneuf-sur-Sarthe (Maine-et-Loire)

Située dans le local du docteur Leblois, la formation fonctionne du 18 décembre 1914 au 15 septembre 1915.

Villedômer (Indre-et-Loire)

Située à la propriété de l'Aubinière, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Chauvigny (Vienne)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Cinq-Mars-la-Pile (Indre-et-Loire)

Située dans une propriété particulière à Bois-le-Comte, elle ouvre en janvier 1915 mais nous ignorons quand elle ferme. Il s'agit probablement de la même formation que l'hôpital bénévole n°119bis mais nous ignorons s'il y a eu un changement dans le rôle de cette formation ou si elle est restée une formation de l'O.A.C.M.

Combrée (Maine-et-Loire)

Cette formation fonctionne du 21 novembre 1914 au 21 septembre 1917, nous ignorons où elle se trouve précisément.

Dun-le-Poëlier (Indre)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

L'Isle-Jourdain (Indre-et-Loire)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire)

Cette formation fonctionne du mois de janvier 1915 au mois de janvier 1917 mais nous ne savons pas précisément où.

Levroux (Indre)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Loches (Indre-et-Loire)

Située à l'Institut Liébault, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Luynes (Indre-et-Loire)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Montrevault (Maine-et-Loire)

Située à l’école publique de filles, la formation ouvre en 1914, probablement en octobre, mais nous ignorons quand elle ferme.

Morannes (Maine-et-Loire)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Meunet-Planches (Indre)

Située à la propriété de Lesseps, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Néons-sur-Creuse (Indre)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Neuvy-le-Roi (Indre-et-Loire)

Située au patronage paroissial et au parc de la colonie Notre-Dame, la formation ouvre en 1915, probablement en février, mais nous ignorons quand elle ferme.

Oiron (Deux-Sèvres)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Pellevoisin (Indre)

Située à la salle des fêtes de la commune, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Reuilly (Indre)

Située à l’école communale, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Rochecorbon (Indre-et-Loire)

Située à la « Villa La Tour », probablement le château de la Tour, nous ignorons quand elle a fonctionné.

Saint-Benoît-du-Sault (Indre)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Saint-Cyr-sur-Loire (Indre-et-Loire)

Située à la Villa Sainte-Marie, propriété du comte Louis de Boisgelin mise gracieusement à la disposition de l'O.A.C.M., la formation de cent places ouvre le 20 mai 1915 mais nous ignorons quand elle ferme. Cette structure est consacrée à la rééducation professionnelle des mutilés par un système d'apprentissage chez un patron avec un internat à la villa.

Saint-Symphorien (Indre-et-Loire)

Situé dans l'ancien couvent des capucins, une propriété de monsieur Dutilleul mise gracieusement à la disposition de l'O.A.C.M., la formation fonctionne du mois d'octobre 1914 au 18 juillet 1920. Le 24 mai 1916, la formation devient une maison de rééducation professionnelle pour les soldats aveugles et possède trente places.

Salles-en-Toulon (Vienne)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Sanxay (Vienne)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Saulnay (Indre)

Située au château de Notz-Marafin, nous ne savons pas quand cette formation a été ouverte et fermée.

Seiches-sur-le-Loir (Maine-et-Loire)

Nous n’avons pas d’informations sur cette formation.

Souvigné (Indre-et-Loire)

Située au domaine de La Rochedain, nous ne savons pas quand cette formation a été ouverte et fermée.

Tiercé (Maine-et-Loire)

Nous n'avons pas d'informations sur cette formation.

Notices biographiques

BARILLET Marcel, Joseph (7/02/1880 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Bressuire (Deux-Sèvres), fils d'Alcide, Gabriel, Constant Barillet et de Marie Victorine, Blanche Roudier, il se marie le 18 juin 1906 avec Anne-Marie, Radegonde, Joséphine, Zéline Leroy. Ils divorcent puis se remarient le 3 novembre 1917.

Carrière civile :

Ancien externe des Hôpitaux de Paris, il soutient sa thèse, *De quelques erreurs de diagnostics dans l'appendicite de l'enfance*, en 1907 à la Faculté de médecine de Paris. Il pratique la médecine générale à Bressuire.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est classé dans le service auxiliaire en 1903 pour faiblesse (rhumatisme chronique). Il est rappelé le 9 août 1914 et est affecté à l'hôpital mixte de Niort, semble-t-il comme infirmier avant d'être promu médecin aide-major de 2^{e} classe le 20 novembre. Le 26 juin 1915, il est désigné pour la gare régulatrice de Gray mais il est affecté à l'ambulance divisionnaire 3/66 dès le 3 juillet. Le 15 décembre 1915, il est affecté à l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 à Tours. Puis le 14 avril 1916, il est affecté à la Poudrerie Nationale du Ripault où il s'est notamment occupé de la garderie d'enfants. Le 3 novembre, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Il est démobilisé le 4 mars 1919. Il est rayé des cadres le 14 mai 1930.

Récompenses :

Durant le conflit, il obtient la médaille de Vermeil des Épidémies (1917). Après la guerre, Il obtient la médaille de bronze le 25 juillet 1926 au titre de quinze années de soins gratuits aux militaires de la Gendarmerie.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 13 577.

BARNSBY David, Robert (17/01/1832 – 23/11/1916)

Spécialité : Pharmacie.

Né à Blois, il est le fils d'un industriel anglais. Il se marie avec Thérèse, Théolinde, Marie Mauduyt et est le père des chirurgiens Henry et Pierre Barnsby.

Carrière civile :

Il exerce à l'hospice général de Tours de 1848 à 1850 et participe à la lutte contre l'épidémie de choléra de 1849. Il mène des études de pharmacie à Londres, Tours et Paris et devient pharmacien de 1ère classe. Il devient pharmacien en chef de l'hospice général de Tours en 1857. Il crée le laboratoire de bactériologie en 1889 et devient directeur du jardin botanique de Tours. En parallèle, il mène une carrière universitaire à l'École de médecine et de pharmacie de Tours. Il est Professeur suppléant de chimie et d'histoire naturelle en 1858 puis Professeur titulaire d'histoire naturelle et de matière médicale en 1872. En 1893, il prend la direction de l'École de médecine et de pharmacie de Tours et permet son essor. Il quitte ce poste en 1902. Enfin, il est membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité puis directeur du service départemental d'hygiène publique à partir de 1902.

Durant la Première Guerre mondiale, il collabore avec le Service de Santé dans la lutte contre les maladies contagieuses.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 20 décembre 1909.

Source : http://www.orhibio.org/wiki. Site consulté le 5 juillet 2015.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/117/40.

BARNSBY Henry, David, William, Pierre (7/12/1869 – 6/02/1919)

Spécialités : Chirurgie et gynécologie.

Né à Tours, fils de David, Robert Barnsby et de Thérèse, Théolinde, Marie Mauduyt, il est le frère du docteur Barnsby Pierre, Jacques, William. Il se marie le 19 mars 1901 avec Marie, Jeanne, Pauline Rousset.

Carrière civile :

Il débute ses études de médecine à Tours comme externe puis interne à l'hospice général de la ville respectivement en 1890 et 1891. En 1891, il est aide d'anatomie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours puis prosecteur en 1892. En 1893, il est externe des Hôpitaux de Paris puis interne à partir de 1895 ; il fait notamment son internat chez Pozzi, Picqué et Édouard Quénu. Il soutient sa thèse, *Appendicite et annexite, coexistence des deux affections*, en 1898 à la Faculté de médecine de Paris. Il devient alors chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, Professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales en 1900 puis chargé de cours de clinique chirurgicale de 1904 à 1909. De 1905 à

1908, il est chef des travaux de médecine opératoire et de 1906 à 1908, il est chargé du cours de pathologie externe. Il devient ensuite Professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Tours. Il est par ailleurs chirurgien à l'hospice général de Tours ainsi qu'à la clinique des Dames Blanches à Tours. Il est membre de la Société Anatomique de Paris à partir de 1898 et de la Société de Chirurgie de Paris à partir de 1907.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1889, il est classé dans le service auxiliaire pour faiblesse en 1892. Il s'engage alors auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours et met sa clinique des Dames Blanche à la disposition du futur hôpital auxiliaire n°2 de Tours. Lors de la mobilisation, il devient le chirurgien de l'hôpital auxiliaire n°2. Il est classé dans le service armé le 14 novembre 1914 et est affecté à la 9e section d'infirmiers militaires le 16, mais il reste à l'hôpital auxiliaire n°2. Il est nommé médecin aide-major de 2e classe le 19 août 1915, il est alors affecté à l'hôpital auxiliaire n°11 à Angers car il ne peut plus être mobilisé sur son lieu de résidence. Cependant, cette affectation semble datée de la fin du mois de juin car il quitte Tours pour Angers à cette date. Le 13 septembre 1915, il est mis à la disposition de la 20e région (Troyes). En octobre, il passe à la Ière armée et est affecté à l'hôpital Bautzen Thouvenot de Toul. Le mois suivant, il est affecté à l'ambulance 5/68 puis à l'ambulance 3/44 en juin 1916 et à l'ambulance 15/11 en novembre 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 1er mai 1917. En novembre, il est affecté à l'ambulance 1/16 et est nommé chirurgien consultant du 16e corps d'armée. Il est promu médecin major de 2e classe le 28 décembre 1917. En avril 1918, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°22 de Belfort, il est là aussi chirurgien consultant, mais pour la VIIème armée. En juin 1918, il est affecté à l'H.O.E. d'Haimghe, il est alors chirurgien consultant du Centre (probablement pour le Groupe des Armées du Centre). Le 12 juin, il est rattaché à l'autochir 21. Le 9 octobre, il est nommé chirurgien-chef du groupe chirurgical mobile n°2 détaché à Attichy puis à l'Hôtel-Dieu de Laon le 20 octobre 1918. Le 30 novembre 1918, il est nommé chef du secteur chirurgical de Tours et est affecté à l'hôpital complémentaire n°2. Il décède le 6 février 1919, probablement de la grippe espagnole.

Durant le conflit, il mène des recherches sur les sutures primitives, la laparotomie, les extractions de projectiles avec l'aide du compas de Hirtz et le traitement du tétanos.

Récompenses :

Durant la guerre, il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 25 décembre 1916 et est cité à l'ordre de l'armée le 14 août 1917. Ce même jour, il obtient la Croix de Guerre avec palme.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 127 494.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/117/39.

BARNSBY Pierre, William, Jacques (30/03/1876 –)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Tours, fils de David, Robert Barnsby et de Thérèse, Théolinde, Marie Mauduyt, il se marie avec Maria Maréchal le 18 juin 1903. Il est le frère de Barnsby Henry, David, William, Pierre.

Carrière civile :

Ancien externe des Hôpitaux de Paris, il soutient sa thèse, *Traitement des anévrismes artériels rompus des membres*, à la Faculté de médecine de Paris en 1902. Il est Professeur d'anatomie à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers depuis 1905 et chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Il est aussi membre correspondant de la Société de Médecine légale de France.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1896, il est classé dans le service auxiliaire pour « cicatrice vicieuse de la main gauche ». Rappelé lors de la mobilisation générale, il est affecté à l'hôpital mixte de Poitiers le 2 août 1914 et est nommé médecin aide-major de 2e classe le 11 septembre 1914. Le 22 mars 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°27 d'Issoudun puis à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers le 4 juillet 1915. Le 5 août 1915, il est désigné pour la réserve du personnel sanitaire de la Ière armée à Is-sur-Tille avant de rejoindre, le 9 août, l'hôpital Bautzen Thouvenot à Toul. Il opère alors avec son frère. Le 15 décembre 1915, il rejoint l'ambulance 5/68 et par la même occasion son frère. Il est ensuite affecté à l'ambulance 8/64 le 6 juin 1916 puis à l'ambulance 1/5 le 15 juillet 1916. Le 11 septembre 1916, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Il opère de nouveau avec son frère lorsqu'il est affecté à l'ambulance 15/11 le 2 novembre 1916. Le 3 décembre 1917, il est affecté à l'ambulance 1/16. En février 1918, il est affecté à l'équipe chirurgicale 395/a. Le 13 mars 1918, il est à l'H.O.E. de La Chapelle jusqu'au 2 juin, il est alors affecté, avec son équipe, à l'autochir 21 où il retrouve

son frère. Le 14 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers et devient chirurgien consultant régional. Il est promu médecin major de 2e classe le 25 mars 1919. Il est démobilisé le 1er août 1919 et rayé des cadres le 21 décembre 1926.

Récompenses :

Durant ce conflit, il obtient la Croix de Guerre et est cité à l'ordre du Service de Santé du 36e corps d'armée le 4 novembre 1917. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 août 1921.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 3 809.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/438/58679.

BAROIS Léon, Appoline, Augustin (7/01/1851 – 2/02/1930)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Chartres, fils de Charles, Paul, Eugène Barois et de Marie, Geneviève Martineau, il se marie le 6 novembre 1888 avec Blanche, Jeanne, Louise Vallet.

Carrière militaire :

Médecin militaire, il débute sa carrière le 7 novembre 1869 à l'École du Service de Santé aux Armées de Strasbourg, il est alors médecin-élève, et participe à la guerre contre la Prusse l'année suivante. Le 8 novembre 1872, il entre à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, il y devient médecin-stagiaire le 10 janvier 1874. Il soutient sa thèse, *Étude de diagnostic sur un cas de paralysie du grand oblique de l'œil droit*, cette même année à la Faculté de médecine de Paris. Le 21 juillet 1874, il est nommé médecin aide-major de 2e classe et est affecté à l'hôpital de la division d'Oran. Il participe alors à une campagne militaire en Algérie de 1874 à 1876. Le 11 janvier 1876, il est affecté à l'hôpital militaire de Toulouse puis le 31 décembre 1876, il est promu médecin aide-major de 1ère classe et est affecté au 59e régiment d'infanterie. Il est ensuite affecté au 12e bataillon de chasseurs à pied le 12 avril 1878 puis au 2e régiment de chasseurs d'Afrique le 30 décembre 1878. Il participe de nouveau à une campagne militaire en Algérie de 1878 à 1882. Il est affecté à la légion de la Garde Républicaine le 24 mars 1882. Il y est promu médecin major de 2e classe le 5 octobre 1882. Il est ensuite affecté au 77e régiment d'infanterie le 17 octobre 1882, au 12e régiment de cuirassiers le 26 septembre 1884, puis au 1er régiment de cuirassiers le 25 septembre 1888 et au 36e régiment d'infanterie le 20 août 1892. Le 29 décembre 1892, il est promu médecin major de 1ère classe et est affecté à l'hôpital militaire de Lille le 23 mai 1897. Le 1er octobre 1902, il est promu médecin

principal de 2e classe et est affecté à l'hôpital militaire de Bourges puis de Toul le 23 septembre 1907. Il est promu médecin principal de 1ère classe le 24 décembre 1907 et est affecté à l'hôpital militaire de Rennes le 24 mars 1908. Le 10 mai 1909, il est nommé directeur du Service de Santé du 9e corps d'armée. Il est admis à la retraite le 7 janvier 1911 et se retire à Tours. Le 3 août 1914, il est mobilisé à la direction régionale du Service de Santé de la 9e région. Il est nommé directeur adjoint et est aussi médecin-chef de l'hôpital militaire de Tours. Il est noté comme un chirurgien habile, un médecin de grande valeur, mais on lui reproche cependant des défauts de caractère. Suite à des rapports défavorables, il aurait été négligent dans les soins à donner à des malades, il est rayé des cadres le 28 octobre 1916.

Il a publié divers articles chirurgicaux et est l'inventeur d'un appareil à douche pour l'armée qui a été adopté par le ministère de la Guerre.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 9 juillet 1872 et est promu Officier le 30 décembre 1909.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 144 565.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/117/53.

BARUK, Jacques, Nefsim (28/02/1872 – 24/01/1975)

Spécialité : Psychiatrie.

Carrière civile :

Né à Alexandrie (Égypte), il est externe des Hôpitaux de Paris en 1890-1891 puis interne de l'hôpital de Versailles en 1892 et des asiles de la Seine en 1893-1896. Il soutient sa thèse, *Les hallucinations dans la paralysie générale*, à la Faculté de médecine de Paris en 1894. Il est médecin-adjoint de l'asile de Lesville de 1896 à 1899, puis de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire de 1899 à 1906. Il est médecin-directeur de l'asile d'Alençon de 1906 à 1910. Il est médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire à partir de 1910. Il est Administrateur puis vice-président de la commission des Hospices d'Angers à partir de 1922. Il est membre du Conseil départemental d'hygiène du département de Maine-et-Loire. Il est chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris en 1926 puis Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris en 1946. Il est délégué de la Chaire de clinique annexe en 1955. Il est membre de la commission des maladies mentales au ministère de la Santé. Il est vice-président de la Société de Neurologie en 1956. Il est membre de plusieurs sociétés : la Société anatomique, la Société médico-

psychologique, la Société de Pédiatrie, la Société d'Endocrinologie, la Société d'Histoire de la médecine, la Société de Psychiatrie de Bucarest, la Société de Neuro-Psychiatrie de Mexico, la Société de Psychiatrie de Colombie. Il est aussi membre de l'*American Psychiatric Association* et de l'*American International Academy*.

Carrière militaire :

Durant la Première Guerre mondiale, l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire est militarisé et il reste à sa tête. Il y crée en août 1914, l'un des premiers services de psychiatrie ouvert permettant aux soldats d'être hospitalisés et non pas internés. Il participe également à la Seconde Guerre mondiale.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 27 juillet 1933 et est promu Officier le 10 octobre 1957. Il a par ailleurs obtenu la Croix de Guerre durant la Première Guerre mondiale. Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1284/48253.

BAUDOUIN Félix, Marie, Joseph (01/09/1873 – 04/10/1953)

Spécialités : Médecine générale, anatomie.

Né à Tours, fils d'Eugène, Philibert, Léon Baudouin et de Françoise, Joséphine Girard, il se marie le 15 septembre 1897 avec Aline, Marthe Bieleska. Ils divorcent le 25 mars 1920 et il se remarie le 26 octobre 1920 avec Lucie, Antoinette, Céline Bourdier.

Carrière civile :

Interne de l'hospice général de Tours, il obtient son doctorat de médecine en 1897 à la Faculté de médecine de Paris, sa thèse s'intitule *Du sarcome mélanique du tractus uvéal.* Il est aussi licencié en droit. Il est l'un des cofondateurs de la Ligue contre la tuberculose en Touraine en 1901 avec René Boureau et le médecin militaire Ferdinand Darde. Il est médecin de l'hospice général de Tours en 1903. Il est l'un des fondateurs des *Annales médico-chirurgicales du Centre* en 1903 et l'un de ses rédacteurs en chef. Il est Professeur suppléant d'anatomie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours en 1905. Il devient médecin-chef de l'hospice général de Tours en 1906 et Professeur d'anatomie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours en 1909. Il est aussi le directeur du laboratoire de l'hospice général et le médecin du bureau de bienfaisance. Il est membre du Conseil Départemental d'Hygiène d'Indre-et-Loire et conseiller municipal à la mairie de Tours avant la Première Guerre mondiale. Il est membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Après la Grande Guerre, il démissionne de son

poste à l'hospice général puis à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, respectivement en avril 1919 et en mai 1924.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est médecin auxiliaire le 23 juin 1897 puis médecin aide-major de 2e classe le 5 septembre 1897, médecin aide-major de 1ère classe le 11 août 1905 et médecin major de 2e classe le 29 juin 1912. Il est mobilisé le 20 août 1914 à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours. Le 14 décembre 1914, il est affecté comme médecin-chef aux hôpitaux complémentaires n°31 et n°37 à Tours et à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire). Il a par ailleurs organisé ce dernier hôpital destiné aux contagieux. Le 30 mai 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°14 de Poitiers, au service de bactériologie. Le 2 juin, il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris et en juillet, il est affecté à l'hôpital Bégin à Vincennes où il est chef d'un service pour fiévreux. En octobre 1915, il est nommé médecin-chef de l'hôpital temporaire de Grondecourt, puis de l'ambulance 7/9 en février 1916 avant de retourner au Gouvernement Militaire de Paris le 16 novembre 1916. Le 17 novembre 1916, il est affecté au dépôt de Clignancourt puis à l'hôpital temporaire du Panthéon le 19 novembre où il est chef d'un service pour fiévreux. Le 20 avril 1918, il est promu médecin major de 1ère classe. Il est démobilisé le 15 avril 1919. Il est rayé des cadres le 29 octobre 1934.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1917 et est aussi Officier de l'Instruction Publique.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 32 793.

BAUMGARTNER Amédée, Albert (9/05/1875 – 23/08/1973)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Fleury-sur-Andelle (Eure), il est le fils d'Édouard Baumgartner et d'Henriette, Ketty, Elisabeth Faure.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris en 1897 puis interne des Hôpitaux de Paris en 1900, il soutient sa thèse, *Les hernies par glissement du gros intestin*, en 1905 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chirurgien des Hôpitaux de Paris en 1907 et chirurgien-chef de service en 1919. Il a été Professeur à l'École des Infirmières de l'Assistance Publique. Il est membre de la Société de Chirurgie de Paris, de l'Association française de chirurgie et de la Société internationale de

chirurgie. Il est membre du conseil d'administration du Syndicat des Chirurgiens français. Il a été président de la Société médicale du 7e arrondissement de Paris. Il est membre de l'Académie de Médecine. Il mène des travaux sur la chirurgie et publie avec Paul Poirier un *Précis de dissection* en 1906. Il obtient plusieurs prix comme celui de l'Assistance Publique, de la Faculté de Médecine de Paris et de l'Académie de Médecine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1895, il est ajourné puis exempté en 1898. Il est engagé volontaire le 7 octobre 1914 et est affecté avec le grade de soldat de 2e classe à la 22e section d'infirmiers militaires. Nous ignorons où il a été affecté à ce moment. Le 7 avril 1915, il est affecté à l'ambulance 14/4, il est alors promu médecin aide-major de 2e classe. Le 23 mai 1915, il est affecté à l'ambulance 13/20, puis à l'ambulance chirurgicale automobile n°7 le 1er juillet 1915 et à l'ambulance chirurgicale automobile n°15 le 10 octobre 1915. Il est promu médecin major de 2e classe le 9 mars 1916. Le 1er novembre 1917, il est affecté à la place du Mans puis à l'hôpital mixte du Mans le 6 décembre 1917. Le 10 janvier 1918, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers, il est alors le chirurgien-chef du secteur chirurgical de Poitiers. Il est affecté à l'hôpital Buffon à Paris le 28 décembre 1918 et est démobilisé le 28 mars 1919. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 25 décembre 1933 avant d'être rayé des cadres le 9 mai 1938. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est engagé volontaire et est affecté à Rouen comme chirurgien consultant de la 3e région militaire. Il se replie à Agen le 20 juin 1940 et est démobilisé le 26 juillet 1940.

Récompenses :

Il est Officier d'Académie en 1908 et il remporte la médaille d'argent de l'Assistance Publique en 1912. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 19 juillet 1918, puis Officier le 27 mars 1930 (au titre du ministère de la Santé Publique) et enfin Commandeur le 13 juillet 1938 (au titre du ministère de la Guerre).

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 53 118.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1187/37424.

BERTON Maurice, Fulbert (30/11/1889 – 19/07/1918)

Spécialité : Inconnue.

Né à Ligueil, il est le fils d'Antoine, Alexandre Berton et de Marie, Marthe, Aimée Raguin.

Carrière militaire :

Soldat et la classe 1909 et étudiant en médecine à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, il obtient un sursis pour étude et ne débute son service militaire qu'en 1913 au sein du 66e régiment d'infanterie à Tours. La guerre le surprend durant son service militaire et il part au front avec ce régiment comme médecin auxiliaire. Blessé par éclats d'obus le 22 septembre 1915, il est alors évacué. Il retrouve le 66e régiment d'infanterie le 24 octobre 1915. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 15 décembre 1915 et est affecté au 3e régiment du génie mais pour peu de temps puisqu'il est affecté à Bizerte (Tunisie) le 12 janvier 1916 et le 27 janvier, à l'hôpital militaire cette ville. Le 22 octobre 1916, il rejoint le 66e régiment d'infanterie et passe au 33e régiment d'artillerie le 15 janvier 1917. Le 1er décembre 1917, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Il décède des suites de blessures à la ferme de Monthibaut dans la Marne le 19 juillet 1918.

Récompenses :

Il obtient de nombreuses récompenses durant le conflit. Il est plusieurs fois cité pour ses actions dans les soins des blessés au front que ce soit à l'ordre du 9e corps d'armée (20 novembre 1914), de l'armée (5 octobre 1915) et à celui du 33e régiment d'infanterie (28 août 1917). Il obtient la Croix de Guerre avec étoile vermeil et avec deux palmes et la Médaille Militaire le 23 juin 1915. Il est aussi fait Chevalier de la Légion d'Honneur à titre posthume le 23 mai 1919.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 125 160.
Dossier de la Légion d'Honneur : LH/215/43.

BOIDIN Louis (5/10/1876 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Bains-les-Bains (Vosges), il est le fils de Joseph, Édouard Boidin et d'Amélie, Louise, Léonie Bailly.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1901, il obtient la médaille d'or de l'internat. Il soutient sa thèse, *Recherches expérimentales sur les poisons de la bactéridie charbonneuse. Nature de la réaction locale dans l'œdème malin,* en 1906 à la Faculté de médecine de Paris. Il est membre de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1913. Médecin des Hôpitaux de Paris en 1920, il est médecin de l'Hôpital des Contagieux Bastion 29 en 1920-1921. Par la suite, il est médecin à l'hôpital Tenon.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1896, il est médecin auxiliaire le 26 octobre 1898, puis médecin aide-major de 2e classe le 26 septembre 1906 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il débute la guerre le 4 août 1914 à l'H.O.E. n°2 puis est affecté à l'ambulance 14/8 le 11 août 1915. Il est promu médecin major de 2e classe le 1er janvier 1916. Le 10 juillet 1916, il est affecté à l'ambulance 14/18 et le 23 juin 1917, il est affecté à l'ambulance 3/65. Le 20 septembre 1918, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°103 de Tours. De septembre à novembre 1918, il remplace le docteur Denéchau comme médecin-chef du secteur médical de Tours. Le 1er décembre 1918, il est nommé adjoint technique auprès du directeur du Service de Santé de la 6e région militaire. Le 15 décembre 1918, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce comme chef du service des officiers malades. Il est promu médecin major de 1ère classe le 1er avril 1919 et est démobilisé le 12 avril 1919. Il est promu médecin principal de 2e classe le 2 janvier 1928 puis médecin colonel (médecin principal de 1ère classe) le 25 décembre 1934. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce comme médecin consultant du secteur de Paris. Il est rayé des cadres le 21 mars 1941.

Récompenses :

Cité à l'ordre du Service de Santé de l'Armée le 3 juillet 1917, il reçoit aussi la Croix de Guerre et a été fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 6 juillet 1919 puis Officier le 30 juin 1939.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 15 722.

BONNET Louis, Alexandre, Ferdinand (10/06/1866 – 23/01/1928)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Vailly-sur-Sauldre (Cher), fils de Cyprien, François, Alfred Bonnet et de Marie, Eugénie, Léontine Chamaillard, il se marie le 23 octobre 1893 avec Rose, Marguerite Dieu.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1886, il devient élève de santé et est affecté à l'hôpital militaire du Gros-Caillou à Paris. Il est médecin-stagiaire le 1er novembre 1889, il est alors à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce. Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude de la dysidrose*, en 1889. Le 1er décembre 1890, il est nommé médecin aide-major de 2e classe et est affecté à l'hôpital militaire de Versailles. Il est affecté au 5e régiment du génie le 10 juillet et est promu médecin aide-major de 1ère classe le 1er décembre 1892. Il est nommé

surveillant à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce le 8 avril 1897 et est promu médecin major de 2e classe le 12 juillet 1897. Il devient Professeur agrégé à l'école le 28 septembre 1901 et est promu médecin major de 1ère classe le 23 septembre 1904. Le 30 novembre 1906, il est affecté à l'hôpital militaire du Dey à Alger puis, à l'École Spéciale Militaire de Saint-Cyr le 24 juin 1912. Il est promu médecin principal de 2e classe le 27 mars 1913.

Au début de la Première Guerre mondiale, le 3 août 1914, il est nommé médecin-chef de l'hôpital d'évacuation du 5e corps d'armée. Le 30 novembre 1914, il est affecté à la 10e armée et le 4 janvier 1915, il est nommé médecin-chef du Service de Santé des Étapes de la 10e armée. Il est promu médecin principal de 1ère classe le 18 novembre 1916. Le 3 février 1917, il est nommé médecin divisionnaire de la 68e division d'infanterie puis de la 2e division d'infanterie le 22 mai 1917. Le 6 avril 1918, il est nommé directeur du Service de Santé du 38e corps d'armée. Le 18 janvier 1919, il est nommé directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il est promu médecin inspecteur le 23 septembre 1919.

Après la guerre, il est membre du Comité consultatif de Santé à partir du 23 mars 1920. Le 10 juin 1926, il est placé dans la section de réserve et décède le 23 janvier 1928 à Tours.

Récompenses :

Il a été fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 30 décembre 1909 puis Officier le 18 avril 1918. Il a aussi obtenu la Croix de Guerre.

Dossier au Service Historique de la Défense : 15 Yd 212.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/288/53.

BONNIN Henri, Auguste, François (12/07/1886 –)

Spécialités : Dermatologie-vénéréologie, bactériologie, anatomie pathologique, maladies tropicales.

Né à Constantinople, il est le fils de François Bonnin et d'Augustine, Mathilde Reniot.

Carrière civile :

Il est interne des Hôpitaux de Bordeaux et membre de la Société d'anatomo-clinique de Bordeaux en 1912. Il est préparateur-adjoint au laboratoire d'anatomie pathologique de Bordeaux. Il soutient sa thèse, *L'éosinophilie pleurale traumatique*, en 1914 à la Faculté de médecine de Bordeaux. Après la Première Guerre mondiale, il devient médecin des Hôpitaux de Bordeaux puis, en 1920, chef du laboratoire d'anatomie pathologique et de microscopie-

chimique. Il est membre de la réunion biologique de Bordeaux et de l'Association Française pour l'étude du Cancer en 1922. Il devient agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux en 1923. Cette même année, il est membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux et de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Il est aussi Professeur agrégé de pathologie coloniale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1906, il est médecin auxiliaire le 7 août 1909 et débute la Première Guerre mondiale avec ce grade. Le 3 août 1914, il est affecté au 58^{e} régiment d'artillerie de campagne et est promu médecin aide-major de 2^{e} classe le 23 août 1914. Il est affecté au 10^{e} régiment d'artillerie le 1er mars 1915, puis au 20^{e} régiment d'artillerie de campagne le 4 juin 1915. Le 1er novembre 1915, il est affecté au 110^{e} régiment d'artillerie lourde. Il est nommé médecin aide-major de 1ère classe le 12 février 1917. Le 8 novembre 1917, il est affecté au 283^{e} régiment d'infanterie. Le 9 janvier 1918, il est affecté à la direction du Service de Santé de la 9^{e} région militaire avant d'être affecté, le 30 janvier 1918, au centre régional de dermatologie-vénéréologie de cette région, situé à l'hôpital mixte de Tours puis à l'annexe de l'hôpital complémentaire n°30, rue de Jérusalem à Tours. Il est démobilisé le 4 avril 1919.

