

L'ORGANISATION NATIONALE DE LA RÉSISTANCE MÉDICALE ET SES MOYENS

Extraits de l'ouvrage du docteur Jean-Pierre Delpond : Médecins et chirurgiens dans les maquis
À se procurer chez l'auteur : 15, place du Square - 15000 Aurillac

HISTORIQUE

La Résistance médicale, comme la Résistance française, a d'abord été le fait d'une poignée de médecins, plutôt "résistants médecins" que "médecins résistants".

On peut diviser schématiquement la Résistance médicale en deux périodes : du début de la guerre à la fin 1942, et de fin 1942 - début 43 jusqu'à la Libération. De même, il existe deux zones d'opération : la zone Nord et la zone Sud, séparées par la ligne de démarcation.

Après la première période où les initiatives individuelles occupent le devant de la scène, la nécessité d'une coordination se fait de plus en plus impérieuse. Avant la fin de 1942, nous assistons à la naissance d'un véritable service de santé dont le noyau se crée à l'intérieur même des divers mouvements de Résistance.

Il y a d'abord eu un Comité médical au sein de l'OCM (Organisation civile et militaire) qui était la première création médicale clandestine. Elle a été fondée par le professeur Pasteur Vallery-Radot, rejoint par Merle d'Aubigné qui était un jeune chirurgien des hôpitaux, orthopédiste, ainsi que madame Bertrand-Fontaine qui était une femme médecin des hôpitaux, la seule d'ailleurs à l'époque ; Funck-Brentano, professeur de gynécologie et Clovis Vinent, professeur de neurochirurgie.

Quand tous ont été réunis, ils ont cherché quelqu'un de jeune qui pourrait leur servir de secrétaire et qui pourrait rassembler les jeunes étudiants en médecine. Le professeur Milliez, à cette époque interne du professeur Pasteur Vallery-Radot, était un membre important de la Conférence Laënnec et, avec le Père Riquet qui deviendra en 1943 l'aumônier général du CMR, ils côtoyaient un millier d'étudiants en médecine parisiens. Ils firent du renseignement puis du ramassage de pilotes.

Fin 1942, ils créèrent le service de santé de l'OCM, car c'était l'organisation de Résistance

qu'ils connaissaient le mieux, et dont faisaient partie ceux déjà nommés.

À cette époque, existaient plusieurs organisations de résistance indépendantes : Le Front national dont le président était Robert Debré, avec Mauriac et De Vernejoul ; les FTP dont le président était Leibovici avec Descomps. Très vite, des ordres venus de Londres demandent à Pasteur Vallery-Radot de rassembler l'ensemble des médecins résistants de France. C'est à ce moment-là (avril 43 - septembre 43) qu'a été créé, à la demande du général De Gaulle et sous l'autorité de Jean Moulin, le CMR (Comité médical de la Résistance). Celui-ci comportait les membres de l'OCM avec Pasteur Vallery-Radot, Robert Debré, Descomps et Leibovici.

Il fallait aussi réunir les médecins de zone sud. De Vernejoul et toute une série de médecins, furent contactés à Toulouse. Parmi eux, il y en avait un qui s'appelait Bugnard. C'était un ancien polytechnicien, professeur de physique médicale à Toulouse qui a été un très grand résistant toulousain. Un autre, Maurice Mayer, travaillait avec les Mouvements de Résistance (qui n'était pas les MUR ou Mouvements unis de la Résistance) ; tous ces médecins toulousains ont rejoint le groupe parisien dans le Comité national avec Maurice Mayer comme responsable du CMR en zone Sud.

Le professeur Milliez était le secrétaire général du Comité national, chargé des tâches matérielles : organiser les réunions, trouver les locaux, rassembler les gens, et assurer les gîtes pour les loger, les nourrir, etc.

En même temps que toutes ces personnalités mettaient sur pied le Comité sur le plan national, ils créèrent dans chaque grande ville de France de zone Nord, des Comités qui étaient dirigés par

les camarades d'internat, donc par de très jeunes médecins qui étaient installés depuis très peu de temps ; ils sont devenus les médecins principaux de l'organisation et, à leur tour, ils ont créé des comités d'abord dans chaque département, et ensuite dans chaque commune. Tout cela a donc été créé morceau par morceau. Les dirigeants de la zone Sud mirent sur pied des structures identiques, mais il faut le dire, avec une réussite inégale suivant les régions.