Le 12 janvier 1923, il est promu médecin major de 2^{e} classe. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est affecté à l'hôpital complémentaire du Camp de Souge (Gironde). Il est démobilisé le 30 juin 1940 puis rayé des cadres le 14 novembre 1943.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 23 décembre 1936.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 55 007.

BOPPE Louis, Marie, Adrien (5/07/1857 – 8/11/1925)

Spécialités : Chirurgie, médecine générale.

Né à Château-Salins (Meurthe), fils de Jean, Antoine, Théophile Boppe et de Pauline, Joséphine, Alexandrine Laurent, il se marie le 1er août 1888 avec Pauline Nicolas.

Carrière militaire :

Il entre à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce le 9 novembre 1879 comme élève-médecin. Il devient médecin stagiaire le 7 avril 1881 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 11 novembre 1881. Il soutient sa thèse, *Contribution à*

l'étude de l'hémorrhagie spontanée de la moelle ou hématomyélie, à la Faculté de médecine de Paris en 1881. Il est affecté à l'hôpital militaire de Nancy le 11 novembre 1881, puis au dépôt du 10e bataillon de chasseurs à pied le 27 juillet 1883. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 7 novembre 1883. Il participe au corps expéditionnaire du Tonkin du 13 juin 1885 au 25 août 1887. Durant cette période, il est affecté à l'ambulance de Shu-Long Thuong le 19 août 1885 puis au 4e bataillon du 2e régiment étranger à Thod le 23 novembre 1885, à l'infirmerie de Dap-Cau (médecin-chef) le 7 janvier 1886, à la colonne de Cao-Baug (médecin-chef) le 8 octobre 1886 et à l'ambulance de Hanoï le 6 juin 1887. Il embarque pour la France le 25 août 1887, il est promu médecin major de 2e classe le 8 septembre 1887 et il arrive en France le 17 novembre. Il est affecté au 129e régiment d'infanterie le 29 décembre 1887, au 69e régiment d'infanterie le 13 juillet 1891, au 12e régiment de dragons le 7 août 1894 et au 146e régiment d'infanterie le 9 juin 1898. Il est promu médecin major de 1ère classe le 25 décembre 1898. Il est affecté à l'hôpital militaire de Toul le 19 décembre 1900 puis à celui de Nancy le 9 novembre 1907. Il est promu médecin principal de 2e classe le 24 décembre 1907. Il devient médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy le 27 août 1909. Il est promu médecin principal de 1ère classe le 24 septembre 1911.

Le 31 juillet 1914, il est nommé sous-directeur de l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce et médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce mais il ne rejoint pas ces postes suite à la situation internationale. Il est alors nommé médecin-chef de la 11e division d'infanterie alors en couverture, il est blessé par un éclat d'obus le 1er septembre 1914. Il est nommé directeur du Service de Santé du 32e corps d'armée le 23 novembre 1914, puis du corps expéditionnaire d'Orient le 1er mai 1915. Il est rapatrié le 25 juin 1915 pour maladie et est nommé directeur du Service de Santé du 4e corps d'armée le 17 juillet 1915. Il est promu médecin inspecteur le 20 juillet 1915. Le 30 mars 1916, il est nommé chef supérieur du Service de Santé de la 8e armée. Le 5 juillet 1917, il est placé dans la section de réserve et maintenu dans ses fonctions. Le 5 mars 1918, il est relevé et replacé dans la 2e section et le 31 mars 1918, il est nommé directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Le 31 janvier 1919, il est replacé dans la 2e section. Il est nommé directeur du Service de Santé de la 20e région le 3 février 1921.

Récompenses :

Il a obtenu la médaille d'argent de l'Académie de Médecine en 1883 pour des travaux sur la vaccination. Il gagne de nouveau ce prix pour des travaux sur le même sujet en 1884. Il

obtient la Médaille du Tonkin le 23 novembre 1885, il est fait Officier du Dragon Vert de l'Annam le 10 mars 1891, Chevalier du Mérite agricole le 30 juillet 1906 et Officier de l'Ordre du Cambodge le 24 mars 1912. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 20 décembre 1886, Officier le 10 juillet 1913 et Commandeur le 1er octobre 1917. Il obtient la Croix de Guerre (étoile de vermeil ou argent avec deux palmes).
Dossier au Service Historique de la Défense : 15 Yd 187.
Dossier de la Légion d'Honneur : LH/293/4.

BOQUEL André, Émile, Auguste (21/10/1866 – 2/04/1961)

Spécialité : Chirurgie.

Carrière civile :

Né à Angers (Maine-et-Loire), il soutient sa thèse, *Traitement du pied-bot congénital chez l'enfant*, à la Faculté de médecine de Paris en 1896. Il est chef des travaux d'anatomie et d'histologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers à partir de 1896. Il est chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers depuis 1897. Il est Professeur de clinique obstétricale à partir de 1899. Il devient le directeur de l'École de médecine et de pharmacie d'Angers en 1913 et en devient ensuite le directeur honoraire. Il a été président du Conseil départemental d'Hygiène de Maine-et-Loire et président fondateur de l'Œuvre Grancher de préservation de l'enfance contre la tuberculose dans ce département. Il est membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Au début de la Première Guerre mondiale, il devient l'un des chirurgiens de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers qui appartient au comité de l'Union des Femmes de France de cette ville. Il reste à ce poste jusqu'à la fin de la guerre.

Récompense :

Il est fait Officier de la Légion d'Honneur le 12 mai 1951.
Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/440/58864.

BOUCHACOURT Léon, François, Émile (23/06/1865 – 1949)

Spécialités : Radiologie, électrologie, gynécologie.

Né à Lyon (Rhône), il est le fils d'Antoine, Jean, Emmanuel Bouchacourt et de Jeanne, Marie, Sophie, Prudence Zacharie. Son père a été chirurgien en chef de l'Hôpital de la Charité à Lyon et Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Carrière civile :

Externe puis interne des Hôpitaux de Paris en 1894, il soutient sa thèse, *De l'exploration des organes internes à l'aide de la lumière éclairante et non éclairante ; endoscopie par les rayons de Röntgen*, à la Faculté de médecine de Paris en 1898. En 1899, il fonde la clinique Tarnier avec le professeur Budin, son ancien maître, et mène des travaux en radiologie et en obstétrique. Il est ensuite préparateur des cours d'accouchement puis chef de clinique adjoint et enfin chef de clinique obstétricale du professeur Budin à la Faculté de médecine de Paris. En 1904, il reçoit le prix Jacquemier de l'Académie de Médecine pour ses travaux. Radiologue des Hôpitaux de Paris, il dirige le service de radiologie de la Maison Municipale de Santé depuis 1908. Cette même année, il est l'un des membres fondateurs, notamment avec Béclère, Haret, Belot et Ledoux-Lebard, de la Société de Radiologie Médicale de France.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1885, il est médecin auxiliaire le 10 janvier 1890 puis médecin aide-major de 2e classe le 11 mai 1899 et médecin aide-major de 1ère classe le 11 août 1905. Le 2 août 1914, il est affecté à l'hôpital d'évacuation n°22 du corps d'armée colonial. Le 26 août 1914, il est affecté au centre de radiologie de Bordeaux, il est promu médecin major de 2e classe le 17 septembre 1914. Le 1er décembre 1914, il est affecté au centre de radiologie de Tours. Il parcourt la 9e région militaire avec une voiture radiologique pour réaliser des examens pour les médecins et les chirurgiens de la région. Il fait un état des lieux assez critique de l'organisation radiologique de la 9e région et dénonce certaines pratiques chirurgicales qu'il juge nuisibles pour la santé et le rétablissement des soldats. Le 1er mars 1915, il est nommé chef du centre de physiothérapie de la 4e région militaire. Le 2 novembre 1915, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il est affecté à la région du Nord le 17 août 1916 et à l'hôpital n°112 le 20 août 1916. Nous ignorons s'il s'agit d'un hôpital complémentaire ou auxiliaire. Le 11 octobre 1916, il est affecté à la 7e région militaire comme médecin-chef de l'équipage radiologique n°41 ; il est ainsi affecté à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon le 23 décembre 1916. Il est affecté au poste radiologique de l'hôpital complémentaire n°31 de Deauville le 21 mars 1917. Il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris, à l'hôpital temporaire Rollin, le 21 octobre 1917 et est promu médecin major de 1ère classe le 1er juillet 1918. Il est démobilisé le 5 mai 1919. Il est rayé des cadres le 3 mai 1927.

Durant la guerre, il a inventé un appareil pour rechercher les projectiles.

Récompense :

En 1913, il obtient la Médaille d'Argent de l'Hygiène de l'Enfance.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 5 430.

BOUREAU René, Marie, Louis (22/07/1854 – 06/01/1936)

Spécialités : Chirurgie, immunologie, prothèses.

Né à Amboise (Indre-et-Loire), fils de Jules, Cyrille Boureau et de Renée, Marie, Victorine Mahoudeau, il se marie le 1er octobre 1881 avec Caroline Baillou.

Carrière civile :

Il fait ses études à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, il y est prosecteur et est également interne à l'hospice général de Tours. Il est externe des Hôpitaux de Paris, notamment chez Labbé et Archambault. Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur l'évolution de la grossesse* en 1879 à la Faculté de médecine de Paris. Il débute comme médecin généraliste à Loches et participe à la création du Syndicat des Médecins d'Indre-et-Loire en 1881. Il s'installe à Tours en 1893-1894. En 1894, il est chirurgien-adjoint de l'hospice général de Tours et l'année suivante, il est chef de laboratoire à l'asile Gatien de Clocheville. En 1896, il devient chirurgien-adjoint de l'asile Gatien de Clocheville. La même année, il participe à la création de la *Gazette Médicale du Centre*. Il devient chirurgien-chef et administrateur de l'asile Gatien de Clocheville, il est mis à la retraite en 1913 et à la fin de l'année 1915, il est nommé administrateur à vie de l'asile Gatien de Clocheville. Il est notamment à l'origine de l'introduction de la sérothérapie à Tours.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1874, il est rayé des cadres le 22 novembre 1900 et est alors libre de s'engager au sein des sociétés d'assistance de la Croix-Rouge pour servir en cas de conflit. Il s'engage auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours qui l'affecte au futur hôpital auxiliaire n°1 situé au collège privé de Marmoutier à Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire). Lors de la mobilisation, il rejoint cette formation. Le 3 janvier 1916, il est réintégré dans l'armée avec le grade de médecin aide-major de 1ère classe, il a alors 61 ans. Le 9 janvier, il est nommé chirurgien de la place de Tours, sous la direction du chirurgien Ombrédanne et reste à l'hôpital auxiliaire n°1. Il rejoint le front le 29 juin, il est alors affecté à l'hôpital Gamma à Toul. Le 4 juillet 1916, il est affecté à l'ambulance 7/9 à Gondrecourt et est nommé chef de l'équipe chirurgicale n°245. Le 12 février 1917, il est promu médecin major de 2e classe. Le 7 août 1917,

il est affecté à l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours (Indre-et-Loire) pour y diriger le centre de rééducation des mutilés. Lors de l'offensive allemande au printemps 1918, il reprend son ancien service chirurgical à l'hôpital auxiliaire n°1. Il est hospitalisé à l'hôpital complémentaire n°2 à Tours du 9 au 13 août 1918, pour une raison inconnue, puis il obtient une convalescence du 16 août au 15 octobre 1918 avant de rejoindre son poste à l'hôpital complémentaire n°5. Il est démobilisé le 9 mars 1919 et est rayé des cadres le 22 mai 1919.

Il est l'auteur de nombreux livres et articles scientifiques, dont certains traitent de ses recherches sur les prothèses durant le conflit comme le *Bras de travail et mains de travail pour amputés* (Paris, Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1916). Son intérêt pour les mutilés se traduit aussi par sa fonction de vice-président du comité de l'Assistance aux Convalescents Militaires pour la 9^{e} région. En outre, il participe à la rédaction du *Larousse médical illustré de guerre* (Paris, Larousse, 1917) sous la direction d'Émile Galtier-Boissière.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 29 décembre 1917.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 6 903.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/242/32228.

BRIN Henry, Théophile (12 /09/1871 – 21/02/1930)

Spécialités : Chirurgie, urologie.

Né à La Renaudière (Maine-et-Loire), fils de Pierre Brin et de Victoire Baumard, il se marie le 20 octobre 1902 avec Marie, Louise, Charlotte Durand.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1895 et aide d'anatomie à Paris, il soutient sa thèse, *Traitement des rétentions aiguës et chroniques chez les prostatiques,* en 1898 à la Faculté de médecine de Paris. En 1899, il est suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicale puis Professeur de pathologie externe en 1901 à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers. Il est aussi chirurgien à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il est membre de la Société de Chirurgie de Paris et il collabore également avec des journaux provinciaux comme les *Archives médicales d'Angers*. Après la guerre, il succède au chirurgien Monprofit à la chaire de clinique chirurgicale de l'École de médecine et de pharmacie d'Angers et devient chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il dirige un centre anticancéreux et devient membre de la Société internationale de Chirurgie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1891, il est classé dans le service auxiliaire pour myopie, il s'engage alors auprès du comité de la S.S.B.M. d'Angers. Au début de la guerre, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°11 à Angers avant d'être mobilisé en juin 1915. Le 24 juin, il est nommé au grade de soldat de 2e classe et est affecté à l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours. Cette mutation fait suite à l'interdiction faite aux médecins et aux pharmaciens d'être mobilisés sur leur lieu de résidence. Le chirurgien Brin permute alors avec le chirurgien tourangeau Henry Barnsby. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 7 avril 1915 puis est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la 7e armée à Besançon le 7 janvier 1916. Le 25 janvier 1916, il est affecté à l'hôpital d'Héricourt puis à l'ambulance 3/14 le 1er mars 1916. Il est promu médecin major de 2e classe le 9 mars 1916 puis il est détaché à l'ambulance chirurgicale automobile n°6 le 1er juillet 1916. Il est affecté à l'hôpital mixte de Châteauroux le 25 novembre 1917, il est alors le chirurgien-chef du secteur chirurgical de Châteauroux. Le 28 septembre 1918, il est affecté à un poste similaire à Marseille. Le 2 janvier 1919, il est nommé chirurgien consultant régional et chef du centre d'urologie d'Angers, probablement à l'hôpital mixte de la ville. Il est démobilisé le 8 août 1919 et il est rayé des cadres le 6 janvier 1930.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 13 août 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 13 575.

CAÏN André, Joseph (14/10/1885 – juin 1944)

Spécialités : Médecine générale, gastro-entérologie, voies respiratoires.

Né à Paris, fils de Sylvain Caïn et de Lucie, Théodorine Alexandre, il se marie le 22 avril 1914 avec Jeanne, Caroline Gaisman.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1909, notamment au service de Léon Bernard à l'hôpital Laënnec, il soutient sa thèse, *Recherches sur l'anémie des tuberculeux ; les réactions de la rate et de la moelle osseuse,* en 1914 à la Faculté de médecine de Paris. Il a été moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Après la Première Guerre mondiale, il est médecin des Hôpitaux de Paris, à partir de 1924, il est notamment au service de gastro-entérologie du professeur Bensaude à l'hôpital Saint-Antoine. Il décède à Auschwitz en juin 1944.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1905, il est médecin auxiliaire le 25 août 1911. Au début de la guerre, il est mobilisé à la 24e section d'infirmiers militaires puis au 5e régiment du génie le 18 août 1914. Ce même jour, il est promu médecin aide-major de 2e classe puis médecin aide-major de 1ère classe le 18 août 1916. Le 25 mars 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°54 de Beaudiment (Vienne). Le 15 novembre 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°6 à Angers, il est alors le médecin-chef du secteur médical d'Angers. Le 4 août 1918, il est affecté à la gare régulatrice d'Is-sur-Tille puis au 414e régiment d'infanterie le 8 septembre 1918. Le 10 février 1919, il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris et il est démobilisé le 1er mars 1919.

Il est promu médecin major de 2e classe le 5 juillet 1924 puis médecin commandant (médecin major de 1ère classe) le 25 décembre 1935. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est affecté à l'hôpital Michelet à Vanves le 15 décembre 1939, puis à l'hôpital militaire Villemin à Paris le 30 juin 1940. Il est démobilisé le 1er septembre 1940 et rayé des cadres le 11 janvier 1943.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre lors de la Première Guerre mondiale. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur au titre du ministère du Travail le 19 août 1927 et est promu Officier au titre du ministère de la Santé Publique le 17 janvier 1938.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 21 363.

CAMUS Maurice, Joseph, Stanislas (12/11/ 1877 – 21/02/1960)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Châteauroux, fils de Maurice Camus et d'Hercélie, Clémence Bichat, il se marie le 20 avril 1906 avec Geneviève, Marthe Aubert.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris à partir de 1901, il soutient sa thèse, *Les hématomes intraspléniques et périspléniques consécutifs aux contusions et ruptures traumatiques de la rate,* en 1905 à la Faculté de médecine de Paris. La même année, il est membre correspondant de la Société Anatomique de Paris. Durant sa carrière civile, il occupe différents postes comme médecin inspecteur des écoles de la Seine, médecin du métropolitain de Paris et médecin de la Fondation Blum-Ribes en 1926.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1897, il est médecin auxiliaire le 19 décembre 1900 puis médecin aide-major de 2e classe le 26 septembre 1906 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Le 3 août 1914, il rejoint l'ambulance 1/11 à Nantes et est envoyé aux armées quatre jours plus tard avec cette formation. Malade, il est hospitalisé au front le 23 février 1915 puis évacué le 27. Il passe sa convalescence à Châteauroux et le 2 avril 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°1 de la ville. En août, il y est nommé chirurgien de place et le 19 août 1916, il est promu médecin major de 2e classe. Le 12 septembre, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°25 à Bitray, près de Châteauroux, il en est le médecin-chef. Le 1er avril 1917, il est nommé médecin-chef d'une équipe chirurgicale mobilisable dans le territoire (zone de l'intérieur). Le 20 juillet, il est affecté avec son équipe à l'hôpital militaire de Tours puis à l'hôpital auxiliaire n°1 à Sainte-Radegonde. Le 19 novembre 1917, il est détaché à l'hôpital bénévole n°97bis de Tours. Le 31 janvier 1919, il est hospitalisé à cette formation, frappé par la grippe espagnole dont il gardera des séquelles. Le 30 avril, il est à l'hôpital bénévole n°87bis de Biarritz, puis le 15 juillet, à l'hôpital militaire de Bagnoles. Il sort le 17 août et est démobilisé le 19. Il est rayé des cadres le 21 décembre 1925.

Récompenses :

Le 16 juin 1920, il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur et est promu Officier le 4 janvier 1951.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 3 801.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/666/76518.

CARVALLO Joachim (1869 – 1936)

Spécialité : Physiologie.

Carrière civile :

Né à Don Benito (Espagne), il étudie à la Faculté de médecine de Madrid et est médecin lorsqu'il arrive en France en 1893. Il travaille alors avec Victor Pachon sur la physiologie de l'estomac dans le laboratoire de Charles Richet. Il y rencontre Ann Coleman, une jeune interne américaine, avec qui il se marie en 1899. En 1906, ils achètent le château de Villandry (Indre-et-Loire) et commencent à le restaurer, le docteur Carvallo y crée un laboratoire de physiologie. En 1911, il soutient une thèse, *Méthode radiochronophotographique : application de cette*

méthode à l'étude des mouvements de l'appareil digestif, à la Faculté de médecine de Paris. Il est par ailleurs directeur de l'Institut Marey.

Carrière militaire :

Durant la Première Guerre mondiale, il crée dans son château l'hôpital bénévole n°75bis qui possède vingt-et-un lits. Cet hôpital fonctionne du 16 septembre 1914 au mois de janvier 1917. L'hôpital est soutenu financièrement par la population de Villandry et une commission formée par des notables de la ville l'administre. Les soldats hospitalisés au château s'adonnent à différents loisirs comme la chasse et la pêche et les jardins du château sont en partie mis en culture par ces derniers. L'hôpital compte au maximum trente-quatre lits et est affecté à la chirurgie jusqu'en décembre 1916.

Sources : http://www.orhibio.org/wiki. Site consulté le 5 juillet 2015. UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS DE TOURS. *Catalogue de l'exposition « Touraine, Jardin de Santé et Pépinière de Savants 19 juin 2009 – 30 août 2009 »*. Tours : Presses Universitaires de Tours, 2009, 41 p.

CASTELAIN Fernand, Jean-Baptiste, Louis (14/10/1875 –)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Lille, il est le fils de Fernand, Eugène Castelain et de Marie, Eugénie, Henriette Desrousseaux.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Lille, il est docteur en médecine de la Faculté de Lille en 1901, sa thèse s'intitule *Contribution à l'étude de l'opération de Bottini (section galvano-caustique de la prostate)*. Il a aussi été moniteur et chef de clinique des Quinze-Vingts. Il est ophtalmologue de l'Hôtel-Dieu de Douai et semble s'être établi à Paris avant la guerre. Il est membre correspondant de la Société d'Ophtalmologie de Paris et membre de la Société Française d'Ophtalmologie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1895, il est médecin auxiliaire le 30 janvier 1901 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 7 juin 1902 et médecin aide-major de 1ère classe le 11 août 1905. Il est mobilisé le 2 août 1914 et est mis à la disposition du 1er corps d'armée. Le 6 septembre, il est affecté à la 9^{e} région puis le 19, à l'hôpital complémentaire n°30 de Tours dont il devient le médecin-chef. Il y organise le centre régional d'ophtalmologie pour la région. Suite à l'arrivée

du docteur Terrien, il devient son assistant (9 février 1915). Le 16 janvier 1916, il est promu médecin major de 2e classe. Le 21 août, il est mis à la disposition de la réserve du personnel sanitaire de la Ve armée puis le 5 septembre, il est affecté au 89e régiment d'infanterie territoriale. Le 4 octobre 1916, il est affecté à l'ambulance 1/38, au service d'ophtalmologie. Le 23 avril 1917, il est affecté à l'hôpital Villemin à Paris et est détaché à l'hôpital Lariboisière. Il est démobilisé le 28 janvier 1919 et est rayé des cadres le 4 novembre 1924.

Lors de son passage à Tours, il se blesse durant une opération le 7 février 1915 :

> « En vidant l'œil d'un malade avec la curette, a reçu du pus dans son œil droit, a continué néanmoins à opérer et n'a consenti à se soigner qu'une fois le pansement terminé. »

Récompense :

Il obtient la Médaille d'Honneur d'Argent des Épidémies le 19 février 1916.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 159 796.

CERISE Laurent, Guillaume (30/04/1876 –)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Paris, fils de Laurent, Guillaume Cerise et de Félicie, Henriette Faure, il se marie le 9 mai 1906 avec Jeanne, Alice, Marie Vilson.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris à partir de 1903, il est docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1908, sa thèse s'intitule *De la sensibilité cornéenne* ; il obtient la médaille d'argent pour celle-ci. En 1920, il devient ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris. Il a exercé à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital de la Pitié. Ancien chef de clinique occulistique de la Faculté de médecine de Paris, il y enseigne comme chef de laboratoire (Hôtel-Dieu) et comme chef de clinique pendant sept années (durant les années 1930). Il est membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris. Il est l'auteur de diverses communications aux sociétés d'Ophtalmologie et de Neurologie de Paris. Il effectue des travaux d'ophtalmologie-neurologie et d'anatomie-pathologique pendant son internat, le cliniquat et comme chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1896, il est médecin auxiliaire le 27 juin 1899 puis médecin aide-major de 2e classe le 29 septembre 1909. Il débute la guerre le 2 août 1914 à l'hôpital d'évacuation n°6 de Verdun. Le 6 novembre 1914, il est affecté à l'ambulance 4/56 où il obtient

le grade de médecin aide-major de 1ère classe le 14 décembre 1914. Il est affecté au Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé Militaire le 25 juin 1916 mais il n'y reste que peu de temps puisqu'en juillet, il rejoint la 9e région militaire. Il est alors affecté au centre régional d'ophtalmologie, à l'hôpital complémentaire n°30 de Tours. Il y reste jusqu'au 15 décembre 1917, date à laquelle il est affecté au Val-de-Grâce puis, il est détaché à l'Hôtel-Dieu au service d'ophtalmologie du professeur de Lapersonne. Il revient à Tours le 27 février 1918 et est affecté au centre spécial de réforme comme expert en ophtalmologie. Il est promu médecin major de 2e classe le 26 décembre 1918 et est démobilisé le 20 janvier 1919. Le 25 décembre 1921, il est promu médecin commandant (médecin major de 1ère classe) et est rayé des cadres le 13 août 1937.

Durant le conflit, il effectue une mission de trois mois pour des recherches scientifiques au laboratoire d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de Paris (décembre 1917 – mars 1918). Il passe aussi huit jours à Paris pour un enseignement spécial des gaz.

Récompenses :

Il est cité à l'ordre de la 69e division le 15 mars 1916, il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 29 décembre 1917 et est promu Officier le 4 août 1936. Il obtient aussi la Croix de Guerre lors de la Première Guerre mondiale.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 51 706.

CESTAN Raymond, Jacques, Pierre, Jules (6/04/1872 – 1/11/1933)

Spécialités : Neurologie, psychiatrie.

Né à Gaillac (Tarn), il est le fils de Jacques, Marie, Eugène Cestan, médecin-chef de l'hôpital de Gaillac, et de Marguerite Mazelie. Il se marie le 7 mai 1905 avec Joséphine, Antoinette Brissaud.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris à partir de 1895, il soutient sa thèse, *Le syndrome de Little ; sa valeur nosologique, sa pathogénie*, en 1899 à la Faculté de médecine de Paris. Il a été chef de clinique et est agrégé en section pathologie interne et médecine légale. Après en avoir été chargé de cours en 1913, il est professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de médecine de Toulouse. Il est médecin des Hôpitaux de Toulouse. Il est membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il a été classé dans le service auxiliaire. Il n'est mobilisé que le 11 novembre 1914 et est alors nommé médecin-chef du centre de neurologie de la 17e région (Toulouse) mais il ne possède pas de grade. Classé dans le service actif à sa demande à la fin de l'année 1915, il est nommé médecin aide-major de 2e classe le 15 janvier 1916. Il est ensuite affecté à l'hôpital complémentaire n°58 le 21 janvier 1916, au poste de médecin-chef du service de neurologie. Il est promu médecin major de 1ère classe le 15 mai 1916. Il arrive le 30 mars 1917 dans la 9e région militaire en étant affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours, il prend alors la direction du centre de neurologie. Le 26 octobre, il est affecté à l'hôpital bénévole n°116bis puis, à l'hôpital complémentaire n°51 le 30 janvier 1918 et de nouveau à l'hôpital bénévole n°116bis le 5 juin ; ces formations accueillent successivement le centre de neurologie. Le 9 juillet, il quitte la 9e région militaire pour la 16e (Montpellier). Le 5 octobre, il est affecté à Carcassonne comme médecin de secteur. Il rentre à Toulouse le 3 janvier 1919 et le lendemain, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°66. Le 31 janvier, il est à la tête du service de neurologie de l'hôpital complémentaire n°60. Il est démobilisé le 24 octobre 1919 mais il est maintenu en stage à l'hôpital militaire de Toulouse du 25 octobre au 18 décembre, date à laquelle il est définitivement libéré. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 25 juin 1932.

Durant le conflit, il fonde dans la 17e région un centre modèle de rééducation agricole, l'école d'agriculture d'Ondes, qui est apparemment l'un des premiers centres de rééducation des mutilés. Il a aussi réalisé une étude sur la rééducation des mutilés avant la réforme en 1917.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 20 juin 1920.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 27 250.

CHABANEIX Antoine, Paul (3/07/1875 –)

Spécialités : Radiologie, électrologie.

Né à Périgueux, fils de Louis Chabaneix et de Rosa Barbat, il se marie le 23 août 1897 avec Virginie, Ursule, Anne-Marie Caussé.

Carrière civile :

Avant la Première Guerre mondiale, il a déjà eu une carrière militaire. Il entre à l'École du Service de Santé de la Marine et des Colonies de Bordeaux le 20 octobre 1894. Il soutient

sa thèse, *Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs,* en 1897 à la Faculté de médecine de Bordeaux. Le 8 décembre 1897, il est nommé médecin auxiliaire de 2e classe de la Marine puis, médecin stagiaire des colonies le 26 mars 1898. Le 15 avril, il est affecté en Nouvelle-Calédonie, il y obtient le grade de médecin de 2e classe des colonies le 26 septembre 1899. Il participe à une campagne militaire en Nouvelle-Calédonie du 24 avril 1898 au 25 mai 1902. Le 11 juin 1901, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Le 6 juin 1902, il est affecté au 7e régiment d'infanterie coloniale. Il passe ensuite dans les troupes métropolitaines, au 16e bataillon de chasseurs à pied le 6 janvier 1903. Il démissionne le 1er décembre 1905. Il est médecin-chef du service de radio-électrologie de l'hôpital civil de La Rochelle. Il collabore au *Journal de Radiologie et d'Électrologie*.

Carrière militaire :

Il est mobilisé le 2 août 1914 à l'ambulance 14/12. Il rejoint la 9e région militaire le 14 février 1915, il est alors affecté à l'hôpital complémentaire n°2 où il devient le chef du laboratoire de radiologie sous la direction du docteur Ledoux-Lebard. Il est promu médecin major de 2e classe le 15 janvier 1916. Le 3 février 1919, il est affecté à l'hôpital militaire de La Rochelle et au centre de radiologie de la place de Saintes. Il est démobilisé le 24 octobre 1919 et est rayé des cadres le 1er octobre 1933.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 5 novembre 1931.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 30 782.

CHARPENTIER Albert, Hubert (8/02/1872 –)

Spécialité : Électrologie, neurologie, vénéréologie.

Né à Bourges, fils de Marie, François Charpentier et d'Anne, Elisabeth, Clotilde Maurice, il se marie le 1er avril 1908 avec Elvira Aramayo.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis ; étude clinique et statistique,* en 1899 à la Faculté de médecine de Paris et qui est récompensée par la Faculté de médecine de Paris. Cette même année, il publie une étude menée en collaboration avec le Professeur Babinski sur le rapport étroit entre le signe d'Argyll-Robertson et la syphilis. Il est par ailleurs chef de laboratoire au service du Professeur Babinski à l'hôpital de la Pitié. Il est membre titulaire de la Société de Neurologie et de la Société d'Électrologie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est médecin auxiliaire le 24 décembre 1896 puis médecin aide-major de 2e classe le 8 juillet 1900 et médecin aide-major de 1ère classe le 23 juillet 1907. Il est mobilisé le 4 août 1914 à l'ambulance 16/3. Il arrive à Tours le 11 juillet 1915, il est alors affecté à l'hôpital complémentaire n°2 où il demeure jusqu'à sa démobilisation le 28 janvier 1919. À Tours, il est affecté au centre de physiothérapie et plus particulièrement au service d'électrothérapie. Il y obtient le grade de médecin major de 2e classe le 19 août 1916. Après la guerre, il est rayé des cadres le 22 février 1922.

Récompense :

Il est fait Officier de l'Instruction Publique en 1908.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 145 911.

CHAUMIER Edmond (4/12/1853 – 1/04/1931)

Spécialités : Médecine générale, immunologie.