À partir de septembre 1943, le CMR coordonne la prospection des médecins en province, l'organisation et l'action au niveau national tant sur le plan des effectifs humains disponibles que du stockage et de la répartition du matériel.

Nous allons envisager maintenant les différents aspects de cette organisation.

RÉPARTITION DES EFFECTIFS

Il faut noter tout d'abord que le territoire national était découpé en plusieurs régions.

L'organisation générale, à partir du Comité médical de la Résistance, se divise en deux parties bien distinctes : la région parisienne qui ne fait pas l'objet de notre étude, et la province.

En province, à la tête de chaque département, un directeur départemental du service de santé, entouré d'un noyau de médecins éprouvés. Ainsi, furent créés les Comités médicaux départementaux de la Résistance (CMDR).

Au-dessus des différents responsables départementaux, un délégué régional était chargé plus particulièrement de la coordination du travail médical clandestin se tenant en rapport aussi fréquemment que possible avec le délégué zone Nord ou zone Sud du CMR.

À l'intérieur même de chaque département, le Comité départemental désignait les responsables des divers secteurs et sous-secteurs, ceux-ci calqués autant que possible sur le découpage militaire du département ou suivant le terrain. Bien sûr, ces structures en apparence rigides pouvaient être modifiées en fonction des événements.

À leur tour, les chefs de secteurs et sous-secteurs désignaient les responsables des villes ou localités situées sur leur territoire. Ces responsables étaient en rapport étroit avec les maquis où se trouvaient en général trois ou quatre médecins au contact direct des blessés et des malades. À chaque maquis est adjoint, dans la mesure du possible, un pharmacien qui organise les dépôts clandestins de pansements et médicaments, et des chirurgiens dentistes.

Ce schéma général mis en place (voir "documents" du *LIEN*, page 3), voyons comment, au niveau des secteurs et des sous-secteurs, donc au contact des maquis, l'organisation s'est effectuée.

Il fallait créer et équiper des hôpitaux clandestins de toute pièce. Parfois, il s'agissait de deux ou trois lits de fortune dans une ferme abandonnée, mais dans certains cas, on pouvait avoir 30 à 40 lits. Ces cliniques clandestines furent souvent créées à partir de maisons de campagne ou de fermes isolées.

De plus, la situation demandait parfois que l'on évacue un blessé sur un hôpital local pouvant être visité parfois par la Gestapo ou la Milice. Pour cette raison, s'organisa le noyautage administratif des hôpitaux et plus particulièrement de la Croix-Rouge, où le professeur Milliez, introduit grâce à Pasteur Valléry-Radot, devint directeur du Service des infirmiers de la Croix-Rouge ; il y introduisit un grand nombre d'étudiants en médecine qui donnaient des cours et qui apprenaient aux étudiants comment on soignait les blessés, comment on plaçait une attelle, comment faire une piqûre antitétanique, etc., mais, en même temps, "farcissaient" la Croix-Rouge de résistants.

À ce sujet, il faut signaler le comportement exemplaire du parc auto de la Croix-Rouge et de ses ambulanciers.

Réparties dans le secteur, certaines maisons devaient comporter, en plus des lits d'hospitalisation, une salle d'opération. Leur nombre fut en général basé sur l'effectif FFI présent dans le secteur.

En ce qui concerne la technique d'évacuation, le CMR rédigea quelques notes, mais elle fut souvent le fait d'improvisation. Le premier stade était l'évacuation de la ligne de combat ; un seul moyen, le brancardage. Avec l'expérience, on s'aperçoit que le brancardage habituel était souvent

impossible, car les sauveteurs s'exposaient comme cible devant les troupes allemandes qui n'hésitaient pas à tirer sur un homme, fut-il porteur d'un brassard. On inventa un brancard de la Croix-Rouge, en forme de ski pouvant glisser sur le sol facilement démontable pour le transport en terrain accidenté : le "brancard Prospero".

Pour éviter les brancardages trop longs, on amenait les voitures le plus près possible de la zone de combat.

De plus, grâce au noyautage de la Croix-Rouge, le CMR organisa des équipes médicales d'urgences. C'est Denicker qui a organisé ces équipes au sein même de la Croix-Rouge. Le CMR créa également le GPMS (Groupe permanent médical des soins d'urgence) qui a fonctionné à travers toute la France sous tous les bombardements.