Né à Saint-Flovier (Indre-et-Loire), il est le fils d'Auguste, Pierre, Jean-Baptiste Chaumier et de Claire, Honorine Chaumier. Il se marie en juillet 1885 avec Marie, Pauline, Horstense Bartoli mais ils se séparent et en 1931, Edmond Chaumier vit avec Christine Coutoux, sa légataire universelle.

Carrière civile :

Il débute ses études de médecine à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, puis il devient externe des Hôpitaux de Paris où il rencontre le Professeur Jules Parrot, l'un des fondateurs de la pédiatrie. Il soutient sa thèse, *Un chapitre de l'histoire des maladies constitutionnelles : la migraine*, en 1878 à la Faculté de médecine de Paris. Vers 1880, il s'établit au Grand-Pressigny (Indre-et-Loire). En 1881, il fonde le Syndicat des médecins d'Indre-et-Loire. Il rejoint Tours en 1887. Il y fonde un dispensaire pour enfants ainsi que l'Institut Vaccinal du Dr. Chaumier, l'œuvre de sa vie. Il s'associe avec Marcel Belin, médecin vétérinaire spécialiste en bactériologie, et met au point des méthodes permettant la fabrication à grande échelle de vaccine (vaccin contre la variole). L'institut se développe et déménage au château de Plessis-lès-Tours, près de Tours, en 1899. En 1905, il fournit quarante-trois départements en France et en 1908, il ouvre une succursale à Rome. En 1910, il crée la *Revue internationale de la vaccine* afin de fédérer l'ensemble des recherches sur la variole.

Carrière militaire :

Avant la Première Guerre mondiale, il s'est engagé auprès du comité de la Société de Secours aux Blessés Militaires de Tours. Il débute le conflit comme médecin-chef de l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps mais un conflit avec madame Guérard, infirmière surveillante, le pousse à quitter la formation à la fin du mois d'août 1914. Il devient alors le médecin-chef de l'hôpital bénévole n°115bis jusqu'en mars 1915. Cette activité ne l'empêche pas de continuer à diriger l'Institut vaccinal qui approvisionne des départements en vaccin antivariolique nécessaire aux campagnes de revaccination qui ont alors lieu.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 30 novembre 1923.

Source : http://www.orhibio.org/wiki. Site consulté le 5 juillet 2015. UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS DE TOURS. *Catalogue de l'exposition « Touraine, Jardin de Santé et Pépinière de Savants 19 juin 2009 – 30 août 2009 »*. Tours : Presses Universitaires de Tours, 2009, 41 p.

CHEMINEAU René, Charles (14/01/1878 –)

Spécialités : Bactériologie, pharmacie.

Né à Richelieu (Indre-et-Loire), fils de Charles Chemineau et de Camille Segretin, il se marie le 6 janvier 1920 avec Jeanne, Victorine, Lucie Boudre-Dardouillet.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris, il a été préparateur de bactériologie à la Faculté de pharmacie de Paris. Il est pharmacien de 1ère classe le 14 mars 1903 et soutient sa thèse, *Recherches microchimiques sur quelques glucosités et tanins végétaux*, à la Faculté de pharmacie de Paris en 1904. Il est membre en 1910 de l'Association des Docteurs en Pharmacie des Universités de France. Après la Première Guerre mondiale, il s'installe à Vouvray et fonde les Laboratoires Chemineau en 1947.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1898, il est pharmacien aide-major de 2e classe le 15 mai 1904. Au début de la Première Guerre mondiale, il devait être affecté à l'hôpital de campagne du 9e corps d'armée qui a été supprimé avant la guerre, il est alors renvoyé dans ses foyers le 12 août 1914. Il est promu pharmacien aide-major de 1ère classe le 16 décembre 1914. Il est affecté à l'hôpital bénévole n°115bis à Tours le 29 janvier 1915 puis au Service de Santé de la gare de Saint-

Pierre-des-Corps (Indre-et-Loire). Il a alors probablement servi à l'infirmerie de gare mais il est possible qu'il ait été affecté à un autre service dans celle-ci. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 à Tours le 7 octobre 1915 puis à l'hôpital bénévole n°115bis le 12 octobre 1915. Il est mis à la disposition du Service de Santé de la 20e région le 24 juillet 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°11 (Sainte-Anne) à Ronceux le 9 août 1916. Il y rencontre certaines difficultés avec le médecin-chef de l'hôpital. Il est affecté à l'hôpital complémentaire de Mandrès le 27 octobre 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°29 à Martigny-les-Bains le 29 janvier 1917 puis à l'hôpital complémentaire n°9 à Contrexéville, le 1er février 1917, et à l'ambulance chirurgicale automobile n°19 (laboratoire de bactériologie) le 24 juin 1917. Il est promu pharmacien major de 2e classe le 1er juillet 1918. Il est démobilisé le 28 février 1919. Il est promu pharmacien commandant (pharmacien major de 2e classe) le 25 juin 1935 et est rayé des cadres le 14 janvier 1939.

Récompenses :

Il obtient la Médaille de la Victoire. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 4 août 1936 et il obtient la Croix des Services Militaires Volontaires le 8 septembre 1938.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 57 275.

CHEVÉ Marie, Louis, Fernand (18 octobre 1874 –)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Martizay (Indre), il est le fils de Jean, Louis Chevé et de Marie, Julie, Hilarine Ombrédanne. Il est apparenté au chirurgien Louis Ombrédanne qui est l'un de ses témoins à son mariage, le 1er août 1907, avec Lucie, Jeanne, Mathilde Mercier.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1901. Il soutient sa thèse, *Le tampon en obstétrique ; étude historique*, en 1905 à la Faculté de médecine de Paris. Chirurgien à l'hospice général de Tours avant la guerre, il est aussi directeur du service d'hygiène de la ville. En 1936, il devient chirurgien-chef de l'hospice général de Tours.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1894, il est médecin auxiliaire le 26 août 1898. Lors de la Première Guerre mondiale, il est affecté au 71e régiment d'infanterie territoriale le 15 août 1915. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 30 août et est affecté à l'hôpital mixte d'Angers le 1er septembre 1914. Le 20 septembre 1914, il est affecté à la place de Cholet et le 25 septembre

1915, à l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet. Le 25 juin 1916, il est affecté à la gare régulatrice de Creil puis il est nommé chirurgien de la 1ère équipe chirurgicale volante. Il est affecté comme chirurgien à l'ambulance chirurgicale automobile n°20 le 1er juillet 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 30 août 1916. Il est mis à la disposition du médecin-chef de la place de Niort le 14 janvier 1918. Le 10 juin 1918, il est chef de l'équipe chirurgicale fixe A (n°922) à l'hôpital mixte de Niort. Il est promu médecin major de 2e classe le 26 décembre 1918. Il est démobilisé le 27 janvier 1919 et rayé des cadres le 6 mai 1922.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 145 694.

CLARA Pierre, Jean (10/09/1880 –)

Spécialités : Dermatologie, vénéréologie.

Né à Belleville-sur-Saône (Rhône), il est le fils de Claude Clara et de Marie, Antoinette, Louise, Catherine Laverrière.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est réformé pour insuffisance aortique et hypertrophie cardiaque. Il est reconnu apte au service armé le 9 octobre 1914 et est affecté à la 14e section d'infirmiers militaires. Le 10 novembre, il est promu médecin aide-major de 2e classe et le 4 décembre, il est affecté au parc d'artillerie de la place de Lyon. Le 4 mars 1915, il est affecté à l'ambulance n°2 du Corps Expéditionnaire d'Orient. Il est évacué le 5 décembre 1915 pour maladie et est affecté à l'hôpital complémentaire n°15 de la 14e région le 11 janvier 1916. Le 31 mai, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°3, au service de dermatologie-vénéréologie. Le 10 novembre, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Le 30 janvier 1918, il est affecté à l'hôpital militaire de Tours, au service de dermatologie-vénéréologie, puis le 16 mars 1919, à l'hôpital complémentaire n°30. Le lendemain, il est affecté au centre de dermatologie-vénéréologie de la 14e région, puis le 17 juin 1919, à l'hôpital complémentaire n°54 mais au même service. Il est démobilisé le 26 octobre 1919 et est rayé des cadres le 24 mai 1924.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 157 717.

COLLIN Lucien (31/01/1856 – 14/12/1919)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Saint-Mihiel (Meuse), fils de François, Léonard Collin et de Justine Picard, il se marie le 26 mars 1885 avec Marguerite, Marie, Antoinette, Thérèse Proust.

Carrière militaire :

Le 9 novembre 1877, il est élève-médecin à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce puis médecin stagiaire le 28 avril 1879. Il soutient sa thèse, *Recherches sur les manifestations cutanées dans le mal de Bright*, en 1879 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin aide-major de 2e classe le 31 décembre 1879 et est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger. Le 6 janvier 1880, il est affecté à l'ambulance sédentaire de Ben-Sâada puis, à l'hôpital militaire de Ben-Sâada le 1er octobre 1880 et à l'hôpital du Dey à Alger le 7 janvier 1881. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 31 décembre 1881. Il est affecté à la direction du Service de Santé du 19e corps d'armée (Alger) le 10 février 1883, au 2e régiment de hussards le 16 janvier 1884, au 14e régiment de dragons le 29 novembre 1884 et au 36e régiment d'infanterie le 8 juillet 1886. Il est promu médecin major de 2e classe le 31 août 1886. Il est affecté à l'état-major de la place de Paris le 16 octobre 1889. Le 19 mai 1895, il est promu médecin major de 1ère classe et est provisoirement affecté à l'hôpital militaire de Saint-Martin à Paris. Le 23 août 1895, il est affecté au 63e régiment d'infanterie. Le 23 mars 1899, il est affecté à l'hôpital militaire du Camp de Châlons puis est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Vannes le 12 octobre 1903. Il est promu médecin principal de 2e classe le 8 juillet 1904 puis médecin principal de 1ère classe le 25 mars 1909. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital mixte d'Amiens le 24 novembre 1911 puis directeur du Service de Santé du 2e corps d'armée le 9 avril 1912. Il est promu médecin inspecteur le 13 septembre 1913. Il débute la Première Guerre mondiale comme directeur du Service de Santé de ce corps d'armée mais sa santé précaire l'oblige à quitter le front. Il est nommé directeur du Service de Santé de la 9e région militaire le 25 mars 1915 puis du 32e corps d'armée le 7 mai 1915. Le 12 novembre 1915, il est relevé de son poste à sa demande pour douleurs rhumatismales. Il est alors nommé directeur du Service de Santé de la 12e région militaire (Limoges). Le 8 décembre 1915, il est placé dans la section de réserve mais demeure à son poste jusqu'au 7 juin 1918, il est alors relevé de ses fonctions en raison de sa santé précaire. Il achève alors sa carrière militaire.

Récompenses :

Officier d'Académie le 14 juillet 1890, il obtient la Médaille d'argent de l'Académie de Médecine cette même année. Il est membre de l'Ordre de Nichan Iftikar (3e classe) le 16 janvier 1891. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 28 décembre 1897 et est promu Officier le 10 avril 1915.

Dossier au Service Historique de la Défense : 15 Yd 3.
Dossier de la Légion d'Honneur : LH/570/1.

COSSE Élie, François, Joseph (10/11/1871 – 3/01/1951)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Bourges, fils de Léon Cosse et d'Élise, Marie, Joséphine, Emma Laborde, il épouse Marie, Joséphine, Léonie Pourreageaud le 4 mai 1897.

Carrière civile :

Il débute ses études médicales à l'École de médecine et de pharmacie de Tours puis à la Faculté de médecine de Bordeaux. Il est externe des Hôpitaux de Bordeaux (concours de 1895) et obtient la médaille de bronze de l'externat en 1898. Il est aussi préparateur du cours de pathologie oculaire à la Faculté de médecine de Bordeaux de 1896 à 1899 et chef de clinique du professeur Lagrange (1857 – 1928). Il soutient sa thèse, *Le traitement du strabisme,* en 1899 à la Faculté de médecine de Bordeaux, récompensée par une médaille de bronze (probablement le prix Godart de cette faculté). Il est aussi lauréat des Hôpitaux de Bordeaux.

Il s'installe à Tours en 1900, reprenant le service d'ophtalmologie du docteur Sauvineau, au petit Saint-Gatien. Il devient ophtalmologue en chef de l'hospice général de Tours et chargé des cours d'ophtalmologie de l'École de médecine et de pharmacie de Tours en 1905. Il est très impliqué dans les syndicats de médecins, notamment celui des médecins d'Indre-et-Loire ; en 1906, il fonde le Syndicat Général des Oculistes Français. Il est ophtalmologue de la Compagnie des Chemins de Fer d'Orléans en 1907, de l'Asile Gatien de Clocheville et du Bureau de Bienfaisance de Tours en 1919. Il est membre titulaire de la Société Française d'Ophtalmologie en 1919 et membre correspondant national de la Société d'Ophtalmologie de Paris l'année suivante. Il est aussi membre du comité directeur de la *Gazette Médicale du Centre* en 1927. Il collabore avec différents journaux scientifiques (*Annales d'Oculistique, Annales Médico-Chirurgicales du Centre, Ophtalmologie provinciale*) et participe aux congrès d'ophtalmologie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1891, il est médecin auxiliaire le 20 septembre 1896 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 15 août 1899 et médecin aide-major de 1ère classe le 21 juin 1906. À la mobilisation, il est affecté à l'hôpital d'évacuation n°9. Le 4 février 1915, il est affecté aux hôpitaux complémentaires n°10 et n°11 à Chartres, puis il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°47 de Chartres le 5 mai 1916. Promu médecin major de 2^{e} classe le 19 août

1916, il est affecté le 6 novembre à l'hôpital bénévole n°23bis de Neuilly-sur-Seine ainsi qu'à l'hôpital du Grand-Palais. Il ne revient à Tours que le 16 décembre 1918, il est alors nommé chef du centre régional d'ophtalmologie. Il est promu médecin major de 1ère classe le 25 mars 1919 et est démobilisé le 6 septembre 1919. Après la guerre, il poursuit sa collaboration avec le Service de Santé puisqu'à partir de 1919, il s'occupe des salles militaires et du centre de réforme en qualité d'ophtalmologue. Le 28 décembre 1928, il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe). Il donne des conférences aux officiers de réserve du Service de Santé aux Armées en 1931-1932. Il est rayé des cadres le 2 avril 1935.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'honneur le 10 juillet 1917 puis il est promu Officier le 14 mars 1933.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 35 639.

COURCOUX Alfred, François (18/11/1874 – 4/12/1956)

Spécialités : Bactériologie, phtisiologie.

Né à Lannion (Côtes-du-Nord), fils de Paul, Jean, François Courcoux et de Célina Harsoquet, il se marie le 25 mars 1905 avec Marie, Berthe Barbier.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris en 1896 puis interne des Hôpitaux de Paris en 1899, il soutient sa thèse, *Les albuminuries orthostatique, étude pathogénique et clinique,* en 1904 à la Faculté de médecine de Paris et obtient le prix de thèse (médaille d'argent). Il est moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris de 1900 à 1913. Il est médecin des Hôpitaux de Paris de 1913 à 1942 et devient médecin-chef de service en 1920 à l'hôpital de la Charité puis à l'hôpital Boucicaut. Il est rédacteur en chef de la revue de la tuberculose depuis 1920. Il est consultant régional de phtisiologie mais aussi médecin expert près du conseil de réforme du Gouvernement Militaire de Paris (affections du poumon) depuis 1923. Il est membre de différentes sociétés, commissions et revues qui ont surtout trait à la lutte contre la tuberculose. Il a été vice-président de la Société Anatomique de Paris, du Comité National de Défense contre la Tuberculose, du Comité National de l'Enfance, de l'Œuvre Granger, de l'Association des Villages Sanatorium et du Sanatorium des assistances sociales et infirmières Chantoiseau à Briançon. Il a été secrétaire général adjoint de la Société Scientifique de l'Œuvre de la Tuberculose. Il a été président de la Fédération des Établissements Hospitaliers

d'Assistance Privée et de différents préventoriums. Il est aussi membre de divers conseils d'administration d'hôpitaux et de sanatoriums. Il est membre du Comité Médical Supérieur du ministère de la Santé Publique, de la Société médicale des Hôpitaux de Paris et de la conférence internationale contre la tuberculose. Il est membre de l'Académie de Médecine depuis 1941. Il a été président de la Commission de la Tuberculose du Conseil d'Hygiène Sociale.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1894, il est nommé médecin auxiliaire le 19 novembre 1896, médecin aide-major de 2e classe le 1er novembre 1904 et médecin aide-major de 1ère classe le 23 juillet 1907. Il est mobilisé le 3 août 1914 à l'hôpital complémentaire n°25 de Valognes. Il est promu médecin major de 2e classe le 9 septembre 1914. Le 13 mai 1915, il est affecté à l'état-major du bataillon du 2e régiment d'infanterie à Granville puis au 279e régiment d'infanterie territoriale le 15 mai 1915. Le 30 juin 1915, il est affecté au laboratoire de bactériologie de Poitiers. Le 23 février 1916, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la IIIe armée. Le 20 mars 1916, il est nommé médecin-chef de l'ambulance 16/5 puis de l'ambulance 3/5 le 4 août 1916. Le 1er juin 1916, il est affecté à l'ambulance chirurgicale automobile n°3 et à son laboratoire de bactériologie. Le 13 juillet 1917, il est affecté au laboratoire de bactériologie de Tours et devient aussi adjoint technique du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il est promu médecin major de 1ère classe le 1er juillet 1918. Le 9 décembre 1918, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce, il est démobilisé le 30 juin 1919. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 2 janvier 1928. Il est rayé des cadres le 18 novembre 1937.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 12 juillet 1919 puis Officier le 30 juin 1937 et enfin Commandeur le 16 février 1949. Il reçoit aussi la Médaille d'Honneur de Vermeil par le ministre de la Guerre le 2 février 1917.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 53 601.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1342/55493.

COUSIN Georges, Lucien, Paul, Constant (21/08/1886 – 7/02/1942)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Paris, fils de Paul, Frédéric Cousin et de Lucie, Marie, Virginie Barnier, il se marie le 4 décembre 1916 avec Andrée, Lucienne, Anne, Marie Hervé.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris en 1908, il est interne des Hôpitaux de Paris depuis 1913 lorsque la Première Guerre mondiale éclate. Après la guerre, il soutient sa thèse, *Cataractes traumatiques de guerre*, en 1919 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chef de clinique adjoint en ophtalmologie de 1920 à 1922 puis chef de laboratoire en 1923. La même année, il devient assistant à la clinique d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Paris. Il est membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris et de la Société Française d'Ophtalmologie. Il est député de la Seine de 1934 à 1942.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1906, il est médecin auxiliaire le 14 août 1912. Il débute la Première Guerre mondiale le 3 août 1914, il est alors affecté à la 24^{e} section d'infirmiers militaires. Le 10 août 1914, il est affecté au groupe de brancardiers du corps d'armée n°21. Il est affecté à la place de Saint-Dié le 15 septembre 1914 puis, à la place de Dunkerque le 18 novembre 1914. Le 5 mai 1915, il est affecté au dépôt du 5^{e} régiment de cuirassiers à Tours. Il est promu médecin aide-major de 2^{e} classe le 19 juillet 1915. Il est aussi affecté au centre régional d'ophtalmologie, au moins depuis le mois de mars 1916. Le 1er septembre 1918, il est affecté au dépôt du 66^{e} régiment d'infanterie à Tours mais demeure attaché au centre régional d'ophtalmologie. Le 20 septembre 1918, il est affecté à l'ambulance 16/12 puis, au Gouvernement Militaire de Paris le 3 janvier 1919 avant d'être démobilisé le 20 mars 1919. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 13 avril 1925 puis médecin capitaine (médecin major de 2^{e} classe) le 25 juin 1935. Il participe à la Deuxième Guerre mondiale en étant affecté à l'hôpital complémentaire du lycée Lakanal à Sceaux le 2 septembre 1939. Il est promu médecin commandant (médecin major de 1ère classe) le 25 mars 1940. Il est affecté à la 18^{e} région et démobilisé le 26 juin 1940. Il termine cette guerre en étant accusé d'avoir déserté son poste à l'hôpital Lakanal. Il est révoqué le 22 avril 1941 et est suspendu de son titre de Chevalier de la Légion d'Honneur. Sa mort en février 1942 ne permet pas d'élucider cette affaire mais la sanction portée contre lui avait été cassée par le Conseil d'État en 1941.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 7 décembre 1940.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 29 471.

DAUDON Pierre, Louis, François Gustave (29/09/1884 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Garein (Landes), fils de Louis, Jacques, Amédée Daudon et de Berthe Daret, il épouse Antoinette, Marie, Louise Rabau le 27 décembre 1910.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Du décollement symphysaire dans les traumatismes du bassin chez l'enfant,* en 1910 à la Faculté de médecine de Bordeaux. Il est domicilié à Saint-Amand-sur-Sèvre dans les Deux-Sèvres. Il est maire de cette commune en 1932.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1904, il est nommé médecin auxiliaire le 18 août 1910. Il débute la guerre avec ce grade à la P.M. du 335e régiment d'infanterie. Le 30 mars 1915, il est promu médecin aide-major de 2e classe et est affecté à l'hôpital mixte de Cholet. Le 27 septembre, il est transféré à l'hôpital complémentaire n°27 d'Issoudun. Le 6 mars 1916, il est mis à la disposition de la 14e région (Lyon). Il arrive à Tours le 25 juillet 1916, il est alors affecté à l'hôpital auxiliaire n°103. Le 13 juin 1917, il est affecté à l'hospice civil d'Amboise en tant que médecin-chef, il a aussi en charge la place d'Amboise. Le 13 août, il est mis à la disposition de la région du Nord. Il est libéré provisoirement en décembre 1917. La guerre s'arrête là pour lui car il est mis hors cadre le 29 janvier 1918. Réintégré le 26 février 1919, il est maintenu dans ses foyers le 15 mars 1919 et est démobilisé le 22. Il est rayé des cadres le 4 décembre 1933.

Sa démobilisation précoce est due à son état de santé. Il a contracté la typhoïde et est hospitalisé quatre fois durant le conflit.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 31 479.

DEBRÉ Robert, Anselm (7/12/1882 – 28/04/1978)

Spécialités : Bactériologie, pédiatrie.

Né à Sedan (Ardennes), fils de Simon Debré et de Marianne Trenel, il se marie le 4 août 1908 avec Marguerite, Jeanne Debat-Ponsan.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1906, il soutient sa thèse, *Recherches épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur la méningite cérébro-spinale,* en 1911 à la Faculté de médecine de Paris. Après la Première Guerre mondiale, il est affecté à la direction de l'Institut d'Hygiène de Strasbourg. Il devient médecin des Hôpitaux de Paris en 1921 et

exerce à l'Hôpital des Enfants-Malades. Chef de clinique, il devient ensuite Professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Il milite pour l'introduction de la recherche au sein des hôpitaux et installe des laboratoires dans son service dans les années 1930. Il est le fondateur de l'école française de pédiatrie. Il est aussi partisan de la prévention de la tuberculose par le vaccin B.C.G. Avec le professeur Léon Bernard, il fonde le Placement Familial des Tout-Petits dont le but est d'élever les nourrissons à la campagne pour éviter les contagions dues à leur milieu familial. Il participe également au Service d'Hygiène de la S.D.N. qui donnera naissance à l'U.N.I.C.E.F. Il devient président de l'Institut National d'Hygiène en 1946 puis il participe à la création du Centre International de l'Enfance en 1948. Il est également le père de la réforme Debré de 1958 qui crée les Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) et réforme l'enseignement de la médecine en France.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1902, il est médecin auxiliaire le 3 septembre 1910. Il débute la Première Guerre mondiale à la 22^{e} section d'infirmiers militaires le 3 août 1914. Il est en réalité affecté au laboratoire antityphoïdique du Val-de-Grâce. Il est promu médecin aide-major de 2^{e} classe le 14 septembre 1914. Le 23 décembre 1914, il est affecté à l'ambulance 12/21 puis à l'ambulance 6/20 le 20 février 1915. Le 4 mars 1916, il est affecté au 82^{e} régiment d'artillerie (2^{e} groupe) puis au 81^{e} régiment d'artillerie légère (3^{e} groupe) le 20 avril 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 16 septembre 1916. Le 10 avril 1917, il est affecté au laboratoire de bactériologie de la 9^{e} région militaire à Tours. Le 25 novembre 1918, il est détaché à la Mission Militaire d'Alsace. Le 22 mai 1919, il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris, à l'hôpital du Grand-Palais, mais il est détaché à l'hôpital Laënnec. Le 28 juin 1919, il est affecté à l'hôpital Bégin mais demeure détaché à l'hôpital Laënnec. Il est démobilisé le 28 octobre 1919. Il est promu médecin major de 2^{e} classe le 30 décembre 1924 puis médecin commandant (médecin major de 1ère classe) le 25 décembre 1935. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est affecté au Grand Quartier Général, à l'Inspection Générale du Service de Santé aux Armées, comme médecin consultant. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2^{e} classe) le 25 décembre 1939. Le 7 juin 1940, il est mis à la disposition du ministère de la Défense Nationale et détaché au ministère de la Santé Publique. Il est démobilisé le 25 juillet 1940. Il est rayé des cadres le 7 décembre 1941.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre lors de la Première Guerre mondiale. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 16 juin 1920 puis Officier le 24 janvier 1935 (ministère de la Santé Publique) et Grand Officier le 10 septembre 1952. Il obtient aussi la Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées (or) le 6 avril 1971.
Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 9782.

DENÉCHAU Désiré, Marie, Joseph (4/01/1877 –)

Spécialités : Médecine générale, phtisiologie.

Né à Liré (Maine-et-Loire), fils de Désiré, Benjamin Denéchau et d'Hortense, Marie Bidel, il se marie le 24 novembre 1908 avec Pauline, Louise, Lucie, Marie-Anne Volerit.

Carrière civile :

Il est lauréat de l'École de médecine de Nantes en 1898 puis, externe et interne des Hôpitaux de Paris (concours de 1903). Il est lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médaille d'argent, en 1907, avec sa thèse, *Les suites médicales éloignées de la Gastro-Entérostomie au cours de l'ulcère d'estomac et de ses complications*. Il est ensuite Professeur de clinique médicale à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers et médecin à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il est aussi médecin expert en matière de Phtisiologie pour le ministère des Pensions. Il est membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et de la Société de Gastro-Entérologie. Il est l'auteur de plusieurs études et présentations à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à la Société de Chirurgie, à la Société de Biologie et à la Société de Gastro-Entérologie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1897, il est médecin auxiliaire le 26 octobre 1900 et médecin aide-major de 2e classe le 13 juillet 1913. À la mobilisation, il est affecté à l'ambulance 8/9. Il est évacué du front le 25 décembre 1914 puis hospitalisé au camp de Châlons avant de passer sa convalescence à Angers. Il est ensuite affecté à l'hôpital complémentaire n°50 de Saumur le 25 février 1915. Le 31 mars, il arrive à Tours, à l'hôpital complémentaire n°2. Il est désigné médecin-chef du secteur médical de Tours le 8 janvier 1916 et le 29 février, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°103 dont une annexe devient le service central du secteur médical de Tours. Le 2 août 1916, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Le 25 août 1918, il est transféré à la gare régulatrice de Connantre, puis à l'ambulance 5/61 le 16 septembre ; il est

nommé médecin consultant de la D.E. (Direction des Étapes) du G.A.C. (Groupe d'Armées du Centre). Il est promu médecin major de 2e classe le 25 et est démobilisé le 12 février 1919. Après la guerre, il est promu médecin major de 1ère classe le 29 décembre 1926. Il est rayé des cadres le 4 janvier 1938.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 9 novembre 1927.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 55 625.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/314/42261.

DESSANE Marcel, Désiré, Hippolyte (11/05/1880 –)

Spécialité : Radiologie.

Né à Paris, il est le fils de Paul, Valéry Dessane et de Marie, Mélanie, Désirée Danin.

Carrière civile :

Nous avons peu d'informations au sujet de ce médecin. Il a fait ses études de médecine à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes. Au début de la Première Guerre mondiale, il n'a pas soutenu sa thèse ce qui explique ses grades. Il semble avoir été docteur après la guerre. Il obtient le grade de docteur de l'*Oriental University* (Washington) en 1923 après avoir envoyé sa thèse intitulée C*ontribution à l'étude des procédés de repérage, localisation et extraction des corps étrangers et projectiles*.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est classé dans le service auxiliaire pour faiblesse. Au début de la Première Guerre mondiale, il est affecté à Rouen mais nous ne savons pas à quel poste. Il est affecté à Poitiers le 7 avril 1915, mais nous ignorons où. Il est nommé médecin auxiliaire le 28 mai 1915. Le 15 juin 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours, au centre de physiothérapie de la 9e région militaire. Il devient l'adjoint du radiologue Ledoux-Lebard, chef du centre de physiothérapie de la 9e région militaire. Il travaille sur le repérage radiologique des corps étrangers et des projectiles. Il met au point une bonnette radiologique qui est utilisée dans la technique d'extraction de projectiles mise au point par le radiologue Ledoux-Lebard et le chirurgien Ombrédanne. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 17 mai 1917. Il est affecté à l'ambulance chirurgicale n°7 le 7 avril 1918. Il est évacué et hospitalisé au Val-de-Grâce le 9 juin 1918. Le 9 septembre 1918, il est en convalescence à Tours et est hospitalisé le 6 décembre à l'hôpital militaire. Après une convalescence à Paris, il est affecté au service de

radiologie de l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 17 mai 1919 et est démobilisé le 19 septembre 1919. Le 1er janvier 1924, il redevient médecin auxiliaire, il n'avait pas son doctorat avant la Première Guerre mondiale et ne semble toujours pas l'avoir.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 164 148.

DRUON Eugène, Charles, Henri (25/07/1872 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Annay (Pas-de-Calais), fils de Druon Druon et d'Eugénie, Léonie Froissart, il se marie le 19 avril 1899 avec Marie, Thérèse Waterlot.

Carrière civile :

Il est trois fois lauréat de la Faculté de médecine de Lille en 1892, 1893 et 1895. Il est interne des Hôpitaux de Lille de 1896 à 1898 et soutient sa thèse, *Néoplasmes kystiques de l'utérus ; cysto-fibromes, cysto-sarcomes, etc.*, à la Faculté de médecine de Paris en 1899. Il est aussi lauréat de la Société d'anatomie-clinique de Lille. Il est médecin généraliste à Lille.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est médecin auxiliaire le 28 janvier 1895 puis médecin aide-major de 2e classe le 15 août 1899 et médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1904. Il est mobilisé dans la 1ère région (Lille), comme adjoint au directeur du Service de Santé de la région, avant d'être affecté à l'hôpital complémentaire n° 36 de Chenonceaux le 10 septembre 1914. Il y est médecin-chef et aide de chirurgie. Le 28 juillet 1916, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de Creil avant son transfert, le 8 août 1916, au 4e bataillon du 89e régiment territorial d'infanterie. Il y obtient le grade de médecin major de 2e classe le 18 novembre et le 16 mars 1917, il est de nouveau affecté à l'hôpital complémentaire n°36 à Chenonceaux. Le 15 octobre 1917, il est désigné pour assurer les vaccinations gratuites et obligatoires dans les communes de Sublaines, Cigogné et Suzillé tout en effectuant son service à l'hôpital où il est médecin-chef. Le 10 juin 1918, il est désigné pour assurer le service médical des ouvriers de Bléré, ces derniers se déplacent à l'hôpital complémentaire n°36. Il est possible qu'il cumule les services auprès de la population civile avec son service à l'hôpital. Le 11 octobre 1918, il est désigné pour assurer le service médical de la population civile de Saint-Georges-lès-Baillargeaux dans le département de la Vienne. Le 16 janvier 1919, il est affecté à la 1ère région et le 22, à la

population civile de Saint-Maurice (Lille). Il est démobilisé le 13 septembre 1919 et est rayé des cadres le 24 mai 1921.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 145 836.