Schématisons le déroulement des opérations lorsqu'un homme était blessé (instruction du CMR) :

- 1) Amener le chirurgien au blessé, non le blessé au chirurgien (principe des équipes chirurgicales).
- 2) Installer celui-ci dans un local aussi discret que possible.
- 3) Réduire au minimum le transport en voiture : quelques kilomètres seulement pour échapper à la zone de feu.
- 4) Au poste où s'est déployée l'équipe d'urgence, celle-ci doit fonctionner soit comme centre chirurgical si toutes les liaisons sont supprimées avec les centres voisins, soit comme centre de triage et de petite chirurgie si l'évacuation est possible.
- 5) Évacuer vers un hôpital de l'arrière aussitôt que l'état du blessé et la sécurité du transport le permettront.

Ce schéma s'approche ou s'éloigne de la réalité suivant les circonstances particulières et surtout suivant les maquis.

LE SERVICE DU MATÉRIEL SANITAIRE ET DES MÉDICAMENTS

Il faut dire d'abord que le CMR a non seulement assuré les soins des blessés du maquis et des parachutistes, mais en plus, il a assuré les soins de la population civile. Le CMR a distribué les doses de vaccin et les sérums à travers la France. Il a fait distribuer des pansements, tout cela par l'intermédiaire de gens admirables et en particulier par l'intermédiaire de l'Institut Pasteur.

C'est, en particulier, la constitution, à l'Institut Pasteur-même, à l'extrémité d'un souterrain qui passait sous la rue du Docteur Roux, réunissant en quelque sorte les deux corps de bâtiments situés de chaque côté de cette rue, des réserves de pharmacie de la Résistance. Les médicaments, pansements, appareils qui constituaient ces réserves, étaient parachutés de nuit, à heure convenue, dans des containers lourds et encombrants, par des avions anglais et ils étaient aussitôt transportés en camionnettes au prix de dangers que l'on devine, et entreposés par les soins de monsieur Dufaure dans le souterrain de l'Institut Pasteur.

Cette activité clandestine fonctionna toute la guerre sans éveiller le moindre soupçon chez les autorités allemandes. La destination était bien sûr les postes médicaux clandestins du maquis, mais aussi des hôpitaux attachés à la cause du CMR.

De même, le CMR a réparti ce qui existait à l'époque comme anti-infectieux, c'est-à-dire les sulfamides. Cela était facile parce que les sulfamides étaient produits par Pasteur et Rhône Poulenc.

Les pansements, les bandes plâtrées, les attelles, tout était fourni par un homme admirable qui s'appelait "Bruno". C'était un pharmacien installé dans le quartier où habitait le professeur Milliez et qui avait une fabrique de pansements. Il donnait le matériel nécessaire : pansements, attelles, bref tout ce dont le CMR avait besoin, et pour la France entière.

Il fallait rechercher des endroits pour stocker le matériel. Ce matériel était presque toujours transporté par le Réseau de la Résistance des PTT. Ce sont eux qui assuraient le transfert du matériel, jusque dans les maquis. D'autres moyens improvisés furent bien sûr employés.

Souvent, surgissaient des problèmes au moment où étaient parachutés les containers anglais. Ces parachutages avaient lieu dans la région parisienne. Cela créait un afflux de matériel à répartir

rapidement. Le CMR avait recruté un grand nombre de pharmacies officines, en particulier un grand nombre de pharmaciens catholiques contactés grâce au Père Riquet.

En province, de nombreuses pharmacies furent de véritables points d'appui du service de santé des maquis pour le matériel.

On aura une idée des quantités globales distribuées quand nous aurons dit qu'il y avait à pourvoir 40 postes de maquis dans la région de Lyon, 25 dans la région de Marseille, 15 dans la région de Montpellier, 30 dans la région de Toulouse, 25 dans la région de Limoges, 15 dans celle de Clermont-Ferrand et 25 dans celle de Dijon ; et que, dans la zone Nord, ont été distribuées, environ 500 musettes de médecin de bataillon.

Dans les maquis d'Auvergne, par exemple, chaque bataillon comptait un médecin. Tous étaient, bien entendu, des volontaires d'une valeur professionnelle variable, le plus souvent des étudiants en fin de scolarité avec quelques docteurs en médecine. Chaque corps expéditionnaire, partant pour une attaque ou un sabotage, était accompagné d'un médecin lorsqu'il comportait un effectif égal ou supérieur à 30 hommes. À chaque médecin était adjoint une infirmière ou un infirmier dont l'instruction devait souvent se compléter sur place. Les brancardiers étaient au nombre de quatre par bataillon.

Les médicaments

Ils étaient assez disparates, comme d'ailleurs leur origine même.