DUBREUIL-CHAMBARDEL Émile (1844 – 1922)

Spécialité : Chirurgie orthopédique.

Fils de Jacques, Philippe Dubreuil-Chambardel et de Gabrielle Haincque de la Pacaudière, il se marie à Blanche, Jeanne, Radegonde, Adolphine Chenard. Il est le père du docteur Louis Dubreuil-Chambardel.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Quelques réflexions sur les déviations latérales de la colonne vertébrale*, à la Faculté de médecine de Montpellier en 1868. Il est chirurgien orthopédiste et fonde l'Institut Orthopédique de Tours en 1883.

Carrière militaire :

Il est le délégué régional de l'Union des Femmes de France au début de la Première Guerre mondiale. Durant la guerre, il est remplacé par monsieur Faguet, président du tribunal civil de Tours et du comité local de l'Alliance Française, mais nous ne savons pas précisément quand.

Source : http://www.orhibio.org/wiki. Site consulté le 5 juillet 2015.

DUBREUIL-CHAMBARDEL Louis (21/06/1879 – 6/08/1927)

Spécialité : Anatomie.

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), il est le fils d'Émile Dubreuil-Chambardel et de Blanche, Jeanne, Radegonde, Adolphine Chenard. Il se marie le 25 septembre 1918 avec Geneviève, Paule, Marguerite, Marie Déribéré-Desgardes. Son père a été le délégué régional de l'U.F.F. avant et pendant une partie de la Première Guerre mondiale.

Carrière civile :

Il fait ses études à l'École de médecine et de pharmacie de Tours et est interne à l'hospice général de Tours (concours de 1900). Il est le disciple préféré d'Anatole-Félix LeDouble (1848 – 1913) le célèbre anatomiste tourangeau. Il soutient sa thèse, *L'artère poplitée et ses branches terminales. Variations anatomiques et morphogénie*, en 1905 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chef des travaux anatomiques et histologiques à l'École de médecine et de pharmacie de

Tours puis, il prend la direction du laboratoire d'anatomie de l'école à la mort du docteur LeDouble en 1913. Il poursuit ses recherches sur les variations anatomiques mais il écrit aussi des livres d'histoire. Il est Professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours à partir de 1919. Il est chargé des cours d'anthropologie médicale à l'École d'Anthropologie de Paris à partir de 1923. Il est aussi président de la Société d'Anthropologie de Paris de 1925 à 1926. Il a aussi été secrétaire général de la Société Médicale d'Indre-et-Loire et rédacteur en chef de la *Gazette Médicale du Centre*.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1899, il est médecin auxiliaire le 12 août 1902 puis médecin aide-major de 2e classe le 31 décembre 1905 et médecin aide-major de 1ère classe le 4 février 1910. Au début de la Première Guerre mondiale, il part au front avec l'ambulance 13/9. Il est affecté au 141e régiment d'infanterie territoriale le 8 octobre 1915 puis, le 27 janvier 1916, il est affecté au dépôt d'éclopés d'Hesdin. Le 3 avril 1916, il est affecté au 68e régiment d'infanterie et il est promu médecin major de 2e classe le 2 mai 1916. Le 15 mai 1916, il est affecté au 290e régiment d'infanterie, il est blessé par balle au cou le 31 août 1917 à Badonviller. Il est nommé médecin-chef de service au 83e régiment d'infanterie territoriale le 8 juin 1918. Il est affecté au 64e régiment d'infanterie le 30 juin 1918. Il est promu médecin major de 1ère classe le 25 septembre 1918. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Tours le 2 février 1919. Il est démobilisé le 18 septembre 1919.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre et est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 6 juillet 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 4 578.

DUBOIS Pierre, Joseph, Louis, Alfred (21/11/1852 – 18/01/1924)

Carrière militaire :

Né à Sedan, il mène une carrière militaire et est nommé commandant du 9e corps d'armée le 29 avril 1913, il est alors général de division. Il dirige ce corps d'armée lors de l'entrée en guerre. Il décède à Tours le 18 janvier 1924.

Récompenses :

Il est fait Grand Officier de la Légion d'Honneur le 20 novembre 1914 et obtient la Croix de Guerre.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/814/16.

DUMAS Paul, Auguste (23/07/1884 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne), fils de François Dumas et de Marie Berry, il épouse Jeanne, Gabrielle, Adrienne Piorry le 7 mai 1909.

Carrière civile :

Il est interne à l'hôpital de Limoges et il soutient sa thèse, *Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1908 (étude statistique et clinique)*, en 1909 à la Faculté de médecine de Paris. Il est prosecteur à l'École préparatoire de médecine de Limoges puis professeur à cette école. Il est médecin généraliste à Verrières, dans la Vienne, lorsque la Première Guerre mondiale débute.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1904, il est médecin auxiliaire le 26 octobre 1907 et médecin aide-major de 2e classe le 4 janvier 1910. Il est mobilisé le 2 août à l'état-major du 3e groupe de la 59e division de réserve (49e régiment d'artillerie). Il est nommé médecin aide-major de 1ère classe le 11 décembre 1914. Le 28 mars 1916, il est affecté à la Poudrerie Nationale du Ripault. Le 28 décembre 1917, il est transféré à l'ambulance 12/12 et détaché au service médical du cantonnement d'Einvaux en Meurthe-et-Moselle. Le 20 juillet 1918, il est affecté au 30e régiment d'infanterie. Le 12 novembre 1918, il est affecté au G.B.D. n°28 (groupe de brancardiers de la 28e Division). Le 5 février 1919, il est mis à la disposition du médecin-chef de la place de Poitiers et est affecté à l'hôpital complémentaire n°15. Il est démobilisé le 11 mars 1919. Il est promu médecin major de 2e classe le 13 juillet 1927 et rayé des cadres le 4 décembre 1933.

Récompenses :

Il obtient une citation à l'ordre du 30e régiment d'infanterie le 6 novembre 1918 ainsi que la Croix de Guerre avec l'étoile de bronze.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 31 612.

DURET Paul, Lucien (29/09/1878 –)

Spécialités : Dermatologie-vénéréologie, pharmacie.

Né à Rouen (Seine-Inférieure), fils d'Édouard Duret et de Lucie, Claire Rabaroult, il se marie le 5 octobre 1915.

Carrière civile :

Nous savons peu de chose quant à sa carrière médicale, si ce n'est qu'il a été interne des Hôpitaux de Paris, docteur de la Faculté de pharmacie de Paris et pharmacien de 1ère classe. Il publie ses recherches dans différentes revues médicales ou les communique à l'Académie de Médecine, à l'Académie des Sciences et à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1898, il est pharmacien aide-major de 2e classe le 11 janvier 1908. Il est mobilisé le 3 août 1914 au train sanitaire 3/22 du corps colonial. Il est promu pharmacien aide-major de 1ère classe le 16 décembre 1914. Le 30 décembre 1914, il est affecté au train semi-permanent P.L.M. n°23bis. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°18 de Poitiers le 25 février 1916 puis à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours le 13 avril 1916. Il est alors au centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région militaire dirigé par le docteur Gougerot. Ses recherches menées dans ce centre portent sur des médicaments utilisés en dermatologie et en vénéréologie. Il est promu pharmacien major de 2e classe le 22 octobre 1917. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°31 de Tours le 1er mars 1918 puis à l'annexe de l'hôpital complémentaire n°30 située rue de Jérusalem à Tours le 11 avril 1918. Il demeure au centre régional de dermatologie-vénéréologie. Il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris le 6 mars 1919 puis à l'hôpital Villemin à Paris le 15 mars. Il est affecté à l'hôpital Bégin le 18 juillet 1919 puis à l'hôpital de Pontoise le 21 août 1919. Il est démobilisé le 30 octobre 1919 mais il reste tout de même dans cet hôpital comme stagiaire. Il poursuit son stage à l'hôpital Villemin à partir du 8 novembre 1919 et l'achève le 21 décembre 1919. Il est rayé des cadres le 2 juin 1928.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 7 694.

DUROUX Émile, Louis, Paul, (13/04/1880 –)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Sainte-Agrève (Ardèche), il est le fils de Prosper, Émile Duroux et de Marie, Joséphine Porte.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Lyon, il soutient sa thèse, *Le parasitisme et le cancer*, en 1906 à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Il est agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon en 1913 et devient ensuite Professeur agrégé de cette faculté. Il a été chef de clinique chirurgicale et chef des travaux pratiques de médecine opératoire. Il est chirurgien-chef de l'hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon depuis le mois de mars 1919. Il est membre de la Société de Chirurgie de Lyon.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est médecin auxiliaire le 29 juillet 1902 et médecin aide-major de 2e classe le 12 janvier 1907. Lors de la mobilisation, il doit partir au front avec l'ambulance 9/14 mais il est hospitalisé à Lyon du 14 au 26 août 1914. Il est ensuite affecté à l'hôpital du lycée de garçons à Lyon avant d'être affecté à la place de Grenoble, le 10 décembre 1914. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 11 décembre 1914. Il est affecté à la place de Bourgoin le 19 janvier 1915 puis à l'hôpital complémentaire n°13 de Lyon mais nous ne savons pas quand. Le 22 mars 1916, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°56 de Saumur. Il est promu médecin major de 2e classe le 15 mai 1916. Il est chirurgien-chef du secteur chirurgical de Saumur du mois de mai 1916 au mois d'août 1917. Il est hospitalisé et en convalescence du 13 septembre au 10 octobre 1917, il est alors affecté à l'hôpital Bellevue à Saint-Etienne. Le 31 mars 1918, il est nommé chirurgien consultant du 7e corps d'armée, puis du 14e corps d'armée le 10 mai 1918. Le 15 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°34 de Lyon puis aux hospices civils de Sainte-Foy-lès-Lyon le 30 janvier 1919. Il est démobilisé le 14 février 1919. Il est promu médecin major de 1ère classe le 13 juillet 1927. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est affecté à la 14e section d'infirmiers militaires et est renvoyé dans ses foyers le 21 février 1940. Il est rayé des cadres le 24 mai 1940.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre avec palmes lors de la Première Guerre mondiale. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 16 juin 1920. Il est Officier de l'Instruction Publique et titulaire de la Médaille d'Argent des Épidémies.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 6 853.

FARGIN-FAYOLLE Roch, Laurent, Paul (22/01/1876 –)

Spécialité : Stomatologie.

Né à Montluçon (Allier), fils de Louis, Marie, Gaston Fargin-Fayolle et d'Elise, Constance Gibon, il se marie le 21 mars 1903 avec Marie, Lucie, Victoria, Edith Lusel.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude des hernies de la vessie*, en 1903 à la Faculté de médecine de Paris. Il est stomatologiste des Hôpitaux de Paris (concours de 1908) et est Professeur à l'École Française de Stomatologie. Il est membre de la Société de Stomatologie de Paris et en a été le président.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1896, il est classé dans le service auxiliaire pour faiblesses. Il est mobilisé le 3 août 1914 à la 23^{e} section d'infirmiers militaires à Troyes et est affecté à l'hôpital complémentaire n°1 de cette ville. Il est promu médecin auxiliaire le 14 décembre 1914 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 18 avril 1915. Le 5 juillet 1915, il est affecté au dépôt du 2^{e} bataillon de chasseurs à pied puis à la réserve du personnel sanitaire de la IV^{e} armée du 12 décembre 1915 au 8 février 1916. Il est alors affecté au 102^{e} régiment d'infanterie puis à l'ambulance 14/22 le 24 juin 1916. Il est affecté à l'ambulance 11/12 le 16 octobre 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 18 avril 1917. Le 4 octobre 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°53 de Tours. Jusqu'au 25 mai 1918, il est le chef du service de prothèses maxillo-faciales de la 9^{e} région militaire. Il est ensuite affecté à l'hôpital complémentaire n°43 de Montpellier puis au Gouvernement Militaire de Paris le 21 février 1919. Il est démobilisé le lendemain. Il est promu médecin major de 2^{e} classe le 5 janvier 1926. Il est rayé des cadres le 31 mars 1934.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 25 décembre 1926.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 30 085.

FAUCILLON Eugène, Louis, Émile (27/06/1866 – 5/12/1944)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Chinon (Indre-et-Loire), fils de Pierre-Eugène Faucillon et de Françoise, Émilie Boucher, il se marie le 20 avril 1895 avec Madeleine Majou.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Des kystes séreux du pancréas*, en 1892 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin de l'hôpital civil de Chinon. Il a été le président honoraire de la Société des Amis du Vieux Chinon.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1886, il est nommé médecin auxiliaire le 9 juin 1892 puis médecin aide-major de 2e classe le 13 juillet 1893 et médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1909. Il est mobilisé le 10 août 1914 à l'ambulance 1/59. Il est promu médecin major de 2e classe le 25 décembre 1914 et devient médecin-chef de l'ambulance 1/59 le 18 janvier 1915. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°22 de Cholet le 24 juillet 1916. Le 7 février 1917, il est mis à la disposition du médecin-chef de la place de Châtellerault, il est alors affecté à l'hôpital mixte de la ville. Le 29 avril 1917, il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°8 d'Angers. Le 6 novembre 1917, il est nommé médecin-chef de l'hôpital mixte de Chinon, il est aussi affecté au service de la place de Chinon. Il est démobilisé le 22 janvier 1919 et rayé des cadres le 14 octobre 1924.

Récompenses :

Il est fait Officier d'Académie le 28 mars 1901 et Officier de l'Instruction Publique le 1er janvier 1910. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1918. Il obtient la Croix de Guerre lors de la Première Guerre mondiale.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 159 680.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/936/45.

FLEIG Léon, Georges (2/06/1879 –)

Spécialité : Radiologie.

Né à Paris, il est le fils de Gustave, Émile Fleig et de Jeanne, Catherine, Georgette Bourguignon.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris, il soutient sa thèse, *La radiothérapie en dermatologie. Technique, indications, résultats*, en 1906 à la Faculté de médecine de Paris. Il a été assistant de radiologie et d'électrothérapie à l'hôpital Saint-Louis puis chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1899, il est nommé médecin auxiliaire le 25 octobre 1902 et médecin aide-major de 2e classe le 12 juillet 1907. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 74e régiment d'infanterie, il est par ailleurs promu médecin aide-major de 1ère classe ce même jour. Il est affecté à l'équipage radiologique n°1 de la VIIIe armée le 30 janvier 1915. Il est affecté à l'équipage radiologique n°14 présent dans la 9e région militaire le 1er août 1915. Sa mission est alors de sillonner la région pour procéder à des examens radiologiques dans des hôpitaux dépourvus d'installation radiologique. Il reste à ce poste jusqu'à sa démobilisation le 22 mai 1919. Il est ensuite promu médecin major de 2e classe le 13 octobre 1919 et est rayé des cadres le 3 décembre 1925.

Récompenses :

Il est fait Officier d'Académie en 1911 et Chevalier de la Légion d'Honneur le 7 novembre 1924.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 163 466.

FRANCHET Eugène (2/05/1872 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Artannes (Indre-et-Loire), il est le fils de Gervais Franchet et de Marie Courvoisier.

Carrière civile :

Nous avons peu d'informations au sujet de ce médecin. Élève de l'anatomiste tourangeau LeDouble (1848 – 1913), il soutient sa thèse, *Du traitement des fractures de jambe en général et en particulier par la méthode d'Helferich*, en 1897 à la Faculté de médecine de Paris. Il exerce dans le canton de Montbazon (Indre-et-Loire).

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est rayé des cadres le 11 juin 1902 pour raison de santé. Il est reconnu apte au service armé le 22 décembre 1914 et est affecté à l'hôpital complémentaire n°31 de Tours le 2 janvier 1915. Il est nommé médecin auxiliaire le 9 janvier 1915 et est promu

médecin aide-major de 1ère classe le 16 janvier 1915. Il est affecté au Service de Santé du camp de Valréas le 9 mars 1916, il est alors à l'infirmerie du 158e régiment d'infanterie. Il est affecté à l'hôpital de Taulignan le 11 mars 1916 puis au 22e régiment d'infanterie le 10 mai 1916. Le 16 juin 1917, il est affecté au 14e bataillon de chasseurs à pied à Richerenches. Il est affecté au Service de Santé de la place de Lyon le 27 août 1917 et plus particulièrement à l'Hôtel-Dieu. Le 22 janvier 1918, il est affecté à la Poudrerie Nationale de Saint-Fons. Le 25 octobre 1918, il est affecté au dépôt du 54e régiment d'artillerie de campagne. Il est promu médecin major de 2e classe le 26 décembre 1918. Il est démobilisé le lendemain et est rayé des cadres le 13 octobre 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 13 737.

GAUGAIN Louis, Pierre (28/06/1880 –)

Spécialités : Chirurgie, gynécologie, bactériologie.

Né à Angers, fils de Louis, Auguste Gaugain et de Léontine, Marie, Louise Maurin, il se marie le 21 octobre 1907 avec Berthe, Julie Lebreton.

Carrière médicale :

Il soutient sa thèse, *Recherches sur les infections d'origine intestinale au cours de la puerpéralité (la colibacillose)*, en 1907 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chef de clinique obstétricale à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers depuis 1907. Il est médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Angers depuis 1910. Il est chef de travaux d'histologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers depuis 1920.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est nommé médecin auxiliaire le 6 août 1904 puis médecin aide-major de 2e classe le 7 juillet 1908 et médecin aide-major de 1ère classe le 30 décembre 1912. Il est mobilisé à l'ambulance 4/9 le 2 août 1914. Il est évacué sur l'hôpital civil de Nancy le 6 septembre 1914 puis est envoyé en convalescence. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°26 de Tours le 29 novembre 1914 puis à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours le 9 avril 1915. Il est alors affecté au centre de physiothérapie de la 9e région militaire et plus précisément, au service de mécanothérapie. Le 22 février 1917, il est affecté à la gare régulatrice de Noisy-le-Sec puis à l'ambulance 6/11 le 9 mars 1917. Le 24 octobre 1917, il est affecté à l'ambulance 12/1. Il est nommé chef de l'équipe chirurgicale B 107 à la 152e division d'infanterie (VIIIe armée) le 26 décembre 1917. Il est affecté à l'ambulance 2/152 le 1er août 1918. Il est affecté à

la 9e région le 12 janvier 1919 mais ne la rejoint que le 14 avril 1919. Il est démobilisé le 18 avril 1919. Il est promu médecin major de 2e classe le 22 juillet 1927 et est rayé des cadres le 14 mai 1930.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 13 621.

GINESTOUS Étienne, Paul, Simon (31/05/1870 –)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Bordeaux, il est le fils de Simon, Edmond Ginestous et de Françoise Dubrana.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Bordeaux (1896-1901), il est lauréat des Hôpitaux de Bordeaux puis de la Faculté de médecine de Bordeaux, prix Godart de la thèse, en 1901. Celle-ci, soutenue en 1901, s'intitule *Du rétablissement de la vision binoculaire dans le traitement du strabisme*. Il est ophtalmologiste de l'Hôpital Suburbain des enfants à Bordeaux et de l'Hôpital des Protestants de cette ville. Il est membre du conseil départemental d'hygiène de la Gironde depuis 1907, médecin des épidémies depuis 1918, administrateur du bureau de bienfaisance de Bordeaux et adjoint au maire de Bordeaux. Il est aussi ophtalmologiste assermenté des Postes et Télégraphes. Il est plusieurs fois lauréat de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux et de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Ses recherches sont aussi plusieurs fois primées par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine, six fois pour cette dernière. Avant la guerre, durant et après celle-ci, il mène des recherches sur la médecine militaire et surtout sur l'aptitude visuelle des soldats.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1890, il est nommé médecin auxiliaire le 15 octobre 1896, médecin aide-major de 2e classe le 26 septembre 1906 et médecin aide-major de 1ère classe le 27 septembre 1910. Il est mobilisé le 2 août 1914 à l'ambulance 14 du groupe n°8. Le 30 novembre 1914, il est évacué et hospitalisé à l'hôpital complémentaire n°13 à Sète. Le 2 février 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours puis, le 13 mars 1915, à l'hôpital complémentaire n°26 de la même ville avant d'être affecté, le 17 mars 1915, à l'hôpital bénévole n°12bis d'Angers. Il y dirige le sous-centre d'ophtalmologie d'Angers qui dépend du centre d'ophtalmologie de la 9e région militaire de Tours. Le 26 novembre 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°18 de la 18e région militaire (Bordeaux). Il est promu médecin major de 2e

classe le 11 janvier 1918. En convalescence à Vichy pendant un mois à partir du 25 août, il est démobilisé le 19 janvier 1919 et rayé des cadres le 15 septembre 1928.

Récompenses :

Il est fait Chevalier du Mérite Agricole en 1907, Officier de l'Instruction Publique en 1910 et Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1918. Il est aussi Officier de l'Ordre de Nichan Iftikhar. En outre, il obtient la médaille de bronze de l'Assistance Publique en 1912, la Médaille de Bronze des Épidémies en 1918, la Médaille d'Argent puis la Médaille d'Or des Épidémies en 1927. Il est titulaire de la Médaille d'Or de l'Hygiène de l'Enfance.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 7 903.

GOBILLOT Louis, Nicolas, Charles (27/12/1865 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Nantes, fils de Louis, Adolphe Gobillot et de Caroline, Magdeleine Lavigne, il se marie le 27 décembre 1894 avec Marie, Marguerite, Émilie, Augustine Jourdanne.

Carrière civile :

Interne à l'hospice général de Nantes en 1885, il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire. Avortement tubaire*, en 1894 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin à La Trimouille (Vienne). Il est conseiller municipal de cette ville depuis 1904, maire de la ville depuis 1908 et conseiller d'arrondissement de 1904 à 1913. Depuis 1913, il est conseiller général de la Vienne. Il est membre de la Société des Antiquaires et délégué départemental de la Société préhistorique française. Il est l'auteur de travaux archéologiques.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1885, il est nommé médecin auxiliaire le 5 septembre 1891 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 10 octobre 1894 et médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1914. Il débute la Première Guerre mondiale le 20 août 1914 à l'hôpital complémentaire n°23 d'Issoudun. Le 14 décembre 1914, il est affecté à l'hôpital mixte de Poitiers et le 18 septembre 1915, à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours. Il est affecté au dépôt du 4^{e} régiment de cuirassiers à Tours le 2 janvier 1916 et dès le lendemain, il est de nouveau affecté à l'hôpital complémentaire n°3 de Tours. Il est promu médecin major de 2^{e} classe le 19 août 1916. Il est mis en congé sans solde le 21 décembre 1917 avant d'être démobilisé le 20 mai 1919 et rayé des cadres le 28 décembre 1923.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 31 octobre 1920. Il est aussi Officier de l'Instruction Publique et il a obtenu la Médaille de bronze de la Mutualité et la Médaille de bronze de la Gendarmerie.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 155 542.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/544/62300.

GOUGEROT Henri, Eugène (02/07/1881 – 15/01/1955)

Spécialités : Dermatologie, vénéréologie.

Né à Saint-Ouen, il est le fils de Clément, Honoré, Joseph Gougerot et de Louise, Marie Douard.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1904 (médaille d'or en 1907), il est docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1908, sa thèse s'intitule *Bacillose non-folliculaire ; étude historique, analytique, synthétique, clinique et expérimentale des réactions non-folliculaires des tissus au bacille de Koch*. Il est Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris en 1910 puis il devient médecin des Hôpitaux de Paris en 1921. Il est chef de service à l'hôpital Broca en 1927 puis à Saint-Louis l'année suivante. En 1928, il devient titulaire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Il est membre de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, de la Société de Prophylaxie, de la Société de Dermatologie (président en 1934), de la Société de la Tuberculose et de la Société de la Médecine légale. Il est membre de l'Académie de Médecine en 1940. Il est lauréat de plusieurs sociétés dont l'Académie de Médecine. Il est l'auteur de nombreux travaux parmi lesquels *Le traitement de la syphilis en clientèle* en 1914 ; il a aussi donné son nom au syndrome Gougerot-Sjögren.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1901, il est nommé médecin auxiliaire le 10 août 1904 et médecin aide-major de 2^{e} classe le 5 juillet 1909. Il débute la guerre au sein de l'ambulance 8/21. Le 1er juin 1915, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours, au centre régional de neurologie. Il est également le médecin-chef de l'annexe de l'hôpital auxiliaire n°103, dite « les Tilleuls », à Saint-Symphorien (une commune rattachée à Tours en 1964). Le 20 mars 1916, il nommé chef du centre régional de dermatologie-vénéréologie à l'hôpital complémentaire n°3, il a très probablement occupé ce poste avant et de façon officieuse. Le 16 mai 1916, il est promu

médecin major de 2e classe. Le 11 avril 1918, il déménage son centre dans une annexe de l'hôpital complémentaire n°30 à Tours après que l'hôpital complémentaire n°3 ait été cédé au Service de Santé américain. En tant que chef du centre de dermatologie-vénéréologie de la 9e région, il lutte avec zèle contre les maladies vénériennes malgré certaines oppositions dont celles des mairies de Tours et de Châtellerault. Il s'attache particulièrement à développer les services annexes pour mettre sur pied un système prophylactique efficace contre les maladies vénériennes. Il est aussi l'auteur de plusieurs rapports sur les maladies vénériennes et il tente de défendre le point de vue français sur la lutte contre celles-ci au *War Office* à Londres en juillet 1918. Le 3 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital Buffon à Paris. Le 25 mars 1919, il est nommé médecin major de 1ère classe et le 24 mai 1919, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce. Durant cette période parisienne, il est le médecin consultant de dermatologie-vénéréologie de la 9e région. Il est démobilisé le 31 octobre 1919. Le 28 décembre 1928, il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) puis médecin colonel (médecin principal de 1ère classe) le 25 juin 1936. Le 13 septembre 1939, il est rappelé sous les drapeaux et affecté à l'hôpital complémentaire de la salle des fêtes d'Aubervilliers. Le 13 juin 1940, il se replie avec sa formation sur Bordeaux puis sur Bagnères-de-Bigorre. Il est démobilisé le 7 août 1940 et est rayé des cadres le 2 juillet 1942.

Récompenses :

Lors de la Première Guerre mondiale, il obtient une citation à l'ordre du corps d'armée le 13 mai 1915 :

> « Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, a participé comme Médecin [*sic*] d'une ambulance du Front aux opérations du début de la campagne dans les Vosges et en Artois, donnant en toutes circonstances l'exemple du courage et du dévouement, notamment au cours du bombardement de Badonviller par un zeppelin et à Autrey pendant les combats du Col de la Chipotte en août 1914. S'est surmené et a compromis sa santé pour sauver de nombreux malades et blessés et a du [*sic*], malgré ses refus réitérés, être évacué pour maladie, ayant contracté en soignant des contagieux, une infection assez grave pour nécessiter l'amputation d'un doigt. »

En effet, il est amputé de la première phalange du médium droit en novembre 1915 (blessure contractée en service). Durant la guerre, il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1918. Il est promu Officier le 12 juillet 1934 (au titre du ministère de la Santé Publique) puis Commandeur le 15 juillet 1949. Après la Première Guerre mondiale, il obtient des témoignages de satisfaction et la Croix des services militaires volontaire de 3e classe le 29 août 1934.

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 111 631.

Dossier de la Légion d'honneur : 19800035/72/8909.

DE GRANDMAISON, Georges, Charles, Alfred, Marie (baron) (14/05/1865 – 3/12/1943)

Carrière civile :

Né à Paris, il débute une carrière militaire et entre à l'école spéciale militaire de Saint-Cyr. Il suit les cours de l'école d'application de cavalerie de Saumur (Maine-et-Loire) en 1887-1888, puis est affecté au 11e régiment de cuirassier de Lunéville. Il démissionne et est élu maire de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) en 1892, puis il devient conseiller général du canton en 1895. Il est député de Maine-et-Loire de 1893 à 1933, puis sénateur de Maine-et-Loire de 1933 à 1943.

Carrière militaire :

Lors de la Première Guerre mondiale, il est mobilisé comme chef d'escadron aux états-majors de la 71e division, du 9e corps d'armée puis de la 8e armée. Avant son départ, il met son château de Montreuil-Bellay à la disposition du comité de la Société de Secours aux Blessés Militaires de Saumur. Le comité y installe une annexe de l'hôpital auxiliaire n°6 de Saumur. Cette formation fonctionne du 23 août 1914 au 12 décembre 1918 et aurait compté au maximum cinquante-cinq lits. Elle est affectée à la chirurgie jusqu'en août 1917 et soigne des malades durant toute son existence.

Récompense :

Le député de Grandmaison est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 8 novembre 1915.

Source : http://www.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche.asp?num_dept=3542. Site consulté le 5 juillet 2015.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1879/42.

GRASSET Paul, Gaston (19/12/1864 –)

Spécialités : Médecine générale, pédiatrie.

Né à Blois, fils de Syr, Appolinaire Grasset et d'Appoline, Félicité Juchet, il se marie le 17 juin 1894.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Étude sur les rapports du scrofulo-lymphatisme avec la tuberculose et la syphilis*, en 1894 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin adjoint de l'asile Gatien de Clocheville en 1895. En 1902, il est médecin-directeur de l'œuvre tourangelle de la Goutte de Lait. Il est aussi médecin des maisons de convalescence et des Apprentis Tonnellé (au moins

en 1907). Il publie des travaux sur les Gouttes de lait et le traitement de la broncho-pneumonie infantile par les bains tièdes. Après la guerre, il fait partie de l'association des Poilus de Touraine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1884, il est médecin auxiliaire le 10 octobre 1892, médecin aide-major de 2e classe le 10 février 1895, médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1904 et médecin major de 2e classe le 13 juillet 1913. Il débute la guerre le 15 août 1914 comme médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°26 puis il participe aux conseils de révision dans la Vienne du 27 novembre 1914 au 8 février 1915, date à laquelle il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2. Il est ensuite affecté à l'hôpital mixte de Tours le 31 mars 1915. Le 14 septembre 1916, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la Ière armée, puis le 30, il est nommé médecin-chef du train sanitaire Est 7 (Compagnie des Chemin de fer de l'Est). Il retourne dans la 9e région le 3 juin 1918, il est alors affecté à la direction du Service de Santé de la région, mais il est en fait détaché à l'hôpital complémentaire n°9 à Parthenay comme médecin traitant. Il est démobilisé le 5 janvier 1919 puis est rayé des cadres le 11 février 1920.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 28 septembre 1918.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 145 947.

GUÉRARD Eugène, Hippolyte (17/03/1853 – 30/08/1920)

Spécialité : Stomatologie.

Né à Paris, fils de Louis, Pierre Guérard et de Clémence, Estelle Blin, il épouse Léontine Augustine Jomard le 15 avril 1879.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude des accidents septiques résultant de l'avulsion des dents* à la Faculté de médecine de Paris en 1895. Médecin stomatologiste à Tours, il a exercé pendant une trentaine d'années la profession de chirurgien-dentiste avant d'arrêter en 1910 et de céder son cabinet.

Carrière militaire :

Il a participé à la guerre de 1870 et a obtenu la médaille de 1870 au titre d'engagé volontaire car il n'était que de la classe 1873. Médecin auxiliaire le 25 mai 1885, il devient médecin aide-major de 2e classe le 20 avril 1895 et médecin aide-major de 1ère classe le 6 août

1904. Il débute la guerre le 4 août 1914 à l'hôpital mixte de Tours et est affecté à l'hôpital bénévole n°116bis le 1er décembre 1914. Le 21 mars 1916, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°26 où il exerce sa spécialité. Le 13 mai, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°31 et est rayé des cadres le 8 août 1916.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 1er janvier 1913.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 146 825.

GUIBERT Maurice, Léon, Jules (13/01/1887 – 27/02/1927)

Spécialités : Dermatologie, vénéréologie, radiologie.

Né à Tours, fils d'Alphonse, Jules Guibert et de Marguerite Poreau, il se marie le 28 juillet 1913 avec Marie Laudais.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris à l'hôpital Saint-Louis, il soutient sa thèse, *Revue générale sur l'erythème induré de Bazin*, en 1913 à la Faculté de médecine de Paris. Médecin à Tours, il est dermatologue de l'hospice général de Tours depuis le mois de janvier 1923, il est aussi le dermato-vénéréologue de la 9e région militaire en tant que médecin civil conventionné. Il est membre de la Société de Française de Dermatologie et de Syphiligraphie depuis 1923.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1897, il est exempté. Il est classé dans le service armé le 14 novembre 1914 et est affecté à la 9e section d'infirmiers militaires le 17 novembre 1914. Le 1er mars 1915, il est nommé médecin auxiliaire et est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Le 24 mars 1915, il est affecté au bataillon de travailleurs agricoles à Saint-Avertin (Indre-et-Loire). Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 28 avril 1915. Il est affecté au 90e régiment d'infanterie le 3 mai 1915 puis, en août 1915, au 32e régiment d'infanterie. En mai 1916, il est affecté au service d'électro-radiologie de La Rochelle. Le 26 septembre 1917, il est affecté au groupe complémentaire de chirurgie n°14 et à l'ambulance 8/20, il fait partie de l'équipe chirurgicale 175 A. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 28 avril 1917. Le 25 octobre 1918, il est affecté au centre spécial de réforme n°67 à Roulers. Il est affecté au dépôt des 5e et 6e cuirassiers à Tours le 21 février 1919. Il est démobilisé le 1er juin 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 3 778.

GUILLAUME-LOUIS Paul, Sébastien (21/01/1878 – 01/07/1957)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Pointe-à-Pitre, il est le fils de Volny Guillaume-Louis et de Marie-Louise, Anne Cunégonde, Parfaite, Agnès Scholastique. Il se marie le 29 juillet 1907 avec Germaine Lainé.

Carrière civile :

Il fait ses études primaires et secondaires en Guadeloupe puis s'oriente vers les études médicales et devient interne des Hôpitaux de Paris en 1902. Il y est l'élève de Ménard, Terrier, Lejars, Hartmann, Poirier, Cunéo et Guinard. En 1906, il soutient sa thèse, *De la Cholédoctomie et recherches sur l'anatomie des voies biliaires,* à la Faculté de médecine de Paris. Il s'installe ensuite à Tours et débute alors une carrière dans le monde médical tourangeau. Chirurgien, il devient chirurgien adjoint à l'hospice général de Tours en 1908 puis il est nommé Professeur suppléant d'anatomie et chef de travaux à l'École de médecine et de pharmacie de Tours l'année suivante. De 1908 à 1913, il est aussi chirurgien-gynécologue à la maison de santé des religieuses augustines de Saint-Louans puis à la maison de santé Velpeau qu'il crée à Saint-Symphorien avec son ami le docteur Daniel Gaudeau. En 1912, il devient chirurgien-chef à l'asile Gatien de Clocheville. En 1919, il est chirurgien en chef de l'hospice général de Tours et chargé de cours d'anatomie, il est Professeur titulaire en 1924. La même année, il est nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Tours qu'il transforme en école de plein exercice en 1933, les examens finaux devant toujours être passés à Paris. Il reste à ce poste jusqu'en 1947 mais est suspendu sous Vichy. Il est très impliqué dans la vie médicale du département. Il est aussi élu maire de Montbazon en 1939, conseiller général en 1945, il préside la première assemblée départementale. Il est membre de la Société de Chirurgie et de l'Académie de Médecine. Il est l'un des fondateurs de l'association les Poilus de Touraine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1898, il est classé dans le service auxiliaire et il semble avoir été « oublié » par le Service de Santé. Le 6 août 1914, il est affecté à l'hôpital mixte de Tours, il n'a alors aucun grade ce qui ne l'empêche pas d'opérer. Par ailleurs, il continue d'opérer dans les services civils de l'asile Gatien de Clocheville et à l'hospice général de Tours. Il est nommé médecin aide-major de 2^{e} classe le 20 octobre 1914 et le 16 mai 1915, il est désigné pour l'ambulance chirurgicale automobile n°2 ou autochir n°2, dirigée par Henri Rouvillois. Le 20 octobre 1916, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Le 12 septembre 1918, il est nommé chef de groupe à l'autochir n°2. Le 24 septembre, il est affecté à l'ambulance 13/3 et le

22 février 1919, il revient à Tours et est affecté à l'hôpital mixte. Il est nommé médecin major de 2e classe le 25 mars 1919 et il est démobilisé le 8 août 1919. Il devient chirurgien consultant pour le Service de Santé jusqu'au début de l'année 1920. Il est rayé des cadres le 27 avril 1928.

Récompenses :

Le 16 septembre 1916, à Marcelcave, il est blessé au pied gauche par les éclats d'une bombe lancée par un avion. Il est cité à l'ordre de la Direction des Étapes et des Services de la Xème armée :

> « A fait preuve des plus brillantes qualités professionnelles qui associées à une activité et à un dévouement inlassables lui ont permis de sauver de nombreux blessés. A accompli sa tâche parfois écrasante avec une simplicité une endurance et une abnégation qui ont fait l'admiration de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre. »

Il a été décoré de la Croix de Guerre et est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 28 décembre 1917. Il est ensuite promu Officier et Commandeur.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 7572.

A.D.I&L. 177 J. Fonds du docteur Paul Sébastien Guillaume-Louis.

HAUTANT Albert, Louis, Émilien (24/09/1877 – 1947)

Spécialité : Oto-Rhino-Laryngologie.

Né au Mans, il est le fils de Louis, François, René Hautant et de Léonore, Madeleine Leurson.

Carrière civile :

Externe, puis interne des Hôpitaux de Paris en 1902, il est dans le service du professeur Lermoyez à Saint-Antoine en 1904. Il est docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1906, sa thèse s'intitule *Le bacille pyocyanique dans les affections auriculaires*. Il est chef de travaux de spécialité à la Faculté de médecine de Paris et oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris à partir du 15 mars 1914. Il est membre de plusieurs sociétés médicales dont l'Académie de Médecine. En 1937, il est chef du service O.R.L. de l'hôpital Tenon et chef de service de laryngologie de l'Institut Curie de l'Université de Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1897, il est nommé médecin auxiliaire le 29 novembre 1900 et médecin aide-major de 2e classe le 12 janvier 1907. Il débute la guerre au sein de l'hôpital d'évacuation n°33. Le 16 décembre 1914, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Au début du mois de mars 1915 (1er – 9 mars), il est à la réserve du personnel sanitaire de la IVe armée, puis il est nommé à l'hôpital complémentaire n°26 au lycée de jeunes filles de Tours

comme médecin-chef du centre régional d'O.R.L. Le centre régional d'O.R.L. déménage à l'hôpital complémentaire n°31 le 30 octobre 1917, entre-temps, il est nommé médecin major de 2e classe (16 janvier 1916). Le 9 décembre 1918, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce où il exerce jusqu'à sa démobilisation le 22 avril 1919. Le 12 janvier 1923, il est promu médecin major de 1ère classe puis médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 11 juillet 1938. Il est mobilisé le 2 septembre 1939 au ministère de la Guerre, à la 7e Direction. Il est démobilisé le 1er janvier 1940 et est rayé des cadres le 21 mars 1941.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 6 juillet 1919 puis il est promu Officier le 6 janvier 1928 et enfin Commandeur le 25 février 1937 (au titre du ministère de la Santé Publique).

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 6 225.

HERSCHER Maurice, Gustave (12/10/1873 –)

Spécialité : Médecine générale (maladies du foie et des voies biliaires).

Né à Paris, il est le fils d'Ernest Herscher et de Léonie, Marguerite Guilloune.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1898, il soutient sa thèse, *Origine rénale de l'urobiline*, en 1902 à la Faculté de médecine de Paris. Il a été préparateur au laboratoire de toxicologie de la Préfecture de Police de Paris et chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (Hôtel-Dieu). Il est médecin des Hôpitaux de Paris depuis 1913.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est nommé médecin aide-major de 2e classe le 3 février 1903. Il débute la Première Guerre mondiale le 20 août 1914, il est alors affecté à l'hôpital complémentaire n°14 de Poitiers. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 11 décembre 1914. Le 18 mars 1915, il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°16 de Poitiers puis, le 9 avril 1918, de l'hôpital complémentaire n°15 de cette ville. Il est promu médecin major de 2e classe le 20 avril 1918. Du mois de février 1916 à sa démobilisation, il est le médecin-chef du secteur médical de Poitiers. D'août à octobre 1918, il est hospitalisé puis en convalescence à Poitiers suite à une opération (phlegmon). Il est démobilisé le 15 janvier 1919 et rayé des cadres le 28 mars 1921. Il est réintégré le 30 mars 1926 avant d'être définitivement rayé des cadres le 7 novembre 1931.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 11 janvier 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 146 570.

JABLONSKI Thadeus, François, Antoine, Joseph, Marie, Jean (14/09/1845 –)

Spécialité : Inconnue.

Carrière civile :

Né à Poitiers (Vienne), il est membre du Conseil départemental d'hygiène (probablement de la structure précédant ce conseil qui est créé en 1902) du 30 mai 1879 au 15 mai 1920. Il est médecin des épidémies depuis le 14 octobre 1879, médecin de l'Hôtel-Dieu de Poitiers depuis le 1er décembre 1882 et inspecteur des enfants assistés de 1881 à 1889. Il est conseiller municipal de Poitiers de 1892 à 1900. Il est inspecteur départemental des services d'hygiène depuis 1902.

Carrière militaire :

Il a participé à la guerre franco-prussienne de 1870-1871 comme médecin et lors de la Première Guerre mondiale, il devient le directeur du service départemental de santé et d'hygiène des réfugiés le 4 août 1914. Puis, il est nommé délégué départemental des services sanitaires de la Vienne le 29 août 1914. Il collabore alors avec le Service de Santé aux Armées pour lutter contre les maladies contagieuses dans le département.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 14 janvier 1922.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1338/11.

JOUSSELIN Edmond, Charles (1/11/1877 – 12/08/1926)

Spécialités : Électrothérapie, mécanothérapie, radiologie.

Né à Mauzé-sur-le-Mignon (Deux-Sèvres), il est le fils de Jean, Élie, Louis, Gaston Jousselin et de Marguerite, Clémentine Chapin. Il se marie le 18 janvier 1904 avec Germaine, Marie, Renée Fayard.

Carrière civile :

Soldat de la classe 1897, il est admis à l'École du Service de Santé Militaire en 1894, il est alors élève de santé le 24 octobre 1898. Il soutient sa thèse, *De la valeur séméiologique des souffles extra-cardiaques de la base considérés surtout au point de vue du diagnostic précoce*

des aortites, à la Faculté de médecine de Lyon en 1901. Il devient médecin stagiaire le 25 décembre 1901 et entre à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce. Il est médecin aide-major de 2e classe le 1er février 1902. Il est affecté au 7e régiment de hussards le 8 novembre 1902 et est promu médecin aide-major de 1ère classe le 1er février 1904. Le 10 décembre 1907, il est affecté à l'École militaire préparatoire de cavalerie puis, le 22 février 1908, au 93e régiment d'infanterie. Il est promu médecin major de 2e classe le 25 décembre 1908. Il démissionne le 10 mars 1909 mais il conserve son grade. Il vit alors à Niort où il possède un cabinet avec des équipements de radiologie, d'électrothérapie et de mécanothérapie. Depuis le 1er avril 1919, il est chef de laboratoire de radiologie et d'électrothérapie de l'hôpital de Niort. Il est membre de la Société Française de Radiologie.

Carrière militaire :

Il débute la Première Guerre mondiale le 3 août 1914, il est alors affecté au 277e régiment d'infanterie. Le 28 octobre 1914, il est affecté au centre de physiothérapie de la place de Niort. Il utilise ses installations personnelles de radiologie, d'électrothérapie et de mécanothérapie pour soigner les soldats. Ce service est ensuite placé sous la direction du centre de physiothérapie de la 9e région militaire à partir du mois de mars 1915. Il est promu médecin major de 1ère classe le 19 août 1916 et est nommé adjoint du médecin-chef de la place d'Angers le 19 septembre 1916. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°58 à Angers le 10 mars 1917. Le 25 octobre 1917, il est nommé médecin-chef du S.M.R.I. à l'hôpital complémentaire n°16 de Compiègne. Cette structure se replie sur l'hôpital complémentaire n°31 de Château-Thierry le 17 avril 1918 puis, sur l'hôpital complémentaire n°37 de Châlons et enfin sur le centre spécial de réforme de l'hôpital des Tourelles à Paris le 19 juillet 1918. Il est démobilisé le 23 février 1919.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 1 545.

KAHN Pierre-Adolphe dit PIERRE-KAHN (31/05/1881 – 27/10/1932)

Spécialité : Psychiatrie.

Né à Paris, il est le fils de Charles Kahn et d'Alice Gompertz.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1903, il est docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1909, sa thèse s'intitule *La cyclothymie de la constitution cyclothymique et de ses manifestations (dépression et excitation intermittentes)*. Il obtient le prix de thèse de la Faculté

de médecine de Paris. Il est chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris puis médecin assistant des consultations psychiatriques à l'hôpital de la Pitié (1924). Il est membre des sociétés de Psychiatrie, de Sociologie, de Médico-Psychologie et de la Société Médicale de Paris. Il est aussi l'auteur de nombreux articles portant sur les maladies mentales mais il travaille aussi sur la responsabilité criminelle et est parti en 1900-1901 aux États-Unis pour y étudier les hôpitaux et les facultés.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1901, il est nommé médecin auxiliaire le 26 octobre 1903, médecin aide-major de 2e classe le 4 janvier 1910 et médecin aide-major de 1ère classe le 13 juillet 1913. Il débute la guerre au sein de l'ambulance 2/6. Il est fait prisonnier le 22 août 1914 à Xivry-Circourt alors qu'il soignait des blessés ; il est lui-même blessé (contusion à l'avant-bras droit). Il est interné à Lechfeld (Allemagne) et n'est rapatrié que le 7 octobre 1916, il reste donc en captivité pendant plus de deux ans. À son retour, il est hospitalisé à l'hôpital de Clignancourt à Paris puis il obtient deux mois de convalescence à Nice à partir du 20 octobre 1916. Il ne profite pas de toute sa convalescence car il est mis à la disposition de la 9e région militaire et est affecté à l'hospice général de Tours, au service des aliénés, le 1er novembre 1916. Il dirige ce service et met sur pied un petit service pour les militaires. Le 1er mai 1918, il est promu médecin major de 2e classe et le 23 juin 1918, il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°59 à Tours. Il est démobilisé le 19 février 1919. À Tours et plus généralement dans la 9e région, il met sur pied le centre régional de psychiatrie qu'il dirige à partir du mois d'octobre 1917, date de sa création, jusqu'à sa démobilisation, tout en s'occupant des salles civiles de l'hospice général de Tours. Il est rayé des cadres le 14 mai 1930.

Récompenses :

Lors de la Première Guerre mondiale, il obtient la Croix de Guerre et est cité à l'ordre de la division le 3 novembre 1918 :

> « Fait prisonnier le 22 août 1914 dans un village violemment bombardé où il soignait des blessés, s'est employé efficacement pendant son internement à défendre les intérêts de ses compatriotes prisonniers sans se soucier des peines que lui valaient son attitude énergique. »

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 16 juin 1920. Il obtient aussi la médaille des Épidémies après la guerre et la médaille de l'Assistance Publique.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 13255.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1393/51.

LABEY Georges, Alexandre, Joseph (11/04/1873 – 18/02/1952)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Paris, fils d'Alexandre, Albert Labey et d'Antoinette, Célestine Delaporte, il se marie le 9 octobre 1900 avec Adélaïde, Suzanne Lebas.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1897, il soutient sa thèse, *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles*, en 1902 à la Faculté de médecine de Paris et obtient la médaille d'argent pour celle-ci. Il est chirurgien des Hôpitaux de Paris depuis 1906 et devient par la suite chef de service à l'hôpital Lariboisière. Il est aussi chirurgien consultant des Maisons d'Éducation de la Légion d'Honneur. Il a été assistant d'anatomie et chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris avant d'être Professeur à cette faculté. Il est membre de l'Association Française de Chirurgie depuis 1906, membre titulaire de la Société de Chirurgie de Paris depuis 1917 et membre de l'Association Internationale de Chirurgie depuis 1920. Il est aussi membre de l'Académie de Médecine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est nommé médecin auxiliaire le 2 mars 1896 puis médecin aide-major de 2^{e} classe le 3 février 1903 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il débute la Première Guerre mondiale le 20 août 1914 à l'hôpital complémentaire n°1 de Châteauroux. Il devient chirurgien-chef du secteur chirurgical de Châteauroux en mars 1915 et le demeure jusqu'à son départ de la ville. Il est promu médecin major de 2^{e} classe le 16 janvier 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray (Châteauroux) le 11 septembre 1916. Le 19 octobre 1916, il est affecté à l'ambulance 5/4 mais il est de nouveau affecté à l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray le 18 novembre 1916. Il est affecté à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital auxiliaire n°267 à Paris le 6 novembre 1917. Il est démobilisé le 1er mars 1919. Il est promu médecin major de 1ère classe le 2 septembre 1923 puis médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2^{e} classe) le 25 décembre 1931. Il est rayé des cadres le 26 juillet 1936.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1917 puis Officier le 20 décembre 1926.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 42 986.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/99/12413.

LABIT Henry, Joseph, Jules (19/03/1857 – 24/03/1934)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Nantes, fils d'Henri, Émile Labit et de Rosalie, Désirée Many, il se marie le 4 août 1886 avec Zélie, Georgette, Marie Nicolle. Veuf le 17 décembre 1886, il se remarie le 27 février 1889 avec Berthe Hollande.

Carrière militaire :

Élève de santé le 17 octobre 1876, il est alors à l'hôpital militaire de Lille, il entre à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce comme élève médecin le 10 novembre 1878. Il est médecin stagiaire le 28 novembre 1879. Il soutient sa thèse, *Des phlegmons diffus des membres provoqués par la déclivité*, en 1879 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin aide-major de 2e classe le 26 novembre 1880 et est affecté à l'hôpital militaire de Vincennes le 2 décembre 1880. Le 25 novembre 1882, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Il est affecté au 20e bataillon de chasseurs à pied le 13 décembre 1882, il est alors détaché à la direction du Service de Santé du 3e corps d'armée. Le 18 octobre 1886, il est affecté au 24e régiment d'infanterie. Le 13 janvier 1887, il est promu médecin major de 2e classe et est affecté au 48e régiment d'infanterie. Le 7 février 1887, il part au Tonkin et le 13 avril, il est affecté à l'ambulance de Vung-Lam. Le 22 mars 1888, il est affecté à l'ambulance de Than-Quan puis, le 25 avril 1888, à celle de Hai-Phung. Le 18 septembre 1888, il est affecté au 85e régiment d'infanterie puis, le 18 novembre 1891, au 3e régiment de hussards. Il est promu médecin major de 1ère classe le 5 mars 1898, il est alors affecté au 50e régiment d'infanterie. Le 24 septembre 1900, il est affecté à l'état-major particulier du ministre de la Guerre. Il est promu médecin principal de 2e classe le 31 décembre 1903. Il est affecté à l'hôpital Bégin le 17 novembre 1904 puis, le 26 février 1908, il est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille. Il est promu médecin principal de 1ère classe le 25 décembre 1908 et est nommé adjoint du directeur du Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris le 16 octobre 1909. Le 12 février 1912, il est nommé directeur du Service de Santé du 12e corps d'armée. Il est promu médecin inspecteur le 2 juillet 1913. Le 2 août 1914, il est nommé directeur du Service de Santé de la Xe armée. À ce poste, il reçoit un blâme pour son manque d'autorité : il n'aurait pas recherché et sanctionné des médecins ayant eu un mauvais comportement. Au Grand Quartier Général de l'armée française, il n'est pas jugé apte à diriger le Service de Santé de la Xe armée, il alors écarté de ce poste (mis en disponibilité) le 25 avril 1915. Il est nommé directeur du

Service de Santé de la 9e région militaire le 7 mai 1915 et occupe ce poste jusqu'au 27 mars 1918. Il est alors placé dans la section de réserve.

Récompenses :

Il est fait Officier de l'Ordre du Dragon de l'Annam le 28 janvier 1890, Officier de l'Ordre du Cambodge le 17 juin 1903 et Officier de l'Ordre des Saints Maurice et Lazare en 1904. Il est fait Officier d'Académie le 28 mars 1901. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1899 puis Officier le 11 juillet 1914 et Commandeur le 16 juin 1920.

Dossier au Service Historique de la Défense : 15 Yd 311.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1415/71.

LAIGNEL-LAVASTINE Maxime, Marie, Paul (12/09/1875 – 5/09/1953)

Spécialités : Neurologie, psychiatrie.

Né à Évreux, fils de Paul, Charles Laignel-Lavastine et de Marie, Marguerite Bidault, il se marie le 23 mai 1906 avec Marcelle Regnier.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1899, il soutient sa thèse, *Recherche sur le Plexus solaire*, en 1903 à la Faculté de médecine de Paris. Il obtient le prix de thèse, médaille d'argent, de la Faculté de médecine de Paris et le prix de l'Académie de Médecine. Il est médecin des Hôpitaux de Paris à partir de 1907 et chef de clinique adjoint à l'hôpital Laënnec. Il devient agrégé des maladies mentales en 1910. Il est chef de laboratoire de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Paris et chef de clinique médicale. Il devient président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, de la Société Française d'Histoire de la Médecine (1926-1927) et de la Ligue de Défense de l'Homme contre le Crime. Il est Professeur de clinique des maladies mentales de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris en 1928, il a aussi été le titulaire de la chaire d'Histoire de la médecine de cette faculté. Il enseigne aussi à l'Institut de Criminologie de Paris et est expert auprès des tribunaux. Il est membre de l'Académie de Médecine en 1936.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1895, il est médecin auxiliaire le 20 août 1898, médecin aide-major de 2e classe le 30 juin 1905 puis médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il débute le conflit le 2 août 1914 à l'ambulance de la 82e division territoriale et est très rapidement promu médecin major de 2e classe (10 août 1914). Il est nommé chef du centre de neurologie

de la 9e région le 17 mars 1915. Il quitte le centre pour Paris le 18 novembre 1915 et est affecté à l'hôpital temporaire de la Maison Blanche à Neuilly-sur-Marne ; il passe le reste du conflit dans cette formation au service des psychonévroses. Il est démobilisé le 19 janvier 1919. Le 13 juillet 1922, il est promu médecin major de 1ère classe et est rayé des cadres le 7 octobre 1936.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 août 1921.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 50 270.

LAMBRON René, Adolphe, Célestin, Arthur (20/05/1885 –)

Spécialité : Stomatologie.

Né à Tours, il est le fils d'Arthur, Anatole, Hippolyte Lambron et de Jeanne, Rose Compagnon.

Carrière civile :

Externe des hôpitaux de Tours, il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude du traitement chirurgicale de la tuberculose génitale ; la vasoépididymectomie bilatérale*, à la Faculté de médecine de Paris en 1911. Il est chef de clinique à l'École Française de Stomatologie de Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1905, il est médecin auxiliaire le 1er août 1908. Il est mobilisé le 4 août 1914 au dépôt du 66e régiment d'infanterie. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 30 août 1914. Il est affecté à l'hôpital bénévole n°117bis de Tours le 22 septembre 1915 puis à l'hôpital complémentaire n°26 le 12 mai 1916. Il s'agit du centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales de la 9e région, il y exerce sa spécialité. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 30 août 1916. Le 14 mars 1917, il est affecté au centre maxillo-facial de la 10e région, à l'hôpital complémentaire n°5 à Rennes. Le 11 juin 1918, il est affecté à la gare régulatrice de Creil puis au quartier général de la Ière armée le 14 août 1918. Il est hospitalisé du 28 août 1918 jusqu'au 15 mars 1919, date à laquelle il est nommé médecin-chef de la place de Loudun. Le 5 avril 1919, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce, au service de stomatologie, puis au service de stomatologie de Seine-et-Oise le 9 août 1919. Il est démobilisé le 30 août et est rayé des cadres le 22 novembre 1932.

Récompenses :

Durant la guerre, il obtient la Médaille d'Honneur d'Argent des Épidémies (2 janvier 1916). Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 6 avril 1932 au titre du ministère de la Santé Publique.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 26 498.

LANDRIAU Marie, Achille, Léon (9/05/1850 – 18/03/1923)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Dompierre-sur-Mer (Charente-Maritime), fils d'Antoine, Jacques Landriau et de Marie, Annie, Françoise, Félicie Villeneuve, il se marie le 23 octobre 1876 avec Laurence, Marie, Caroline Guillet.

Carrière militaire :

Médecin-élève à l'École du Service de Santé de Strasbourg le 8 octobre 1868, il participe à la guerre franco-prussienne de 1870-1871. Il est sous-aide le 7 septembre 1870 à l'ambulance de Strasbourg puis, le 10 octobre 1870, il est affecté à l'hôpital militaire de Rennes. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 24 octobre 1870 et est affecté au bataillon des mobiles du Loiret. Le 15 novembre 1870, il est médecin-élève à la Faculté de médecine de Montpellier. Le 13 janvier 1871, il est affecté à l'ambulance du camp de La Rochelle puis, le 8 mars 1871, il est de nouveau médecin-élève à la Faculté de médecine de Montpellier. Le 5 septembre 1871, il est médecin-élève à l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce. Il soutient sa thèse, *Du délire nerveux traumatique*, en 1872 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin-stagiaire le 20 décembre 1872 puis médecin aide-major de 2e classe le 20 octobre 1873. Le 8 décembre 1873, il est affecté à l'hôpital militaire de Constantine puis, le 10 juin 1874, à l'ambulance de l'Oued Athémenia. Le 9 mars 1875, il est affecté à l'hôpital Saint-Martin puis au 2e bataillon de chasseurs à pied le 22 mai 1875. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 31 décembre 1875. Il est affecté au 10e régiment d'artillerie le 30 octobre 1877. Le 3 août 1881, il est promu médecin major de 2e classe et est affecté à l'hôpital militaire d'Oran. Le 8 juillet 1886, il est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Tiaret. Le 2 juin 1887, il est affecté à l'hôpital militaire de Méchéria. Le 16 septembre 1887, il est affecté au 15e bataillon d'artillerie de forteresse. Le 11 décembre 1889, il est promu médecin major de 1ère classe et est affecté au 36e régiment d'infanterie. Le 10 juillet 1894, il est affecté au 70e régiment d'infanterie. Le 23 avril 1896, il est affecté au 5e régiment du génie puis, le 27 avril 1898, à l'hôpital militaire

de Versailles. Le 4 février 1899, il est affecté à l'École Spéciale Militaire de Saint-Cyr. Il est promu médecin principal de 2e classe le 3 avril 1899. Le 20 octobre 1902, il est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Besançon. Il est promu médecin principal de 1ère classe le 30 décembre 1902 et le 1er juillet 1905, il est nommé adjoint du directeur du Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris. Le 27 septembre 1909, il est nommé directeur du Service de Santé du 17e corps d'armée. Il est promu médecin inspecteur le 21 décembre 1909. Il est placé dans le cadre de réserve le 9 mai 1912. Le 2 août 1914, il est nommé directeur du Service de Santé de la 1ère région militaire puis de la 9e région le 4 septembre 1914. Il reste à ce poste jusqu'au 25 mars 1915, il est alors placé dans la réserve à sa demande suite à son état de santé qui ne lui permet plus d'assurer cette mission. Le 23 juin 1915, il est mis à la disposition du Gouverneur Militaire de Paris pour présider une commission médicale chargée de visiter les officiers en convalescence. Ce poste est supprimé le 10 janvier 1917, il est alors placé dans la réserve.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 29 décembre 1891 puis Officier le 30 décembre 1908 et Commandeur le 11 juillet 1912. Il obtient aussi la Médaille Commémorative de 1870-1871 et la Médaille d'Or des Épidémies le 19 juin 1895. Il est fait Officier d'Académie le 21 mars 1901.

Dossier au Service Historique de la Défense : 15 Yd 89.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1466/61.

LAPEYRE Louis, Numa, Marie (16/10/1869 – 23/12/1932)

Spécialités : Chirurgie, gynécologie.

Né à Nantes, fils de Jean, Numa Lapeyre et de Marie De Rothrais, il se marie le 4 juillet 1896 avec Madeleine, Marie Renault.

Carrière civile :

Il fait ses études à Nantes et à l'École de médecine de Nantes. Il est externe puis interne des Hôpitaux de Nantes avant d'être externe puis interne des Hôpitaux de Paris à partir de 1893. Il soutient sa thèse, *De l'anatomie du pied-bot varus équin et de son traitement par la tarsectomie*, en 1895 à la Faculté de médecine de Paris. La même année, il est nommé chirurgien de l'hospice général de Tours. Il est aussi nommé chef des travaux de médecine opératoire à l'École de médecine et de pharmacie de Tours et est chargé de la suppléance d'anatomie. Il

enseigne la médecine opératoire (1895-1905). En 1896, il est Professeur suppléant d'anatomie et de physiologie. En 1898, il est chargé du service de gynécologie et l'année suivante, il est chirurgien en chef de l'hospice général de Tours. Il est chargé de cours d'anatomie durant l'année 1903-1904 et en 1912, il est Professeur de pathologie externe. Il est Professeur de clinique chirurgicale en 1925-1926. Il dirige et opère à l'Hôtel-Dieu Saint-Gatien à Tours. Il est médecin (chirurgien) inspecteur de la Compagnie du Paris-Orléans et médecin expert pour le tribunal de Tours.

En 1896, il participe à la création de la *Gazette Médicale du Centre*, il est aussi l'un des fondateurs des *Archives Provinciales de Chirurgie*. En 1899, il est secrétaire général du Syndicat des Médecins d'Indre-et-Loire, il en est le président plus tard. Il est aussi membre du Bureau de l'Union des Syndicats. Il est président de la Société Médicale d'Indre-et-Loire en 1907, membre correspondant de la Société des Sciences Médicales de Poitiers ainsi que de la Société de Chirurgie de Paris. Il a fait de nombreuses communications dans la *Gazette Médicale du Centre*, à la Société Médicale d'Indre-et-Loire, dans la *Revue de chirurgie*, dans le journal l'*Obstétrique*, dans la *Gazette des Hôpitaux*, dans la *Presse Médicale*, aux *Archives Provinciales de Chirurgie*, à la Société Anatomique, à la Société de Chirurgie, aux Congrès Français de Chirurgie et aux Congrès Internationaux de Gynécologie et d'Obstétrique.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1889, il est nommé médecin auxiliaire le 27 novembre 1891, médecin aide-major de 2^{e} classe le 27 février 1896, médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1904 et médecin major de 2^{e} classe le 2 octobre 1911. Lors de la mobilisation, il est nommé médecin-chef de l'ambulance 4/9. Il est évacué le 18 mai 1915 sur l'hôpital de Saint-Pol et du 20 juin au 20 octobre, il est en congé de convalescence. Cependant, il est affecté le 17 octobre 1915 à l'hôpital mixte de Tours. Le 30 octobre, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°11 d'Angers et à partir du mois de mai 1916, il est le chirurgien-chef du secteur chirurgical d'Angers. Le 10 avril 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°58 de Mongazon (Angers). Le 3 août 1917, il est promu médecin major de 1ère classe et le 1er octobre, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers. Il rentre à Tours le 2 janvier 1919, il est alors nommé chirurgien consultant régional et est basé à l'hôpital mixte de Tours. Il est démobilisé le 7 juin 1919. Le 3 janvier 1926, il est promu médecin principal de 2^{e} classe. Il est rayé des cadres le 22 novembre 1932.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 23 janvier 1915 :

> « Bien que désigné par son âge pour un hôpital du territoire, s'est spontanément offert pour partir avec le corps d'armée actif et remplacer à l'improviste un médecin chef d'ambulance qui n'avait pu rejoindre. Rend les plus grands services par son activité, son dévouement et son esprit d'initiative. A opéré avec succès et sauvé de nombreux blessés graves. »

Il est promu Officier le 10 octobre 1930. Il est aussi Officier de l'Instruction Publique

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 23 422.

LECOUTOUR Aimé, Auguste, Mathias (25/02/1881 –)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Pontorson dans la Manche, fils de Bienaimé Lecoutour et de Marie, Louise Picot, il se marie le 31 juillet 1909 avec Aline, Angèle Rousseau.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'urétrite chronique*, en 1911 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chirurgien à l'hôpital de Saint-Nazaire depuis 1919.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1901, il est médecin auxiliaire le 17 août 1908 et médecin aide-major de 2e classe le 29 juin 1912. Il est mobilisé le 2 août 1914 à l'ambulance 7/9. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°28 d'Angers le 7 novembre 1914 puis à l'hôpital bénévole n°116bis à Tours le 22 mars 1915, il en est le médecin-chef. Le 18 janvier 1916, il est affecté à l'ambulance 224, il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 20 juin 1917. Libéré provisoirement le 31 août 1917, il est mis hors cadre le 7 septembre 1917. Il est réintégré le 7 août 1918 et affecté le 23 août à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Le 28 septembre 1918, il est affecté à la commission de réception des appareils pour les mutilés à l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours. Il est affecté le 31 janvier 1919 à la 11e région, à Nantes. Il est démobilisé le 15 mars 1919 et est rayé des cadres le 17 novembre 1930. Durant la guerre, il a aussi été nommé chef d'équipe chirurgicale A mais nous ne savons pas quand.

Durant le conflit, il a été hospitalisé à de nombreuses reprises. Le 16 octobre 1914, il est évacué à l'intérieur pour embarras gastrique fébrile. Atteint de pleurésie, il est hospitalisé à l'hôpital auxiliaire n°3 de Marseille du 8 au 18 décembre 1916, puis jusqu'au 3 avril 1917 à l'hôpital complémentaire n°69 de Menton. Ensuite, il est envoyé en convalescence pendant trois

mois ; cette convalescence est prolongée pendant deux mois. Durant son hospitalisation à Menton et sa période de convalescence, il est hospitalisé au sanatorium de Sorbio dans les Alpes Maritimes. Il est hospitalisé du 4 au 20 janvier 1919 à l'hôpital auxiliaire n°10 de Tours et est ensuite envoyé en convalescence jusqu'au 14 mars 1919.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 15 738.

LEDOUX-LEBARD René, Henri, Edmond, Auguste (21/04/1879 – 21/06/1948)

Spécialité : Cancérologie, radiologie.

Né à Paris, fils de Marie, Auguste, Eugène, Henri Ledoux-Lebard et d'Eugénie Chambard, il se marie le 8 avril 1908 avec Marcelle, Marie Mezière.

Son père rencontre Antoine Béclère lors de son internat à Paris en 1877. Ils se lient d'amitié et lors de sa mort en 1902, Béclère considère René comme son fils adoptif.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris, il soutient sa thèse, *La lutte contre le cancer*, en 1906 à la Faculté de médecine de Paris. Il est radiologiste des Hôpitaux de Paris à partir de juin 1911 et il dirige le service de radiologie du professeur Gosset à la Salpêtrière à partir de cette année. Il fait des leçons au cours de perfectionnement du professeur Gosset à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Il participe aux conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie et de radiumlogie organisées par les chefs de laboratoire d'électrologie des Hôpitaux de Paris en 1913-1914. Il donne des cours de radiologie clinique de 1920 à 1935 à la Salpêtrière, il donne également des cours de perfectionnement. Il est par ailleurs chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Paris à partir du 1er mars 1922. Il a constitué une radiothèque contenant 100 000 clichés et documents radiologiques pour développer et améliorer l'enseignement de la radiologie. Il est radiologiste consultant du ministère de la Santé Publique à partir de 1932. À partir de l'année suivante, il est chef de service d'électroradiologie des Hôpitaux de Paris. Il est chef de service de radiothérapie du Centre anti-cancéreux de la Salpêtrière. Il est radiologiste de l'hôpital Franco-Musulman et radiologiste consultant des maisons d'Éducation de la Légion d'Honneur. Il est aussi radiologiste expert près les tribunaux.

Il est chargé de mission scientifique en Allemagne pour l'étude de l'organisation de la lutte anti-cancéreuse par le ministère de l'Instruction Publique en 1907. Il est membre fondateur, notamment avec Béclère, Haret, Belot et Bouchacourt, de la Société de Radiologie Médicale de France (1908) dont il devient le président en 1923. En 1914, il est l'un des fondateurs et

membres du comité de direction du *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. Il travaille et fait de nombreuses publications sur le cancer et la radiologie qui sont primées par l'Institut et l'Académie de Médecine dont il est membre.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1899, il est nommé médecin auxiliaire le 27 janvier 1902 et médecin aide-major de 2e classe le 12 janvier 1907. Il débute la Première Guerre mondiale le 2 août 1914, il est alors affecté au 21e bataillon de chasseurs. Le 5 mars 1915, il est affecté à l'hôpital militaire du Mans avant d'être affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours le 12 mars 1915. Il est alors le chef du centre de physiothérapie de la 9e région militaire. Il œuvre principalement à développer les installations radiologiques dans la région et à en promouvoir l'utilisation. En 1915, il crée avec le chirurgien Ombrédanne, chirurgien-chef du secteur chirurgical de Tours, une technique d'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique. Cette technique est enseignée à l'hôpital complémentaire n°2 aux radiologues et chirurgiens de la région. En outre, il est chargé de former des radiologues américains dans son centre. Il est promu médecin major de 2e classe le 3 août 1917. Le 28 janvier 1919, il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris puis, le 5 février 1919, à l'hôpital du Grand-Palais. Il est démobilisé le 5 mai 1919. Il est promu médecin major de 1ère classe le 30 décembre 1924 puis médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 25 décembre 1933. Il participe à la Deuxième Guerre mondiale et le 2 septembre 1939, il est affecté au ministère de la Guerre. Il est mis en disponibilité le 4 mars 1940 et est rayé des cadres le 20 août 1940.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 11 janvier 1919 et est promu Officier le 6 septembre 1935 (ministère de la Santé Publique).

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 9 751.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/0023/2956.

LEULLIER Marie, Émile, Amédée (23/11/1875 – 11/11/1931)

Spécialité : Physiothérapie.

Né à Gournay-en-Bray (Seine-Maritime), fils d'Amédée, Raphaël Leullier et de Marie, Catherine Quentin, il épouse Marie, Antoinette Lecadet, née Foutel, le 10 septembre 1907.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *De l'eczéma arthritique chez l'enfant et spécialement chez le nourrisson*, à la Faculté de médecine de Paris en 1900. Il est assistant puis chef des laboratoires de radiologie à l'Institut de Prophylaxie de Paris. Il est membre de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1895, il est médecin auxiliaire le 23 novembre 1899, médecin aide-major de 2e classe le 12 décembre 1901 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il est mobilisé à l'hôpital complémentaire n°8 à Angers le 10 août 1914 et y installe un service de physiothérapie qui devient un sous-centre lors de la création du centre régional de physiothérapie en mars 1915. Dans ce service, il met au point différents appareils pour la rééducation des blessés, ce qui lui vaut des attaques de la part du docteur Wetterwald, chef du centre de mécanothérapie et partisan de la kinésithérapie. Le 16 janvier 1916, il est promu médecin major de 2e classe. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours le 5 mai 1917. Le 21 mai, il est nommé chef de l'équipe de radiologie n°71 destinée à la 6e région (Châlons-sur-Marne). Il est affecté le 10 septembre 1917 à la Direction des Étapes de la Ière armée et plus précisément aux H.O.E. de Toul puis de Watay. Le 11 novembre, il est affecté à la 6e région puis le 29 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital Dominique Larrey du Gouvernement Militaire de Paris. Il est démobilisé le 15 juin 1919 et rayé des cadres le 4 novembre 1924.

Il a publié plusieurs études sur la physiothérapie, les prothèses des mutilés et sur la radiologie durant le conflit.

Récompenses :

Il est cité à l'ordre du régiment le 22 septembre 1919 :

> « A assuré comme Médecin-Chef d'un équipage radiologique mobile son service délicat avec conscience, dévouement et courage dans des circonstances difficiles, et en particulier au cours des bombardements de Château-Thierry, en mai 1916 [*sic*]. »

Il doit probablement s'agir de l'année 1918. Il obtient aussi la Croix de Guerre et est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 mars 1923.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 159 782.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1623/39.

LEGLUDIC Henry, Émile (18/04/1840 – 19/09/1917)

Spécialité : Médecine générale.

Carrière civile :

Né à Angers, le docteur Legludic est une figure de la société médicale de cette ville lorsque la Première Guerre mondiale débute. Il soutient sa thèse, *Des signes de la mort*, à la Faculté de médecine de Paris en 1863. Il est Professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers à partir de 1864 avant d'en prendre la direction de 1890 à 1910. Il est aussi médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers et en devient le médecin-chef en 1883. Il occupe différentes fonctions médicales à Angers et dans le département, il est ainsi membre du Conseil départementale d'Hygiène et de Salubrité publique à partir de 1881. Il a été membre correspondant national de la Société de Médecine légale de France et est l'un des fondateurs des *Archives médicales d'Angers*. Il a aussi été membre du conseil municipal d'Angers de 1871 à 1888 et adjoint au maire d'Angers de 1876 à 1878.

Il s'engage auprès du comité de l'Union de Femmes de France et est le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°102 d'Angers du début du conflit jusqu'à sa mort.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 26 janvier 1901.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1558/46.

Source : http://www.archives49.fr/acces-directs/archives-en-ligne/dictionnaire-historique-de-maine-et-loire/ Site consulté le 4 juillet 2015.

MÂREAU Gustave (8/3/1851 – mars 1917)

Spécialité : Chirurgie.

Carrière civile :

Né à Champtocé (Maine-et-Loire), il soutient sa thèse, *Étude sur les calculs salivaires du canal de Warthon et de la glande sousmaxillaire*, à la Faculté de médecine de Paris en 1876. Il est Professeur suppléant de chirurgie à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers en 1882 puis Professeur d'anatomie en 1891. Il est par ailleurs chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il s'engage auprès du comité de l'Union des Femmes de France d'Angers et est l'un des chirurgiens de l'hôpital auxiliaire n°102 du début de la Première Guerre mondiale jusqu'à sa mort en mars 1917.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 15 juillet 1903.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1724/26.

Source : http://www.archives49.fr/acces-directs/archives-en-ligne/dictionnaire-historique-de-maine-et-loire/ Site consulté le 4 juillet 2015.

MATTRAITS Henri, Clément (15/09/1882 – 23/10/1948)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Chinon (Indre-et-Loire), fils de Benoist Mattraits et de Pauline, Eugénie, Eulalie Massacry, il se marie le 17 janvier 1910 avec Suzanne, Jeanne, Berthe Lebigot.

Carrière civile :

Il a été interne de l'hospice général de Tours (1903-1904) et aide d'anatomie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours. Cet élève du chirurgien Louis Lapeyre soutient sa thèse, *De l'Omentovolvulus,* en 1908 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin à l'hôpital de Chinon. En 1905, il est préparateur de la mission scientifique du Gouvernement de l'I. P. aux Iles Canaries.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1902, il est médecin auxiliaire le 11 août 1906 puis médecin aide-major de 2e classe le 20 janvier 1909. Il est mobilisé à l'ambulance 7/9 le 2 août 1914 (la même que le docteur Lecoutour). Le 20 mai 1915, il est affecté au 135e régiment d'infanterie. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 31 mai 1915. Le 1er décembre 1915, il est affecté à l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 de Tours puis le 4, à l'hôpital auxiliaire n°103 comme adjoint au service central du secteur médical de Tours. Le 11 février 1917, il est désigné pour la réserve du personnel sanitaire d'Is-sur-Tille et le même jour, il est affecté au 83e régiment d'infanterie. Le 17 février 1918, il est affecté comme adjoint à l'équipe chirurgicale 81 B. Il est démobilisé le 27 février 1919 et rayé des cadres le 30 novembre 1931.

Récompenses :

Il est cité à l'ordre de la brigade le 27 avril 1917 :

> « Dans un poste de secours de 1ère ligne au cours d'une émission de gaz par l'ennemi et après cette émission a fait preuve du plus intelligent et du plus courageux dévouement pour donner des soins aux intoxiqués. »

Il a obtenu la Croix de Guerre et a été fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 25 décembre 1926.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 18 714.
Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1794/86.

MATZA Démétrius, Achille (16/12/1872 –)

Spécialités : Gynécologie, médecine générale.

Né à Braïla (Roumanie), fils de Georges Matza et de Marie Tsigoni, il se marie le 3 mars 1913 avec Rose, Anne Finaly.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris de 1894 à 1898, il est préparateur du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de 1897 à 1898. Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude du mycosis fongoïde (symptomatologie, anatomie pathologique),* à la Faculté de médecine de Paris en 1900. Il est préparateur du cours de Chimie physique au laboratoire de physiologie de la Sorbonne en 1906-1907. Il est médecin de la Bibliothèque Mazarine de 1908 à 1923 et médecin adjoint de la Prison de la Santé de 1910 à 1921. Il est médecin non rétribué du dispensaire Jules Siegfried. En 1914, il est désigné pour être membre d'une commission internationale pour la réglementation de l'emploi de la saccharine.

Carrière militaire :

Naturalisé en 1906, il est assimilé à la classe 1906 mais n'est pas incorporé au service actif. Il est nommé médecin aide-major de 2^{e} classe le 7 octobre 1912. Il est mobilisé le 2 août 1914 et est affecté à l'état-major du groupe de batterie de sorties du 32^{e} régiment d'artillerie de campagne. Le 9 mars 1916, il est affecté à l'annexe Bretonnais de l'hôpital complémentaire n°22 à Cholet. Il est affecté au dépôt commun des 3^{e} et 6^{e} régiments de cuirassiers le 30 août 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 12 février 1917. En mars 1917, il est affecté à l'H.O.E. de La Bouleuse. Le 8 juin 1917, il est relevé des armées et est de nouveau affecté au dépôt commun des 3^{e} et 6^{e} régiments de cuirassiers le 21 juin 1917. Le 1er octobre 1917, il est mis à la disposition du Service de Santé de la 9^{e} région militaire. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire) le 3 novembre 1917 puis à l'hôpital bénévole n°117bis de Tours le 1er février 1918. Le 4 novembre 1918, il est affecté au dépôt du 66^{e} régiment d'infanterie à Tours. Il est démobilisé le 19 janvier 1919. Il est promu médecin capitaine (médecin major de 2^{e} classe) le 28 juin 1929 et est rayé des cadres le 25 novembre 1930.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Couronne de Roumanie en 1905, Officier d'Académie en 1908, Chevalier du Sauveur de Grèce en 1909 et Officier de l'Ordre de Saint-Stanislas en 1917. Il obtient la Croix de Guerre lors de la Première Guerre mondiale. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 9 septembre 1923.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 15 277.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1471/70400.

MÉNÉTREZ Jean, Baptiste, Charles (16/07/1847 – 30/01/1916)

Carrière militaire :

Né à Belfort (Haut-Rhin), il débute une carrière militaire en 1867 qui le conduit au grade de général de division le 27 septembre 1906. Il commande le 9e corps d'armée du 30 octobre 1909 au 16 janvier 1912. Lors de la démobilisation, il est nommé à la tête de la 9e région militaire. Nous ignorons jusqu'à quand il conserve ce poste.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 20 novembre 1872. Il est promu Officier le 16 avril 1896 puis Commandeur le 11 juillet 1908. Il est élevé à la dignité de Grand-Officier de la Légion d'Honneur le 11 juillet 1912.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/1824/38.

MENIER Gaston, Émile, Henri (22/05/1855 – 5/11/1934)

Carrière civile :

Né à Paris, il est l'héritier de la chocolaterie Menier dont l'usine est à Noisiel (Seine-et-Marne). Il est député de Seine-et-Marne de 1898 à 1909 puis sénateur de ce département de 1909 à 1934.

Lors de la Première Guerre mondiale, il offre la création et l'entretien d'un hôpital complémentaire qui serait installé dans son château de Chenonceau (Indre-et-Loire). Le Service de Santé aux Armées accepte et le sénateur Menier finance les travaux d'installation de l'hôpital complémentaire n°36 qui fonctionne du 14 septembre 1915 au 31 décembre 1918 avec 120 lits. Cette formation est un hôpital chirurgical de premier ordre possédant notamment une salle de radiologie et un pavillon pour réaliser des opérations aseptiques. L'hôpital soigne des malades et des blessés mais sa situation géographique, trop à l'écart des courants d'évacuation sanitaire,

ne permet pas de tirer tous les bénéfices de l'installation radiochirurgicale de l'hôpital. Durant son existence, 2 258 malades et blessés ont été soignés dans cet hôpital.
Source : http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/menier_gaston1610r3.html#1889-1940. Site consulté le 5 juillet 2015.

MENUET François, Ambroise (5/06/1879 – 18/02/1924)

Spécialité : Radiologie.

Né à Lusanger (Loire Inférieure), fils de Pierre, Marie Menuet et de Jeanne, Marie Vaillant, il se marie le 11 février 1910 avec Yvonne, Marie Larmanjat.

Carrière civile :

Élève du chirurgien Louis Lapeyre, il soutient sa thèse, *Du prolapsus de l'utérus chez les Vierges et les Nullipares,* à la Faculté de médecine de Paris en 1908. Radiologue, il est Professeur de Sciences Physiques à l'École de médecine et de pharmacie de Tours.

Carrière militaire :

En 1913, il est accrédité auprès de la direction régionale du Service de Santé de la 9e région pour faire passer les examens radiologiques aux militaires de la place de Tours à son cabinet. Exempté de la classe 1899, il s'engage auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours et dirige le service de radiologie de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours au début du conflit. Il côtoie alors le chirurgien Henry Barnsby avec qui il met au point une technique de localisation de projectiles. Il est engagé volontaire le 30 décembre 1916, il est alors soldat de 2e classe et est affecté à la 9e section d'infirmiers militaires à Châteauroux. Le 6 janvier 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray (Châteauroux) et est le chef des services radiologiques de la place de Châteauroux. Le 16 février 1917, il est promu médecin aide-major de 2e classe. Le 3 mars, il est désigné pour assister aux séances radiologiques à Paris et ainsi parfaire ses connaissances. Le 10 mars, il est affecté à l'équipe radiologique n°66, rattachée à l'ambulance 15/11. Le 21 janvier 1918, l'équipe radiologique n°66 est rattachée à l'autochir n°21. Le 21 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 16 février 1919. Le 17 mai 1919, il est affecté à l'hôpital mixte de Tours. Il est démobilisé le 23 octobre 1919.

Lors de son retour à Tours, il prend la tête du centre régional de physiothérapie, succédant au radiologue Ledoux-Lebard. Il est accusé de vol de matériel appartenant à l'État par une lettre anonyme reçue au ministère de la Guerre le 28 juillet 1919. Il aurait fait apporter

le matériel chez lui par des prisonniers allemands. Il se défend en septembre : il s'agit de matériel appartenant au docteur Ledoux-Lebard, ce dernier le lui a laissé car il n'en a pas besoin à Paris. Le docteur Ledoux-Lebard le confirme ainsi que le docteur Dessane, adjoint du docteur Ledoux-Lebard chargé de surveiller et de liquider le matériel. Le seul reproche fait par l'enquêteur est d'avoir utilisé des prisonniers militaires mais il convient que la pénurie de main-d'œuvre civile l'empêchait de faire autrement. Il semble que des rivalités locales soient à l'origine de cette affaire.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 156 431.

MERCIER Raoul Gabriel (4/01/1871 – 26/09/1958)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Vernoil-le-Fourrier (Maine-et-Loire), fils de Gabriel Mercier et de Désirée, Marie Tan, il épouse Germaine Charoy le 27 juin 1900.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris de 1895 à 1898, il soutient sa thèse, *Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses intersitielles (tuboutérines),* en 1898 à la Faculté de médecine de Paris. Chef de clinique à l'École de médecine et de pharmacie de Tours de 1898 à 1902, Professeur suppléant de 1903 à 1906, il devient Professeur de pathologie interne en 1906. En 1924, il est Professeur de clinique médicale. En 1910, il exerce à la Maison de Santé des Dames Blanches (Sœurs de la Présentation), le docteur Henry Barnsby y pratique la chirurgie et la gynécologie. Il est médecin-chef du Dispensaire Colbert. Il est le fondateur-administrateur du Sanatorium Populaire de la Croix-Montoire depuis 1923. La même année, il devient vice-président de l'Union Départementale Antituberculeuse. Il est aussi membre du conseil départemental d'Hygiène d'Indre-et-Loire. Il est membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société des Hôpitaux de Paris. Il est membre de l'Académie des Sciences, de l'Académie Française et de la Société d'Encouragement au Bien. Il publie plusieurs études et obtient de nombreux prix notamment pour *Le vrai visage du combattant,* ouvrage primé par l'Académie Française.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1891, il est réformé en 1892 pour infirmités contractées avant l'incorporation. Il s'engage auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours et au début de la guerre,

il est le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours. Le 20 novembre 1914, il est incorporé à sa demande et est affecté à la 9e section d'infirmiers militaires. En réalité, il demeure à l'hôpital auxiliaire n°2 et en mars 1915, il devient le médecin-chef de l'hôpital bénévole n°115bis de Tours, il remplace alors le docteur Chaumier. Il est probable qu'il soit resté le médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n°2. Le 7 avril 1915, il est promu médecin aide-major de 2e classe. Le 20 juin, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la VIe armée et le 23, il est affecté à l'ambulance 2/3. Le 5 août, il est affecté à l'ambulance 2/75 mais il est détaché à l'hôpital temporaire du Palais de Compiègne. Le 5 avril 1916, il est détaché à l'hôpital temporaire de la clinique Mousin. Le 28 juin, il est affecté à sa demande au 418e régiment d'infanterie, 2e bataillon, du 20e corps d'armée. Le 20 septembre 1916, il est affecté à l'hôpital temporaire de l'école normale d'institutrices d'Amiens. Il est nommé médecin du Q.G. de la VIe armée le 1er novembre 1916. Le 10 janvier 1917, il est nommé médecin du Q.G. de la Ière armée. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 7 avril 1917. Le 8 mai 1917, il est nommé médecin du Q.G. de la D.E. (Direction des Étapes) des Armées du Centre. Le 13 août, il est nommé médecin du Q.G. des Armées du Centre. Le 16 novembre, il est nommé médecin du Q.G. du Commandement Supérieur des Forces Françaises en Italie. Il est nommé médecin du Q.G. du Groupe des Armées de Réserve le 18 février 1918. Le 26 décembre 1918, il est promu médecin major de 2e classe. Le 18 janvier 1919, il est démobilisé. Durant le conflit, il est atteint par les gaz en juillet 1916 et contracte une diphtérie maligne.

Il assiste au 3e Congrès international de Médecine et de Pharmacie Militaire du 20 au 25 avril 1925. Il est promu médecin major de 1ère classe le 5 janvier 1926. Il est rayé des cadres le 29 mars 1932. Il est de nouveau engagé volontaire lors de la Seconde Guerre mondiale et le 2 septembre 1939, il est envoyé en mission spéciale à l'Échelon gouvernemental de l'Air au Q.G. de l'Armée de l'Air à Amboise. Il est démobilisé le 20 juin 1940 et le 25 juin 1940, il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe).

Récompenses :

Il obtient plusieurs citations, la Croix de guerre et la Médaille d'Argent des Épidémies le 10 janvier 1916. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 29 décembre 1917 :

> « Médecin d'une haute conscience et d'une grande valeur professionnelle. Quoique libéré de toute obligation militaire s'est engagé pour la durée de la guerre et s'est distingué par sa bravoure, son activité, ses initiatives toujours heureuses dans le traitement des blessés de guerre et l'organisation des hôpitaux. – Une blessure, une citation – Croix de guerre. »

Il devient Officier de la Légion d'Honneur le 25 décembre 1929. Il est aussi fait Commandeur de la Croix-Rouge d'Espagne et, en janvier 1919, il est fait Chevalier de la Couronne d'Italie. Il est gratifié de quatre lettres de félicitations de différents ministres de la Guerre qui le félicitent pour son assiduité aux cours de perfectionnement des officiers du Service de Santé de réserve et pour les conférences et les exercices pratiques qu'il dirige.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 20 743.
Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/180/23282.

MÉTADIER Paul (1872 – 17/10/1956)

Spécialité : Pharmacie.

Carrière civile :

Né à Bordeaux, il y fait ses études de pharmacie. Pharmacien, il s'installe dans cette ville, puis à Bourges en 1903-1904. En 1904, il devient président du Syndicat des Grandes Pharmacies et l'année suivante, il s'installe à Tours. Il y construit sa « Pharmacie principale », rue nationale, où il crée la Kalmine en 1906, un médicament contre la douleur qui est un succès commercial. En 1912, il soutient sa thèse, *Eaux d'alimentation de la Ville de Tours*, à la Faculté de médecine de Toulouse. Il est à l'origine d'une entreprise pharmaceutique qui est rachetée par le groupe Aventis. Les autres médicaments et sérums créés par cette entreprise sont : la Métaspirine en 1917, le Sérum isotonique cicatrisant en 1920, le Métatitane (contre les maladies de la peau) en 1924, le Métavaccin en 1930, l'Asclérine en 1936, le Dentitane en 1937 et le Métatitane interne en 1938. Par ailleurs, il devient président de la Société des docteurs en pharmacie de France et est l'un des promoteurs de l'Ordre national des pharmaciens créé en 1945.

Première Guerre mondiale :

Lors de la Première Guerre mondiale, il participe à la création des services d'électrothérapie et de mécanothérapie à l'hôpital mixte de Tours en prêtant du matériel. Ces services, créés à la fin de l'année 1914, déménagent à l'hôpital complémentaire n°2 et forment à partir du mois de mars 1915, le centre de physiothérapie de la 9^{e} région. Lors de la démobilisation, Paul Métadier souhaite récupérer son matériel pour créer un centre de rééducation fonctionnelle mais nous ignorons si celui-ci a vu le jour.

Sources : http://www.orhibio.org/wiki. Site consulté le 5 juillet 2015. UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS DE TOURS. *Catalogue de l'exposition « Touraine, Jardin de Santé*

et Pépinière de Savants 19 juin 2009 – 30 août 2009 ». Tours : Presses Universitaires de Tours, 2009, 41 p.

MOISSONNIER Maurice, Étienne, Ernest (21/08/1870 – 1946)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Decize (Nièvre), fils d'Édine Moissonnier et de Joséphine Fragny, il se marie le 16 novembre 1898 avec Marie, Louise Gilbert.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Des injections sous conjonctivales en thérapeutique oculaire*, en 1895 à la Faculté de médecine de Paris. Il devient ophtalmologiste de l'hospice général de Tours, sur concours, en 1898. Il collabore à la *Gazette Médicale du Centre* en 1903-1904 et en 1904, il est membre correspondant de la Société d'Ophtalmologie de Paris. La même année, il fonde une revue, *Le Petit Indépendant Médical*, qui devient le *Tours Médical* en 1909. Il est aussi président de la Ligue des Familles nombreuses.

Carrière militaire :

Soldat exempté de la classe 1890, il s'engage auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours et est affecté à l'infirmerie de gare de Saint-Pierre-des-Corps, dont il devient médecin-chef après le départ du docteur Chaumier à la fin du mois d'août 1914. Il est reconnu apte au service armé le 30 décembre 1914 mais il reste à l'infirmerie de gare. Il est promu médecin aide-major de 2^{e} classe le 17 juin 1915 et le 30, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°15 de Poitiers. Le 15 août, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°21 de Poitiers, le 30 septembre, il est transféré à l'hôpital complémentaire n°14 puis à l'annexe du Sacré-Cœur de l'hôpital mixte de Poitiers le 30 octobre. Le 2 janvier 1916, il est affecté au dépôt du 49^{e} régiment d'artillerie de Poitiers. Le 25 août, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la 6^{e} armée. Le 1er septembre, il est affecté à l'H.O.E. n°32 et le 13, à l'ambulance 9/16. Le 20 avril 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°30 de Tours, par ailleurs centre régional d'ophtalmologie. Le 17 juin 1917, il est promu médecin aide-major de 1ère classe. Il est démobilisé le 23 décembre 1918 et est rayé des cadres le 11 septembre 1927.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 4 654.

MONOD Émile, Jean, Théodore (29/12/1875 – 16/02/1963)

Spécialité : Stomatologie.

Né à Mézières-en-Drouais (Eure-et-Loir), fils d'André, John, William, Honyman Monod et de Marie Valette, il se marie le 14 août 1902 avec Zoé, Émilie Dupoux.

Carrière civile :

Il est externe des Hôpitaux de Paris de 1896 à 1898 puis interne en 1898 à la Maison Nationale d'Aliénés de Charenton. Il soutient sa thèse, *Des fistules urinaires ombilicales dues à la persistance de l'ouraque et de leur traitement,* en 1899 à la Faculté de médecine de Paris. Soldat de la classe 1895, il est médecin auxiliaire le 18 septembre 1897 puis le 1er février 1900, il intègre l'École d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, il est alors médecin-stagiaire. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 1er novembre 1900 et est affecté au 129e régiment d'infanterie. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 1er novembre 1902 et le 8 juillet 1904, il est affecté au 18e régiment d'artillerie. En 1906, il devient chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Il est affecté au 17e régiment d'infanterie le 30 août 1906 et est promu médecin major de 2e classe le 23 mars 1907. Il est affecté au 1er régiment du Génie le 10 octobre 1907 puis à l'hôpital du Val-de-Grâce le 11 janvier 1909. Il est aussi chef du service de stomatologie de l'hôpital du Val-de-Grâce de 1907 à 1911 et Professeur en prothèse chirurgicale à l'École de Stomatologie de Paris en 1909. Il démissionne le 17 juin 1911. En 1911, il est médecin sanitaire maritime et inspecteur général au ministère de l'Intérieur. Plus tard, il devient Professeur honoraire de l'École Française de Stomatologie. Il est secrétaire général adjoint de la Société Internationale pour l'Étude des Questions d'assistance (1913-1920). Il est membre du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (1918-1925), du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (1922), de la Société de Pathologie Comparée. Il est aussi Conseiller d'État en 1922. Il a travaillé sur la stomatologie mais aussi sur le milieu pénitentiaire et l'assistance publique.

Carrière militaire :

Au début de la guerre, il est nommé médecin-chef de l'ambulance 8/21, formation qu'il ne quitte que le 12 avril 1916 avec le grade de médecin major de 1ère classe obtenu le 25 décembre 1914. Puis, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de la gare de régulation de Creil. Il n'y reste que peu de temps car le 26 avril, il est transféré au Gouvernement Militaire de Paris et plus précisément à l'hôpital Michelet. Il quitte cette formation le 22 mai 1916 pour rejoindre la 9e région et l'hôpital complémentaire n°26 à Tours. Il est alors le chef du centre de

prothèses maxillo-faciales de la région. Il le reste jusqu'au 4 octobre 1917, date à laquelle il est mis à la disposition du ministère de l'Intérieur pour faire partie de l'Inspection Générale des Services Administratifs. Il est démobilisé le 24 octobre 1919 mais demeure affecté au ministère des régions libérées jusqu'en août 1925. Il est promu médecin principal de 2e classe le 13 juillet 1922, puis médecin colonel le 25 juin 1931. Il est rayé des cadres le 12 avril 1936.

Récompenses :

Il obtient une citation à l'ordre de l'armée le 5 octobre 1915 :

> « Au cours du combat de Badonviller sa formation étant exposée à un bombardement violent, il a su par sa fermeté et son initiative heureuse évacuer plus de deux mille blessés en quelques heures. Promu quelques mois après M. M. de 1ère classe et chargé de la Direction d'un service de typhique et plus tard d'organiser un grand service de contagieux, il a fait preuve dans ces dernières circonstances d'un grand dévouement, d'une inlassable activité et de connaissances techniques étendues. »

Le 25 décembre 1916, il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur, puis Officier le 19 septembre 1920 et enfin Commandeur le 11 novembre 1924. Il obtient la médaille d'argent de l'Assistance Publique en 1920 et la médaille Pénitentiaire en 1921.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 43 716.

MOUSSY François (16/08/1879 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Pierrefite (Loir-et-Cher), fils de Léon, Félix Moussy et de Sidonie Taillandier, il épouse mademoiselle Quimbellot le 10 juillet 1906.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Le Football Rugby au point de vu médical et hygiénique*, à la Faculté de médecine de Bordeaux en 1905.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1899, il est classé dans le service auxiliaire. Rappelé à l'activité lors de la mobilisation, il est affecté à la 9e section d'infirmiers militaires le 16 août 1914. Le 30 août, il est promu médecin aide-major de 2e classe et le lendemain, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°31 à Tours. Le 15 décembre 1914, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°37 à Sainte-Radegonde. Le 9 avril 1915, il est affecté à l'hôpital mixte de Saint-Maixent-l'École. Le 19 mai 1915, il est désigné pour la réserve du personnel sanitaire de la Xe armée au Bourget. Le 15 novembre, il est affecté au 11e régiment d'artillerie. Le 6 décembre 1915, il est affecté à l'hôpital mixte de Poitiers. Le 20 décembre, il est affecté au dépôt du 12e régiment de

chasseurs. Le 19 mai 1916, il est affecté à un détachement du 125e régiment d'infanterie à Chinon. Le 26 août, il est hospitalisé à l'hôpital mixte de Tours, il ne reprend son service que le 9 mars 1917, il est alors affecté à l'hôpital civil de Chinon. Entre-temps, il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 30 août 1916. Le 13 mars 1917, il prend aussi en charge le détachement du 125e régiment d'infanterie de Chinon. Le 31 décembre, il est affecté au détachement du 77e régiment d'infanterie de Montreuil-Bellay. Il est démobilisé le 1er mars 1919 et est rayé des cadres le 11 décembre 1928.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre avec étoile de bronze. Il est cité à l'ordre du régiment le 6 janvier 1916 :

> « Venu au front sur sa demande, a toujours et en particulier dans les combats des 25 et 26 septembre 1915, fait preuve d'esprit d'initiative, de compétence professionnelle et d'un dévouement digne d'éloge, a montré son sang-froid en toutes circonstances de guerre. »

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 10 965.

NATTAN-LARRIER Louis, Adrien, Albert (4/11/1873 – 25/06/1946)

Spécialités : Bactériologie, immunologie.

Né à Paris, fils de Georges Nattan-Larrier et de Marie, Elisa Schayé, il se marie le 23 mars 1920 avec Marie Trèves.

Carrière civile :

Il est externe des Hôpitaux de Paris de 1894 à 1897 puis interne des Hôpitaux de Paris de 1897 à 1901. Il soutient sa thèse, *Les premiers stades de l'hérédité maternelle*, en 1901 à la Faculté de médecine de Paris. Il est chef de laboratoire et chef de clinique (Hôtel-Dieu) de la Faculté de médecine de Paris de 1901 à 1910. Il est assistant à l'Institut Pasteur en 1911. Il est Auditeur au Conseil Supérieur d'hygiène publique de France à partir de 1912. Il est aussi membre et secrétaire de la Commission des sérums près le ministère de l'Hygiène à partir de 1913. En 1913, il part en mission en Angleterre pour étudier l'organisation des études de bactériologie. Il donne des cours au Collège de France en 1913-1914, 1917-1918 et 1918-1919. Ces cours complémentaires sont créés grâce au financement de compagnies coloniales d'Afrique qui souhaitent améliorer la situation sanitaire dans les colonies. Ce cours devient une chaire en 1923 avec le soutien des gouvernements généraux d'Afrique Équatoriale, d'Afrique Occidentale, de Madagascar et d'Indochine. Nattan-Larrier est Professeur chargé du cours de protistologie pathologique au Collège de France de 1923 à 1943, il y possède un laboratoire.

Ses travaux et ouvrages portent sur la bactériologie, la protozoologie, l'hygiène et l'anatomie pathologique. Il dirige notamment la publication d'un Traité de microbiologie en 1931.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est nommé médecin auxiliaire le 25 septembre 1898 puis médecin aide-major de 2e classe le 3 février 1903 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il débute la Première Guerre mondiale le 2 août 1914, il est alors affecté au dépôt du 69e régiment d'infanterie territoriale à Châtellerault où il installe notamment un service pour contagieux. Le 31 janvier 1915, il est affecté au laboratoire de bactériologie de Poitiers, une structure qu'il a créée et qui lui permet de lutter contre une épidémie de méningite cérébro-spinale. Il met par ailleurs sur pied un laboratoire automobile de bactériologie grâce à un don du lieutenant Revel du 32e régiment d'infanterie. Le 30 mai 1915, il est affecté au laboratoire de bactériologie de Tours et il est nommé adjoint technique de bactériologie du directeur du Service de Santé de la 9e région militaire. Il est alors chargé de mener la lutte contre les maladies contagieuses dans la région. En août 1915, alors en mission au front, il est blessé mais il continue sa mission. Il en découle une aggravation de son état de santé. Il se fait tout de même opérer pour un calcul rénal en juillet 1916 mais la convalescence est longue et il est mis hors cadre le 4 février 1917. Il est réintégré et mis à la disposition de la 9e région militaire le 5 mars 1919 mais il est démobilisé le même jour. Il est promu médecin major de 2e classe le 26 décembre 1921 puis médecin commandant (médecin major de 1ère classe) le 28 décembre 1928. Il est rayé des cadres le 2 avril 1935. Lors de la Deuxième Guerre mondiale, il est engagé volontaire pour la durée de la guerre. Le 2 septembre 1939, il est affecté comme médecin consultant au secteur de Tours. Son engagement est résilié le 2 décembre 1939, il est tout de même promu lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 25 mars 1940 avant d'être renvoyé dans ses foyers le 1er avril 1940.

Récompenses :

Il obtient la Médaille de Bronze des Épidémies en 1900. Il est fait Chevalier du mérite agricole en 1912. Il est aussi Officier d'Académie. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 9 septembre 1923 et est promu Officier le 21 octobre 1932.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 35 655.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1272/46536.

OBERTHÜR Joseph, Marie (25/04/1872 –)

Spécialités : Neurologie, psychiatrie (il est aliéniste).

Né à Rennes, fils de Charles Oberthür et de Louise Le Ray, il se marie le 17 octobre 1895 avec Marie, Henriette Fayol.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Étude médicale sur les ouvriers des houillères. Leurs affections des voies respiratoires. Anthracose et tuberculose* en 1897 à la Faculté de médecine de Paris. De 1898 à 1902, il est directeur du laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur Raymond à la Salpêtrière. De 1902 à 1914, il est directeur d'un établissement privé d'aliénés. Il est lauréat de l'Académie de Médecine en 1906, Prix Civrieux, en collaboration avec le Professeur Dopter sur les encéphalites aigües.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est médecin auxiliaire le 12 mai 1896, médecin aide-major de 2e classe le 5 septembre 1897 et médecin aide-major de 1ère classe le 29 septembre 1909. Il est mobilisé le 6 août 1914 à l'hôpital complémentaire n°27 de Vitré, puis le 14 décembre 1914, il est affecté au 48e régiment d'infanterie. Le 4 février 1915, il est affecté au 94e régiment d'infanterie. Le 23 juin 1915, il est affecté au centre de neurologie de la 9e région, à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Le 22 août 1916, il est promu médecin major de 2e classe. Le 16 avril 1917, il est affecté à l'hôpital bénévole n°116bis à Tours. Le 29 mai 1917, il est nommé chef-adjoint du centre de neurologie à l'hôpital complémentaire n°2. Le 30 janvier 1918, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°51 à Tours. Le 16 février, il est désigné pour constituer une équipe de neuropsychiatrie de renfort mais il ne quitte pas la ville de Tours. Le 5 juin 1918, il est affecté à l'hôpital bénévole n°116bis comme médecin-chef. Le 14 septembre 1918, il est nommé chef du centre de neurologie de la 9e région. Le 18 décembre, le centre est transféré à l'hôpital complémentaire n°31. Le 31 janvier 1919, il est démobilisé. Il est promu médecin major de 1ère classe le 5 juillet 1926 et est rayé des cadres le 17 juin 1933.

En décembre 1914, il est au cœur d'une enquête, il aurait accepté dans son hôpital de la 10e région un médecin belge qui a été condamné pour abus de confiance en 1911 mais qui n'a pas purgé sa peine, ce dernier a été écroué. Il a aussi accepté un Russe se prétendant infirmier et qui a été écroué car suspect. Il est accusé de ne pas avoir fait toutes les vérifications nécessaires et sa punition est son transfert, il devait initialement purger quinze jours d'arrêt. Le

directeur de la 10e région est relevé de ses fonctions pour ne pas avoir vérifié les antécédents de ces deux personnes et est mis à la disposition du commandant de la 11e région.

Récompenses :

Durant le conflit, il est cité à l'ordre du régiment le 12 juin 1915 :

> « Médecin aide major territorial affecté sur sa demande au 94ème Régiment d'Infanterie dans l'Argonne, a toujours fait preuve sur le front des plus grandes qualités de dévouement et d'abnégation payant constamment de sa personne et montrant le sentiment le plus élevé du devoir. »

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 mars 1923.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 30 286.

OMBRÉDANNE Louis, Marie, Arsène (05/03/1871 – 04/11/1956)

Spécialités : Chirurgie, chirurgie infantile, chirurgie orthopédique et chirurgie plastique (chirurgie maxillo-faciale).

Né à Paris, fils d'Eusèbe, Marie, Louis Ombrédanne et de Céline, Julie Levassor, il épouse Anne, Madeleine Vélain le 16 octobre 1899.

Carrière civile :

Il débute à l'hôpital Saint-Antoine comme stagiaire dans le service du Professeur Hanot, puis il étudie chez le Professeur Fournier où il est l'élève du Professeur Darier. Il est externe des Hôpitaux de Paris en 1893 chez le Professeur Letulle. En 1895, il est interne des Hôpitaux de Paris (lauréat de l'Assistance Publique, prix Burlaud), il fait sa première année chez le Professeur Blum (chirurgie des membres et traumatismes). Il fait sa deuxième année chez le Professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu, il est aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris cette année-là. Il fait sa troisième année à Saint-Louis chez le Professeur Nélaton, il y découvre la chirurgie plastique. Il fait sa quatrième année chez le Professeur Lannelongue. En 1898, il est prosecteur provisoire à la Faculté de médecine de Paris, en 1899 il est titulaire. Il est docteur en 1900, sa thèse s'intitule *Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée* et il obtient la médaille d'argent pour sa thèse. En 1902, il est chirurgien des Hôpitaux de Paris, il poursuit son apprentissage auprès du Professeur Nélaton. En 1908, il est Professeur agrégé de Médecine, section Chirurgie. En 1909, il est chef du service de chirurgie infantile à Saint-Louis, en 1911 il est chef de service à Bretonneau. En 1919, il est chef de service aux Enfants Assistés (Saint-Vincent-de-Paul) et en 1920, aux Enfants Malades (Necker). En 1924, il est chargé de cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté de médecine de Paris et

l'année suivante il en est Professeur, il succède au Professeur Auguste Broca. Il est Professeur honoraire en 1941 et chef de service honoraire en 1942.

Il est lauréat de l'Académie de Médecine en 1899, prix Alvarengo de Piauhy. Il est membre de la Société Anatomique depuis 1901 et de la Société Nationale de Chirurgie depuis 1910 (secrétaire en 1923, président en 1928). Il est vice-président de la Société d'Orthopédie en 1923 puis président en 1924, vice-président de la Société de Pédiatrie en 1923 puis président en 1925. Il est membre de l'Académie de Médecine en 1933 (section Chirurgie, membre émérite en 1956). Il est délégué français à la constitution de la Société Internationale d'Orthopédie en 1930 puis au congrès de cette société à Londres en 1933. Il est président du Congrès des pédiatres de langue française en 1930. Il est membre de la Société Italienne d'Orthopédie et membre correspondant de la Société Belge de Chirurgie et de la Société de Chirurgie de Bologne. Il est membre honoraire de la Société de Chirurgie de Lima et de Santiago et de l'Académie de Médecine de la République d'Argentine. Auteur de nombreuses études, il est l'inventeur du masque anesthésique utilisant l'éther qui porte son nom (1908) et il met aux points différentes opérations comme l'opération combinée d'Ombrédanne.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1891, il est nommé médecin auxiliaire le 15 janvier 1895, médecin aide-major de 2^{e} classe le 4 juin 1900, médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1901 et médecin major de 2^{e} classe le 2 octobre 1911. Lors de la mobilisation, il est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Verdun et le 10 août, il est promu médecin major de 1ère classe. Le 2 février 1915, il est chargé du service d'orthopédie de la 6^{e} région à l'hôpital militaire de Verdun, il reste le médecin-chef de la formation. Le 1er mars, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Durant ce mois, il est nommé chirurgien-chef du secteur chirurgical de Tours et du service d'orthopédie. Il fait tout le reste de la guerre dans cette formation et prend en charge d'autres services. Ainsi, il opère aussi à l'hôpital auxiliaire n°10, à l'hôpital bénévole n°97bis, il y fait de la chirurgie infantile, et à la clinique des Dames Blanches, une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2. Il est aussi chargé des opérations maxillo-faciales. Avec le radiologue Ledoux-Lebard, chef du centre de physiothérapie de la 9^{e} région, il met au point en 1915, une technique d'extraction de projectiles sous le contrôle intermittent de l'écran radioscopique ; cette technique est très employée dans la 9^{e} région. Le 30 novembre 1918, il est affecté à l'hôpital du Val-de-Grâce et est démobilisé le 1er mai 1919. Le 2 septembre 1923, il est promu médecin principal de 2^{e} classe. Il est rayé des cadres le 31 mars 1934.

Récompenses :

Il est cité à l'ordre de la 3e armée le 22 novembre 1914 :

« A sauvé de la mort de nombreux blessés atteints de gangrène gazeuse foudroyante en leur appliquant un traitement énergique. A installé et fait fonctionner son hôpital avec toutes les garanties de la thérapeutique chirurgicale moderne, grâce a sa volonté et à son autorité morale. »

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 juillet 1912, Officier le 10 juillet 1918 et Commandeur le 30 décembre 1933.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 12 605.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/228/30118.

PAPIN Paul (11/03/1870 - 7/02/1942)

Spécialités : Cancérologie, médecine générale, vénéréologie

Carrière civile :

Né à Angers, il est docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1897. Il devient médecin de l'Hôtel-Dieu à partir de 1898. Titulaire en 1905, il dirige le service des contagieux. Dans le même temps, il est chef de travaux d'histologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers à partir de 1898, puis chargé de cours en 1905 et Professeur d'histologie en 1906. Il est aussi directeur du laboratoire municipal et départemental de bactériologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers à partir de 1898. Il a été le vice-président du Conseil départemental d'hygiène et est chargé du service de désinfection. Il est l'un des fondateurs du centre anticancéreux d'Angers en 1924 dont il devient le directeur. En 1947, cette structure devient un centre régional qui prend le nom de Centre Paul Papin en 1958.

Première Guerre mondiale :

Il s'engage auprès du comité de l'Union des Femmes de France d'Angers et devient médecin traitant de l'hôpital auxiliaire n°102 durant toute la Première Guerre mondiale. Il est aussi chargé du service de prévention antisyphilitique d'Angers créé durant ce conflit et qui continue de fonctionner après la guerre.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 18 novembre 1933.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1177/36289.

Source : http://www.archives49.fr/acces-directs/archives-en-ligne/dictionnaire-historique-de-maine-et-loire/. Site consulté le 4 juillet 2015.

PICARD Fernand, Bernard, Achille (9/10/1870 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Loches, il est le fils de Jules, Élie, Philippe Picard et d'Amandine, Marie, Clarisse Latrille.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius par les rayons Roentgen*, en 1898 à la Faculté de médecine de Paris. Il est médecin à Loches.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1890, il est classé dans le service auxiliaire et est nommé médecin auxiliaire le 1er avril 1895. Il est mobilisé à l'hôpital mixte d'Issoudun le 2 août 1914. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 4 mars 1915. De santé fragile, il est libéré provisoirement le 11 avril 1916, mis hors cadre le 17 avril 1916 et rayé des cadres le 2 août 1918.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 152 510.

PIC-PARIS Eugène, Henri (29/03/1836 – 30/07/1917)

Carrière civile :

Né à Amboise (Indre-et-Loire), cet ancien maire de Tours est sénateur d'Indre-et-Loire de 1902 à 1917.

Première Guerre mondiale :

Durant la Première Guerre mondiale, il relaie les demandes de la mairie de Tours et surtout de la commission administrative de l'hospice général de Tours concernant le maintien de médecins à cet hôpital et l'augmentation des indemnités journalières versées par le Service de Santé aux Armées. Ses démarches rencontrent peu de succès dans le maintien du personnel, ainsi le chirurgien Lapeyre doit quitter Tours à la fin de l'année 1915. Pour ce qui est des négociations entre le Service de Santé aux Armées et la commission administrative de l'hospice général, ses interventions semblent ne pas avoir d'effets.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 7 juillet 1888.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/2143/35.

Source : http://www.senat.fr/senateur-3eme-republique/pic_paris_eugene0305r3.html. Site consulté le 5 juillet 2015.

POLINE Arthur, Joseph (16/08/1852 – 26/08/1934)

Carrière militaire :

Né à Metz, il débute une carrière militaire avec la guerre franco-prussienne de 1870-1871 qui le mène jusqu'au grade de général de division le 20 juin 1911.

Durant la Première Guerre mondiale, il est nommé à la tête de la 9e région militaire mais nous ignorons quand.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 30 décembre 1890. Il est promu Officier le 12 juillet 1905 puis Commandeur le 10 juillet 1913.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/2192/32.

PONS François, Jean, Barthélemy, Robert (16/01/1880 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Saint-Macaire (Gironde), il est le fils de Vital, Pierre, Victor Pons et de Madeleine, Noémie Graud. Il se marie le 7 avril 1920 avec Jeanne, Marie, Berthe Briot dont il divorce le 14 mars 1923 et se remarie le 9 août 1923 avec Germaine, Marie, Léontine Bruneau.

Carrière civile :

Ancien externe des hôpitaux de Bordeaux pendant trois ans, il soutient sa thèse, *Sur quelques interventions portant sur la zone génitale au cours de la grossesse ; interventions dirigées contre le cancer et le fibrome exceptées*, à la Faculté de médecine de Bordeaux en 1906.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1900, il est nommé médecin auxiliaire le 6 décembre 1905. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 6e régiment du génie. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 4 octobre 1914. Il est affecté à l'hôpital civil de Chinon le 1er février 1916. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 4 octobre 1916. Il est affecté à la gare de répartition de Saint-Dizier le 8 février 1917 puis au 82e régiment d'infanterie le 11. Il est affecté à l'ambulance 8/22 le 16 juin 1917 puis à l'hôpital complémentaire de Montmorillon le 7 mars 1918. Il est affecté à la gare régulatrice de Milan (IIe armée) le 12 mai 1918 puis à l'H.O.E. 2/3 à Milan le

29. Il est affecté à l'ambulance A 1/151 le 2 juillet 1918, au 410e régiment d'infanterie le 13 et au 87e régiment d'infanterie territoriale (4e bataillon) le 16 août. Il est affecté au service de la place de Belfort le 5 janvier 1919. Il est démobilisé le 27 mars 1919. Il est promu médecin major de 2e classe le 25 juin 1936 et est rayé des cadres le 16 janvier 1938.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre durant la guerre et est cité à l'ordre de la brigade le 28 avril 1917 :

> « Le 16 avril 1917, malgré de très nombreux tirs de barrages a suivi sans perte de temps le Bataillon dans sa marche en avant, a [*sic*] l'arrivée sur les positions a immédiatement installé son poste de secours sous le tir des mitrailleuses ennemies. »

Le 1er septembre 1935, il obtient la médaille de bronze après quinze années de soins gratuits aux militaires de la gendarmerie.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 53 129.

QUINTARD Gustave, Armand, Joseph (16/04/1881 –)

Spécialité : Radiologie.

Né à Saint-Sauvant (Vienne), fils de Pierre Quintard et de Clémentine Treuil, il se marie le 12 septembre 1911 avec Marie, Augustine, Irène Juet.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *De la diarrhée au début de l'appendicite*, à la Faculté de médecine de Paris en 1907.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1901, il est médecin auxiliaire le 8 octobre 1904 puis médecin aide-major de 2e classe le 27 avril 1908. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 20e régiment d'artillerie. Il est promu le 11 décembre 1914 au grade de médecin aide-major de 1ère classe. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde le 9 juin 1915. Il est mis à la disposition du sous-secrétariat d'État du Service de Santé Militaire le 20 août 1916. Il est nommé médecin-chef du groupe complémentaire n°120 (radiologiste) le 6 novembre 1916. Le 6 décembre, il est affecté à l'ambulance 4/62 puis le 8 février 1917, il est affecté à l'ambulance 1/88. Le 5 mars 1917, il est affecté à l'ambulance 2/154 et le 4 avril, il retourne à l'ambulance 1/88. Le 1er décembre 1917, il est affecté à l'ambulance 9/10 et le 2 février 1919, il est affecté à l'hôpital civil de Loudun et au service de la garnison. Le 19 mars 1919, il est démobilisé. Après la guerre,

il est promu le 26 septembre 1920 au grade de médecin major de 2e classe et est rayé des cadres le 3 janvier 1931.

Récompense :

Il obtient la médaille de bronze le 2 août 1922, délivrée après quinze années de soins gratuits aux militaires de la gendarmerie.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 15 911.

RINGOT Georges, Marie, Joseph (28/04/1873 –)

Spécialité : Stomatologie.

Né à Cobrieux (Nord), il est le fils de François, Hippolyte, Théodore Ringot et d'Odile, Marie Waucquier.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de méthyle*, à la Faculté de médecine de Lille en 1896.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est nommé médecin auxiliaire le 30 janvier 1896 puis médecin aide-major de 2e classe le 9 novembre 1896 et enfin médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1904. Au début du conflit, il est affecté au dépôt commun des 145e et 345e régiments d'infanterie. Il accompagne l'un de ces régiments et il est fait prisonnier à Maubeuge le 7 septembre 1914. Il est rapatrié d'Allemagne le 16 juillet 1915 et est mis à la disposition de la 6e région à Châlons-sur-Marne le 1er août 1915. Le 29 août, il est affecté à l'hôpital mixte de Vitry-le-François. Le 6 avril 1916, il est affecté à la place de Boulogne. Le 3 mai 1916, il est affecté au centre de chirurgie et de prothèses maxillo-faciales de la 9e région à l'hôpital complémentaire n°26 de Tours. Le 9 septembre, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°53 où a été transféré le centre. Il est promu médecin major de 2e classe le 12 février 1917. Le 25 décembre 1918, il est affecté à la place de Lille. Il est démobilisé le 29 octobre 1919 et est rayé des cadres le 24 mai 1931.

Récompense :

Le 12 février 1917, il obtient la Médaille des Épidémies.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 16 015.

RIST Édouard (16/03/1871 – 13/04/1956)

Spécialité : Bactériologie.

Né à Strasbourg, il est le fils d'Adrien, Charles, Édouard Rist et d'Emma, Camélia Gess.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Études bactériologiques sur les infections d'origine otique*, à la Faculté de médecine de Paris en 1898. Il a été chef de laboratoire à Trousseau et devient médecin des Hôpitaux de Paris en 1905. Il exerce au dispensaire Léon Bourgeois et à l'hôpital Laënnec à Paris à partir de 1910. Il y reste jusqu'en 1937, puis de 1939 à 1947. À partir de 1940, il est chargé du contrôle phtisiologique du personnel des hôpitaux. Il devient ensuite médecin honoraire des Hôpitaux de Paris. Il a aussi été chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris.

Il est membre du Conseil Supérieur d'Hygiène de France, du Comité Consultatif de l'enseignement supérieur de 1928 à 1937. Il est membre de l'Académie de Médecine depuis 1933 et en devient le président en 1948. Il est membre de la Commission des vaccins et sérums, de la Commission de la Tuberculose au ministère de la Santé Publique. Il est vice-président du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Il est vice-président du Service Social à l'hôpital, vice-président du conseil d'administration de la Fondation Sanatorium des Étudiants et du Centre Antoine Béclère. Il est médecin consultant honoraire de la S.N.C.F. Il est président de l'École Professionnelle d'Infirmières de Montrouge et vice-président du conseil d'administration de l'École d'Infirmières du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Il est membre conseiller pour la France de l'Union Internationale contre la Tuberculose et membre de l'Institut International de Statistiques. Il a aussi été membre de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (il en a été le secrétaire), de la Société de Pédiatrie et de la Société de Dermatologie.

Il réalise aussi des missions à l'étranger. Il est en mission pour le gouvernement portugais au Mozambique en 1899, il est proposé par le ministre de l'Intérieur pour le poste d'Inspecteur général des Services sanitaires d'Egypte et est nommé à ce poste par le Gouvernement Egyptien (1899-1900). Il fait une mission aux États-Unis en 1926, au Canada en 1933, au Brésil en 1934, en Algérie en 1936 et au Maroc en 1945 mais nous ne savons pas pour qui ni dans quels buts.

Il mène plusieurs études dans les domaines de la bactériologie et surtout de la tuberculose. Il est lauréat de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine en 1901 (Prix Meyrot) et en 1905 (Prix Péron).

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1891, il est médecin aide-major de 2e classe le 5 juillet 1899 puis médecin aide-major de 1ère classe le 21 juin 1906. Il est mobilisé au dépôt du 2e régiment de cuirassiers le 10 août 1914 et ce même jour, il est promu au grade de médecin major de 2e classe. Il est affecté à l'hôpital temporaire 15 du Palais de Compiègne le 12 février 1915. Il est promu médecin major de 1ère classe le 18 janvier 1916. Le 8 août 1916, il est nommé médecin-chef du laboratoire de bactériologie de Tours et est aussi adjoint technique auprès du directeur du Service de Santé de la 9e région. Son rôle est alors de mener la lutte contre les maladies contagieuses dans la région. Il part une première fois en mission aux États-Unis du 1er juillet au 15 novembre 1917, il est alors affecté à l'hôpital Laënnec à Paris, avant d'y retourner du 9 février au 1er avril 1918. Il est alors affecté à l'hôpital Buffon à Paris puis à l'hôpital du Grand-Palais le 14 octobre. Le 15 octobre, il est affecté à l'hôpital Laënnec, il est alors le chef du service de triage des tuberculeux. Du 29 novembre 1918 au 24 avril 1919, il est en mission en Alsace-Lorraine avant de retourner à l'hôpital Laënnec. Il est démobilisé le 28 octobre 1919. Le 14 juin 1928 il est promu au grade de médecin principal de 2e classe et il est rayé des cadres le 31 mars 1934.

Lors de ses voyages aux États-Unis, il donne des conférences à des médecins américains dans des universités et lors du congrès des chirurgiens d'Amérique du Nord en octobre 1917. Le but de ces missions est d'approfondir les collaborations entre la médecine française et la médecine américaine en menant une propagande en faveur de cette première. Il remet un rapport intitulé « *Les perspectives ouvertes à l'influence médicale française aux Etats-Unis* » au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire en 1918. En outre, il participe à l'œuvre de coopération médicale et scientifique franco-américaine de juillet à novembre 1918 tout en conservant son service à l'hôpital Laënnec. Le *War Department* américain lui adresse, le 17 janvier 1919, ses remerciements pour sa collaboration, notamment en octobre 1917 :

« *Major Rist spent major part of his time attending State medical meetings and assisted in securing candidates for the Medical Officers' Reserve. Delivered address at the University of Michigan, Harvard University, Johns Hopkins University and at the meeting of the Clinical Congress of Surgeons of North America, held in Chicago during October, 1917.*
"He also delivered addresses at the Medical Officers' Training Camps located at Fort Riley, Fort Oglethorpe, and Fort Benjamin Harrison." »

Récompenses :

Il reçoit la *Medal of distinguished service* des États-Unis en 1919. Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 26 juillet 1917 puis Officier le 8 octobre 1931. Il est fait Commandeur de la Légion d'Honneur le 16 février 1949 au titre du ministère de la Santé Publique. Il est aussi officier de l'Ordre de Léopold (Belgique), *Fellow* du Collège Royal des Médecins d'Angleterre en 1939 et *Doctor honoris causa* de l'Université de Prague en 1947.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 30 791.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/229/30313.

RIVALTA Maurice, Bernard (8/09/1872 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Châteauroux, fils de Charles, Bernard Rivalta et de Césarine, Marcelline Rabin, il se marie le 1er décembre 1898 avec Jeanne, Lucie Ducellier.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'hymen et du vagin*, en 1898 à la Faculté de médecine de Paris.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est nommé médecin auxiliaire le 2 août 1897 puis médecin aide-major de 2e classe le 15 août 1899 et enfin, médecin aide-major de 1ère classe le 21 juin 1906. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 65e régiment d'infanterie territoriale. Le 22 juin 1915, il est affecté à l'ambulance 2/52 puis à l'ambulance 9/4 le 29 août 1915. Le 31 août, il est mis à la disposition de la 9e région et est affecté au 69e régiment d'infanterie territoriale de Châtellerault le 30 septembre. Affecté au dépôt du 32e régiment d'infanterie à Châtellerault le 2 janvier 1916, il est promu médecin major de 2e classe le 19 août 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°37 à Sainte-Radegonde le 2 décembre 1917, puis à l'hôpital mixte de Châteauroux le 20 décembre 1918. Il est démobilisé le 11 juin 1919 et est rayé des cadres le 28 mars 1921.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 149 032.

ROBINEAU Maurice, Édouard (19/04/1870 – juin 1950)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Paris, fils de Marcellin Robineau et d'Hélène Stapfer, il est le neveu de Charles Monod qui fut chirurgien des Hôpitaux de Paris, Professeur à la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de Médecine (président en 1916).

Carrière civile :

Il est interne des Hôpitaux de Paris de 1893 à 1897, aide d'anatomie de 1894 à 1896 et prosecteur à la Faculté de médecine de Paris de 1896 à 1900. Il soutient sa thèse, *Traitement chirurgical des phlébites*, en 1898 à la Faculté de médecine de Paris sanctionnée de la médaille de bronze. Chirurgien des Hôpitaux de Paris en 1902, il est chef de service à l'hôpital d'Ivry puis à l'hôpital Tenon. Après la Première Guerre mondiale, il est chef de service à l'hôpital Necker. Il est membre titulaire de la Société de Chirurgie de Paris en 1911, membre de la Société de Médecine légale depuis 1920 et membre de la Société de Gastro-entérologie depuis 1923.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1890, il est classé dans le service auxiliaire. Il est nommé médecin auxiliaire le 10 novembre 1892 et démissionne de ce grade le 22 mars 1908. Au début de la Première Guerre mondiale, il est mobilisé à la 22^{e} section d'infirmiers militaires et est affecté à l'hôpital Villemin. Il est classé dans le service armé le 14 septembre 1914 puis le 26 septembre 1914, il est promu médecin aide-major de 2^{e} classe et est affecté à l'hospice civil d'Amboise. Le 30 octobre 1914, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°10 de Saint-Maixent-l'École puis à l'hôpital complémentaire n°11 de cette ville le 26 février 1915. En mars 1915, il est nommé chirurgien-chef du deuxième secteur chirurgical (secteur de Poitiers) de la 9^{e} région militaire. Il est promu médecin major de 1ère classe le 9 mars 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°39 de Poitiers le 31 mars 1916 ce qui facilite son travail de chirurgien-chef de secteur. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°119 de Saint-Lô le 9 janvier 1918, il est alors chirurgien-chef du secteur de Saint-Lô. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°71 de Dijon le 17 juillet 1918, il est alors chirurgien-chef du secteur chirurgical de Dijon. Il est démobilisé le 14 décembre 1918. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2^{e} classe) le 14 juin 1928. Il est rayé des cadres le 17 juin 1933.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1917 et est promu Officier le 6 novembre 1925.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 27 294.

Dossier de la Légion d'Honneur : 19800035/1392/60731.

ROLLAND Auguste, Édouard, Camille (21/12/1883 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Tournon-Saint-Martin (Indre), fils d'Édouard Rolland et de Marie, Adélaïde Berthomier, il se marie le 12 septembre 1911 avec Marie, Denise, Elisabeth Robin.

Carrière civile :

Externe à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en 1906 puis interne en 1907, il obtient la médaille d'argent de l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers en 1908 (3e année). Il soutient sa thèse *Contribution à l'étude des pleurésies du rhumatisme articulaire aigu*, en 1910 à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1903, il est nommé médecin auxiliaire le 1er août 1908 puis médecin aide-major de 2e classe le 27 mars 1911. Il est mobilisé le 2 août 1914 au 5e régiment de cuirassiers. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 27 mars 1915. Il est affecté au 24e régiment de dragons le 30 novembre 1915. Il est affecté à l'état-major de la IIe armée, au service des forts, le 27 mai 1917, puis au 1er bataillon d'Afrique le 8 juillet 1917. Il est affecté à l'hôpital mixte de Tours le 23 juillet 1917 puis à l'hôpital civil et à la place d'Amboise le 14 août 1917. Il est affecté à la gare régulatrice de Connantre le 23 novembre 1917 et enfin à l'ambulance 4/56 le 6 décembre 1917. Il est affecté au service médical de la place de Tours le 17 février 1919 et est démobilisé le 6 mars 1919. Il est rayé des cadres le 15 avril 1933.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 27 287.

SALLE Marcel (22/08/1882 –)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Toul, il est le fils de Marie, Auguste, Henri Salle et de Marie André.

Carrière civile :

Ancien externe des hôpitaux de Nancy pendant trois ans (1905). Il soutient sa thèse, *Tuberculose et prostitution*, à la Faculté de médecine de Nancy en 1908.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1902, il est nommé médecin auxiliaire le 4 juillet 1906, puis médecin aide-major de 2e classe le 20 janvier 1909. Mobilisé à la réserve du personnel sanitaire de la IVe armée à Troyes le 2 août 1914, il est affecté à la réserve du personnel sanitaire du camp de Châlons le 4 septembre 1914. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 11 décembre 1914 et est affecté à l'ambulance 15/11 le 30 décembre. Il est affecté au dépôt d'éclopés d'Amiens le 3 août 1915, puis à l'hôpital complémentaire n°4 d'Amiens le 4 octobre 1915. Il est mis à la disposition de la 9e région le 15 mai 1916. Il est affecté comme chirurgien de place à l'hôpital mixte de Parthenay le 19 mai. Le 8 avril 1917, il est affecté avec son équipe chirurgicale à Compiègne et est mis à la disposition de la 6e région. Le 28 décembre, l'équipe regagne la 9e région et est affectée à l'hôpital mixte de Parthenay. Le 29 janvier 1918, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°36 de Chenonceaux. Le 1er avril 1918, il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours et le 4 juin 1918, il est désigné pour seconder le médecin major de 2e classe Aubert à l'hôpital mixte de Tours. Il est affecté à la régulatrice sanitaire de Saint-Pierre-des-Corps le 3 août 1918. Il est affecté à l'ambulance 3/15 le 6 septembre 1918. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°43 de Nancy le 16 février 1919 et il est démobilisé le 1er mars 1919. Il est rayé des cadres le 7 novembre 1931.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 18 535.

TERRIEN Adrien, Félix (24/04/1872 – 17/02/1940)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Amiens, fils d'Adrien Terrien et d'Albertine Capelle, il épouse Alice, Madeleine Thimottée le 21 avril 1905.

Carrière civile :

Licencié en droit en 1892, il est interne des Hôpitaux de Paris en 1896 et soutient sa thèse, *Recherches sur la structure de la rétine ciliaire et l'origine des fibres de la zonule de Zinn*, à la Faculté de médecine de Paris en 1898. Il est par ailleurs lauréat de cette faculté. Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris en 1904, il exerce à l'Hôtel-Dieu. Il est Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique puis Professeur de clinique

ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris en 1925. Il est membre de la Société Française d'Ophtalmologie et a été président de la Société d'Ophtalmologie de Paris. Il est aussi membre de l'Académie de Médecine depuis 1935.

Il est l'auteur de précis et de traités, dont un précis d'ophtalmologie en 1908 et est lauréat du prix Château de l'Académie de Médecine en 1904 et du prix Meyrat en 1909 et 1921.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est classé dans le service auxiliaire et n'a pas de grade au début de la Première Guerre mondiale. Il débute la guerre comme soldat de 2e classe à l'hôpital du Val-de-Grâce avant d'être promu médecin aide-major de 2e classe le 23 août 1914 puis médecin major de 2e classe le 9 février 1915. À cette date, il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°30 à Tours et chef du centre d'ophtalmologie de la 9e région. Le 9 mars 1916, il est promu médecin major de 1ère classe. Il occupe le poste de médecin-chef du centre d'ophtalmologie jusqu'au 9 décembre 1918, il est alors affecté à l'Hôtel-Dieu à Paris. Le 28 janvier 1919, il est démobilisé. Il est promu médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 20 juin 1931 et est rayé des cadres le 15 juillet 1935. Engagé volontaire lors de la Seconde Guerre mondiale, il décède le 17 février 1940.

Récompenses :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 25 décembre 1916 puis Officier le 25 décembre 1926.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 37 727.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/2642/32.

THOMAS Jacques, René (04/09/1873 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Tours, il est le fils d'Albert, Louis, Constantin Thomas et de Fanny, Mathilde Gabb.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Essai sur le pronostic du glaucome primitif*, à la Faculté de médecine de Paris en 1897.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est classé dans le service auxiliaire. Il s'engage auprès du comité de la S.S.B.M. de Tours et doit être affecté à la clinique des Dames Blanches de Tours, une annexe de l'hôpital auxiliaire n°2 de Tours, en cas de conflit. Il est mobilisé le 9 août 1914

à la 9e section d'infirmiers militaires (service sanitaire). Il est affecté à l'hôpital auxiliaire n°2, probablement comme médecin, et a le grade de soldat de 2e classe, mais il semble qu'on lui ait donné le statut de médecin auxiliaire. Il passe dans le service armé le 25 janvier 1915 mais n'est promu médecin aide-major de 2e classe que le 19 juillet 1915. Il est affecté le même jour à l'hôpital civil de Chinon. Le 1er janvier 1916, il est affecté à l'ambulance 208. Le 1er avril 1917, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°25 à Bitray (Châteauroux). Le 20 juillet, il est détaché à l'hôpital mixte de Tours. Le 1er août, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°41 de Châteauroux (centre spécial de réforme). Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 28 juillet 1918. Il est démobilisé le 2 février 1919 et est rayé des cadres le 6 mai 1922.

Récompenses :

Durant la guerre, il obtient la Croix de Guerre et est cité à l'ordre de la 41e division d'infanterie le 1er octobre 1916 :

> « Placé dans un groupe d'ambulance qui a reçu en 1 mois 15.000 blessés et a vu en plein fonctionnement tout son matériel détruit par l'explosion d'un camion chargé de munitions d'artillerie, a donné l'exemple de l'énergie et de dévouement inlassables, grâce auxquels le traitement et l'évacuation des blessés a pu se faire dans les conditions les plus salutaires. »

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 149 275.

THOMAS Joseph, Marie, Paul (27/03/1872 – 17/12/1934)

Spécialités : Cancérologie, médecine générale.

Né à Narbonne, fils de Hyacinthe, Constant Thomas et de Marguerite, Juste Griffe, il se marie le 25 juin 1904 avec Marguerite, Paule Dunac.

Carrière civile :

Licencié en Science en 1893, il soutient sa thèse de médecine, *Contribution à l'étude du traitement des urétrites par le protargol et l'acide picrique*, à la Faculté de médecine de Paris en 1899 et devient docteur ès Science à la Faculté de Paris en 1900. Il obtient le prix de la ville de Paris pour sa thèse de doctorat en Science intitulée : *Étude des microbes qui vivent dans les plantes souterraines.* Il est membre de l'Association Française pour l'Étude du Cancer en 1909 et membre de la Société de Thérapeutique en 1913. Il est plusieurs fois lauréat de l'Académie de Médecine et obtient le Grand Prix de l'Exposition Anglo-Latine de Londres pour l'ensemble de ses travaux en novembre 1912. Ses travaux portent principalement sur le cancer et sont récompensées par l'Académie de Médecine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1892, il est médecin auxiliaire le 20 novembre 1896, médecin aide-major de 2e classe le 4 juin 1900 et médecin aide-major de 1ère classe le 23 juillet 1907. Il est mobilisé le 2 août 1914 au 72e régiment territorial d'infanterie. Le 11 octobre 1915, il est affecté à l'hôpital-dépôt de convalescents n°49 de Tours, puis le 23 octobre, il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°57 de La Roche-Posay. Il est promu médecin major de 2e classe le 19 août 1916. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°5 de Joué-lès-Tours le 11 septembre 1916, il y reste jusqu'à sa démobilisation le 9 janvier 1919. Jusqu'à l'arrivée du docteur Boureau au début du mois de juillet 1917, il dirige le service, puis centre, de rééducation professionnelle. Il dirige aussi les lourds travaux administratifs de cette formation destinée aux mutilés. Il est rayé des cadres le 28 mars 1921.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1918.

Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 138 911.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/2598/63.

THOUVENIN Raoul, Eugène (28/07/1887 – 08/10/1937)

Spécialité : Chirurgie.

Né à Bourges, fils de Paul, Alfred Thouvenin et de Louise, Marie Ayrault, il épouse Denise, Marie, Marguerite Gennevois.

Carrière civile :

Interne des Hôpitaux de Paris en 1911, il soutient sa thèse, *Contribution à l'étude de la résection pour tumeur blanche du coude, à* la Faculté de médecine de Paris en 1922. Il est chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il est Professeur suppléant de pathologie, chef de clinique chirurgicale puis Professeur de pathologie chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers. Il est aussi conférencier à l'école de perfectionnement des officiers de réserve d'Angers.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1907, il est médecin auxiliaire le 1er octobre 1912. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 6e régiment du génie. Promu au grade de médecin aide-major de 2e classe le 27 avril 1915, il est affecté au dépôt du 6e régiment du génie le 1er mai. Le 20 septembre 1915, il est affecté à l'hôpital mixte d'Angers puis à l'hôpital bénévole n°116bis de Tours le 1er janvier

1916 et à l'hôpital complémentaire n°36 de Chenonceaux le 22 mars 1917. Il est affecté à la gare régulatrice de Creil le 17 janvier 1918 puis à l'ambulance 1/153 le 15 février. Il est promu au grade de médecin aide-major de 1ère classe le 28 juillet 1918. Il est affecté à l'ambulance 14/2 le 14 septembre 1918 puis à l'hôpital mixte de Remiremont le 18 janvier 1919. Le 4 février 1919, il est affecté pour études à l'hôpital du Val-de-Grâce et est démobilisé le 12 juillet 1919. Ses grades sont confirmés après le conflit car il n'a pas encore son doctorat de médecine. Il est promu au grade de médecin capitaine (médecin major de 2e classe) le 25 décembre 1931.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 50 736.

TURLAIS Constant, Urbain (5/04/1876 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Chemillé (Maine-et-Loire), fils de Pierre, Constant Turlais et de Marie, Adélaïde Garnier, il se marie le 28 janvier 1902 avec Louise, Joséphine, Madeleine Bilbillet.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Sur le traitement chirurgical de l'ulcère simple d'estomac*, en 1900 à la Faculté de médecine de Paris. Il est Professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers et médecin à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1896, il est classé dans le service auxiliaire et n'est que soldat de 2e classe lorsque la Première Guerre mondiale débute. Il est affecté à l'hôpital mixte d'Angers le 2 août 1914 et est promu médecin auxiliaire le 6 avril 1916. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde le 8 septembre 1916 puis, le 4 avril 1917, au Gouvernement Militaire de Paris. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°25 de Bitray (Châteauroux) le 7 juin 1917. Il est médecin-chef du secteur médical de Châteauroux du 21 juin 1917 jusqu'au mois de décembre 1918. Il est promu médecin aide-major de 2e classe le 16 août 1917. Le 1er octobre 1917, il est affecté à l'hôpital mixte de Châteauroux puis, le 1er novembre 1917, à l'hôpital complémentaire n°41. Le 25 janvier 1919, il est affecté à l'hôpital mixte d'Angers et est démobilisé le 15 février 1919. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 22 juillet 1925 et est rayé des cadres le 17 juin 1933.
Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 28 976.

VASSE DU SAUSSAY, Louis (baron) (22/03/1846 – 7/04/1932)

Carrière civile :

Né à Paris, il est député boulangiste d'Indre-et-Loire de 1889 à 1893, maire de Fondettes (Indre-et-Loire) de 1892 à 1925 et il a également été conseiller général d'Indre-et-Loire. Il est le président du comité départemental d'Indre-et-Loire de la Société de Secours aux Blessés Militaires et le délégué régional de cette société durant la guerre.

Source : http://www.orhibio.org/wiki/. Site consulté le 5 juillet 2015.

VERRONNEAU Célestin, Firmin, Alexandre (25/09/1873 – 28/04/1930)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Cheillé (Indre-et-Loire) fils de Pierre, Célestin Verroneau et de Françoise Roy, il se marie le 19 février 1898 avec Marie, Elina Mauffrais.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Logements insalubres, étude médico-légale*, à la Faculté de médecine de Paris en 1898.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1893, il est médecin aide-major de 2e classe le 17 septembre 1898 puis médecin aide-major de 1ère classe le 21 juin 1906. Il est affecté à l'hôpital complémentaire n°12 de Châtellerault (Vienne) à la mobilisation. Le 20 novembre 1914, il est affecté comme médecin-chef à l'hôpital complémentaire n°37 de Sainte-Radegonde (Indre-et-Loire) mais ce n'est pas lui qui met en place l'hôpital. Il n'y reste pas longtemps et il n'a probablement pas dirigé l'hôpital. Le 14 décembre, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°31 de Tours, il en est le médecin-chef. Le 14 avril 1916, il est affecté à la place de Lyon, à la 103e batterie du 10e régiment d'infanterie à Lyon Exposition. En traitement et en convalescence à partir du 7 avril 1917, il est affecté au 86e régiment d'artillerie lourde à Lyon le 9 septembre 1917. Le 11 novembre 1917, il est affecté au Gouvernement Militaire de Paris, au service médical de la place le 13 novembre puis à la Garde Républicaine le 14 décembre 1917. Le 1er février 1918, il est affecté à l'hôpital temporaire du Panthéon. Désigné pour la région du Nord le 21 mars 1918, il est remis à la disposition de l'hôpital temporaire du Panthéon le 30 avril. Il est promu médecin major de 2e classe le 10 août. Affecté à la 9e région le 24 janvier 1919, il est démobilisé le 27 mars 1919.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 10 juillet 1918.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 12 494.

Dossier de la Légion d'Honneur : LH/2696/48.

VINCENT Clovis, Julien, Désiré (26/09/1879 – novembre 1947)

Spécialités : Neurochirurgie, neurologie.

Né à Ingré (Loiret), fils de Laurent, Frédéric Vincent et de Louise, Clotilde, Stéphanie Faucheux, il se marie le 17 août 1910 avec Marie, Berthe, Henriette, Aimée Barrioz.

Carrière civile :

Externe des Hôpitaux de Paris en 1900, notamment dans le service du Professeur Babinski, il est interne des Hôpitaux de Paris en 1905. Durant son internat, il est dans les services des Professeurs Queyrat, Souques, Babinski, Nageotte, Thibierge, Raymond et Claude. Médaille d'or de l'internat en 1909, il passe cette dernière année chez les Professeurs Chauffard et Guillain. Il soutient sa thèse, *Des méningites chroniques syphilitiques. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabès*, en 1910 à la Faculté de médecine de Paris. Il retourne auprès du Professeur Babinski à la Pitié et devient médecin des Hôpitaux de Paris en 1913. Il devient chef de service à l'hôpital d'Ivry, puis à l'hôpital Tenon et enfin à l'hôpital de la Pitié en 1921. Il est considéré comme le premier neurochirurgien français. Il le devient après son voyage aux États-Unis en 1927 où il s'instruit auprès du neurochirurgien Cushing (1869 – 1939). En 1933, il crée le centre neurochirurgical de l'hôpital de la Pitié. Il est le titulaire de la première chaire de neurochirurgie créée à la Faculté de médecine de Paris en 1938. Il est membre de la Société de Neurologie et en 1945, de l'Académie de Médecine.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1899, il est nommé médecin auxiliaire le 2 août 1906. Lors de la mobilisation, il est affecté au groupe de brancardiers divisionnaires n°5 et est promu médecin aide-major de 2e classe le 7 août 1914. Le 5 octobre 1914, il est affecté au 46e régiment d'infanterie et le 25 avril 1915, il est nommé au centre de neurologie de la 9e région à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours. Il est sous la direction du docteur Laignel-Lavastine avant de prendre la tête du centre de neurologie en novembre 1915. Le 16 janvier 1916, il est promu médecin major de 2e classe. En août 1916, il est au cœur de l'affaire du zouave Deschamps qui fait les gros titres de la presse. Il envoie devant le conseil de Guerre ce soldat qui souffre de

« plicature ». Ce dernier, refusant de se voir appliquer le traitement du docteur Clovis Vincent, le « torpillage », l'a frappé ; cette affaire relance le débat sur les droits des blessés militaires. Le 22 avril 1917, il est affecté au 44e bataillon de chasseurs à pied, puis au 98e régiment d'infanterie le 16 juin 1917. Le 17 novembre 1917, il est affecté à l'hôpital de Zuydcoote (Nord). Le 28 janvier 1918, il est affecté à l'hôpital Buffon à Paris, puis à l'hôpital du Val-de-Grâce le 24 mai 1919. Il est démobilisé le 10 juillet 1919. Il est promu médecin major de 1ère classe le 2 septembre 1923 puis médecin lieutenant-colonel (médecin principal de 2e classe) le 11 juillet 1938. Durant la Seconde Guerre mondiale, il est mobilisé et mis à la disposition du ministre mais ne fait pas la guerre. Il est rayé des cadres le 20 août 1940.

Récompenses :

Il obtient la Croix de Guerre en 1915 et est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 12 mars 1915. Il est promu Officier le 12 mars 1933 puis Commandeur le 7 juillet 1945. Le 11 mars 1915, il obtient la citation suivante :

> « Officier admirable et admiré de tous au Régiment. Dans les journées du 28 Février et du 1er Mars, après avoir sous les éclats d'un bombardement intense, pansé des blessés graves dont un a été tué à ses côtés par le tir de l'artillerie, a suivi les troupes à l'assaut d'une position très forte et a pris la tête de sections dont les cadres avaient été décimés. Est entré dans la position avec les troupes d'assaut. »

Il est cité à l'ordre de la 2e armée le 4 octobre 1917 :

> « Le 20 août 1917, a donné toute la journée, sur le champ de bataille, des preuves d'un dévouement remarquable, en se portant successivement à tous les postes de secours de première ligne, en recherchant lui-même des postes plus avancés, en surveillant le service du transport des blessés, tout cela malgré les tirs de barrage et les feux de mitrailleuses ennemies. Par son attitude exceptionnellement brave a mérité l'admiration de tout son Régiment. »

Dossier au Service Historique de la Défense : 8 Ye 441.

Dossier de la Légion d'honneur : LH/2710/23.

VINSONNEAU Camille, Louis (23/05/1875 –)

Spécialité : Ophtalmologie.

Né à Saumur (Maine-et-Loire), fils de Louis Vinsonneau et de Virginie Egretteau, il se marie le 13 février 1904 avec Jeanne, Pépita Mondain.

Carrière civile :

Interne des hôpitaux de Paris de 1900 à 1904, il soutient sa thèse, *La cataracte diabétique,* à la Faculté de médecine de Paris en 1904. Il est ophtalmologiste du bureau de bienfaisance d'Angers en 1906 mais aussi du Lycée d'Angers, de l'École Nationale d'Arts et

Métiers et de l'école Chevrollier. Il devient Professeur de clinique ophtalmologique à l'École de médecine et de pharmacie d'Angers en 1913. Il est président de la Société de Médecine d'Angers de 1924 à 1926.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1895, il est nommé médecin auxiliaire le 22 décembre 1897. Il est mobilisé le 3 août 1914 au 33e régiment d'artillerie. Le 7 avril 1915, il est promu médecin aide-major de 2e classe et est affecté au centre d'ophtalmologie de la 9e région à l'hôpital complémentaire n°30 de Tours. Il est mis à la disposition du Service de Santé de la 6e région le 26 juin 1917 et est nommé médecin-chef du centre ophtalmologique à l'hôpital militaire de Châlons-sur-Marne. Il est promu médecin aide-major de 1ère classe le 22 octobre 1917. Le 1er juillet 1918, il passe à la IVe armée avec sa formation. Le 11 juillet, il est affecté à la 15e région (Marseille) puis il est nommé médecin-chef du centre d'ophtalmologie de Nice le 31 juillet. Il est nommé médecin-chef du centre d'ophtalmologie de la 11e région (Nantes) le 29 septembre 1918. Le 11 décembre 1918, il est nommé médecin-chef du centre d'ophtalmologie d'Angers. Il est démobilisé le 16 août 1919 et est rayé des cadres le 25 juin 1929.

Récompenses :

Il obtient la Médaille des Épidémies en 1901. Il est fait Officier d'Académie en 1921 ainsi que Chevalier de la Légion d'Honneur le 2 janvier 1928.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 11 916.

WETTERWALD Xavier, Félix (11/03/1869 –)

Spécialité : Kinésithérapie.

Né à Guebwiller (Haut-Rhin), fils d'André Wetterwald et d'Appoline Frick, il se marie le 23 septembre 1905 avec Elisabeth Watterwald.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *La commotion du labyrinthe*, à la Faculté de médecine de Paris en 1898. Kinésithérapeute, il a été secrétaire (1909-1913) puis président de la Société de Kinésithérapie de Paris. Il part en mission officielle en Allemagne en 1909 pour le compte du ministère de l'Instruction Publique mais nous ignorons le but de cette mission. Ses recherches portent sur sa discipline qu'il cherche à promouvoir, notamment au sein de l'Université.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1889, il est classé dans le service auxiliaire pour insuffisance aortique. Il débute cependant la guerre le 2 août 1914 dans un hôpital auxiliaire à La Baule (Loire-Atlantique). Le 13 avril 1915, il est mis à la disposition de la 11e région (Nantes) et il est promu médecin aide-major de 2e classe. Le 15 avril, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°58 de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique). Le 31 décembre 1915, il est affecté à la 12e région (Limoges). Le 10 janvier 1916, il est affecté à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours, il est alors le médecin-chef du service de mécanothérapie qui dépend du centre de physiothérapie de la 9e région. Il cherche alors à promouvoir l'utilisation de la kinésithérapie dans la rééducation fonctionnelle des blessés. Le 15 janvier 1917, il est affecté à la 11e région puis à l'hôpital militaire Broussais (Nantes) le 27 janvier 1917. Il est mis hors cadre le 1er mai 1917 suite à des problèmes de santé. Il est rayé des cadres le 24 décembre 1921.
Dossier au Service Historique de la Défense : 5 Ye 152 301.

WOLFF Edmond (1848 – 1921)

Spécialité : Radiologie

Carrière civile :

Né à Wissembourg (Bas-Rhin), il participe à la guerre franco-prussienne de 1870-1871 avant de soutenir sa thèse, *Recherches sur la pourriture d'hôpital*, à la Faculté de médecine de Paris en 1875. Il s'installe ensuite au château de la Rolandière à Trogues (Indre-et-Loire) dont il devient le maire en 1893. Par ailleurs, il exerce aussi à Sainte-Maure-de-Touraine (Indre-et-Loire). En 1881, il est chef de travaux de physique et de chimie à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, puis en 1893, il est nommé Professeur titulaire de la chaire de physique à cette école. Enfin, de 1902 à 1920, il est le directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Tours. Le docteur Wolff est l'un des premiers en Touraine à utiliser les rayons X pour le diagnostic et les thérapies.

Durant la Première Guerre mondiale, il aide le Service de Santé aux Armées à recenser le personnel médical spécialisé dans le département.
Source : http://www.orhibio.org/wiki/. Site consulté le 5 juillet 2015

YSAMBERT Jacques, Stéphane (12/04/1868 –)

Spécialité : Médecine générale.

Né à Paris, fils de Jacques Ysambert et d'Eugénie Doré, il se marie le 23 mai 1896 avec Clotilde Guébin.

Carrière civile :

Il soutient sa thèse, *Séméiologie des hémorrhagies spontanées de l'oreille*, à la Faculté de médecine de Bordeaux en 1896. En 1907, il travaille à l'Institut Vaccinal de Tours dirigé par le docteur Edmond Chaumier. Il publie des travaux sur les *Superstitions médicales en Touraine* en 1903 et *L'Influence des odeurs sur le lait en* 1904 dans la *Gazette médicale du Centre*.

Carrière militaire :

Soldat de la classe 1888, il est caporal infirmier le 22 septembre 1890, médecin auxiliaire le 7 mai 1895, médecin aide-major de 2e classe le 9 décembre 1897 et médecin aide-major de 1ère classe le 6 août 1904. En 1911, il suit les cours d'instruction du Service de Santé en campagne au Val-de-Grâce et devient médecin major de 2e classe le 29 juin 1912. Il est mobilisé à l'hôpital complémentaire n°2 de Tours puis est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°26 de Tours le 25 novembre 1914. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital mixte d'Issoudun le 22 mars 1915. Le 18 décembre 1915, il est désigné pour la réserve du personnel sanitaire de Troyes (IIe armée) avant d'être nommé médecin-chef de l'ambulance 11/15 le 3 janvier 1916. Il est affecté à la réserve du personnel sanitaire de Dunkerque le 1er juillet 1917 puis au G.B.C. de Rousbrugg en Belgique le 14 juillet. Il est mis à la disposition du médecin-chef de la place d'Angers le 19 juillet. Il est nommé médecin-chef de l'hôpital complémentaire n°3 à Tours le 24 décembre 1917 puis de l'hôpital bénévole n°116bis le 30 janvier 1918 et enfin de l'hôpital complémentaire n°51 le 5 juin 1918. Il est démobilisé le 23 décembre 1918 et rayé des cadres le 6 juillet 1926.

Récompense :

Il est fait Chevalier de la Légion d'Honneur le 24 avril 1917.

Dossier au Service Historique de la Défense : 6 Ye 1 115.

Romaric NOUAT

Soigner la Grande Guerre

Le Service de Santé aux Armées dans la 9e région militaire durant la Première Guerre mondiale

Résumé

Lors de la Première Guerre mondiale, les soins des malades et des blessés ainsi que la surveillance médicale des soldats et des civils sont indispensables pour la poursuite du conflit. L'étude de l'organisation hospitalière dans la 9e région militaire, dirigée par le Service de Santé aux Armées, lève le voile sur cette thématique loin du front. Elle permet de montrer toutes les adaptations de ce système hospitalier face aux réalités de la Grande Guerre où l'armée française compte environ 1 400 000 morts et des millions de malades et blessés. Elle montre toutes les interactions entre les acteurs de ce système hospitalier : le Service de Santé aux Armées, la Croix-Rouge, les autorités civiles et la population. Enfin, elle dévoile comment sont soignés les soldats dans une région éloignée du front qui devient peu à peu un front médical secondaire dans la chirurgie d'urgence mais indispensable pour la préservation des effectifs et pour la prise en charge des mutilés de cette guerre.

Mots-clés : Première Guerre mondiale, Médecine, Croix-Rouge, Hôpitaux, Médecins, Personnel infirmier, France, XXe siècle.

Résumé en anglais

During the World War I, health care and supervision of soldiers are essential for the continuation of the war. Indeed, the French Army has millions of seek and wounded people during the battles and 1,400,000 dead people. The study of the hospital's organization in the 9th French Military District shows an unknown history: those of soldier's care in areas far from the battlefront. This study demonstrates the adaptation of this hospital's organization to the evolution of the conflict and the care. It shows the function of each person who participates in these care: Red Cross "Croix Rouge", Army Health Service, inhabitants, and civilian authorities. This study is showing which care are given to seek and wounded soldiers in this area and who are the medical practitioners who are giving the care. During the World War I, the 9th French Military District steadily becomes a secondary area in the chirurgical emergencies, but an important area for the soldier's medical supervision.

Keys words: World War I, Medecine, Red Cross, Physician, Hospital, France, 20th century.