La plus grande partie provenait des réserves du service de santé de l'Armée avec beaucoup de produits de pharmacie vétérinaire, accessoirement la prise de stocks de l'armée allemande et les produits américains parachutés en petites quantités complétaient les réserves.

Pour les affections du tube digestif, de multiples comprimés étaient disponibles : parégorique, opium, sulfates et bicarbonates de soude, stovarsol, Tonnalbin des Allemands.

L'arsenal thérapeutique des affections des voies respiratoires se bornait, outre les emplâtres révulsifs, à des comprimés pectoraux d'origine américaine et aux très classiques pilules terpine-codéine.

À noter également des tonicardiaques et les analeptiques usuels : digitaline, huile camphrée, éther, adrénaline.

En matière d'analgésiques, grande abondance de morphine américaine à dose de 2 centigrammes conditionnée dans des tubes d'étain munis d'une aiguille hypodermique et servant ainsi de seringue ; l'aspirine ne manquait pas non plus.

Les sulfamides : sulfamides et 693 étaient les médicaments anti-infectieuses. Enfin, il y avait une série de pommades, l'une à base de niaouli, l'autre, au violet de gentiane, qui se sont révélées très efficaces, la première pour la cicatrisation des plaies atones, la seconde pour le traitement des brûlures.

Les moyens en matière de chirurgie

Les antiseptiques : mercurochrome, acriflavine en comprimés solubles, iode en ampoules scellées, très peu d'alcool.

Les pansements : paquets de pansements individuels de l'Armée anglaise ou américaine, ces derniers comportant un sachet de sulfamide en poudre.

Les garrots : élastiques ou en toile.

Anesthésiques : éther et chlorure d'éthyle parachutés, barbituriques sodiques par voie intraveineuse.

Moyens de contention : attelles grillagées métalliques multiples, une grande attelle externe du service de santé, deux attelles de Thomas-Lardennois.

Instruments de chirurgie : du matériel oto-rhino-laryngologique et de gynécologie récupéré dans un train allemand ; il n'a été évidemment d'aucun secours. La trousse d'urgence se composait de bistouris, ciseaux, pinces hémostatiques, sondes cannelées, une paire d'écarteurs ; elle permettait les interventions urgentes de petite chirurgie.

Les évacuations : elles s'effectuaient d'abord en brancard (un par compagnie), puis en voiture automobile : une voiture sanitaire et une camionnette. Ce dernier véhicule participait aux expéditions et transportait ce qui était le plus précieux : les blessés et les munitions. À l'échelon du PC, le transport était assuré par un car à gazogène aménagé en ambulance chirurgicale légère, capricieux comme tous ses semblables.

Les locaux sanitaires : ceux du bataillon, sous tentes, avaient peu de valeur. Les locaux vraiment utilisables se trouvaient dans des villages isolés, assez loin de la zone d'opération, pour qu'ils échappent aux recherches de l'ennemi. Lorsqu'une intervention chirurgicale importante devenait nécessaire, les médecins avaient recours successivement : aux hospices du Malzieu, à l'Asile de Saint Alban, finalement, aux hospices de Marvejols et de Mende. Un médecin praticien de Chambon-le-Château (Lozère) permit aux médecins du maquis de bénéficier de son matériel, dont une installation radiologique.

À l'occasion de chaque déplacement de cette guerre extrêmement mobile, le rôle essentiel du médecin était de prévoir et de préparer ces évacuations "à l'arrière". Là seulement, les grands blessés pouvaient être opérés et hospitalisés dans des conditions matérielles correctes.

LES INTERVENTIONS

Importance des pertes : exemple du maquis du Mont Mouchet

Il y eut environ 200 tués et blessés sur un effectif de 2 700 combattants au cours de la bataille de Mont Mouchet. Peu de blessés graves sont morts des suites de leurs blessures ; ceux qui n'avaient pas été secourus immédiatement étaient systématiquement achevés par les Allemands. Pour les combats de la Truyère, on dénombre 105 à 110 tués sur un effectif de 1 300. Une trentaine de blessés ont été achevés par les Allemands à la baïonnette ou par une balle dans la nuque ainsi qu'il a été constaté après l'exhumation.

Nature des blessures

Les plaies les plus graves étaient celles provoquées par les éclats de mortiers et les balles explosives. La topographie de ces blessures : surtout les membres, quelquefois le thorax, très exceptionnellement l'abdomen.

Complications générales

Choc précoce : pratiquement pas de choc précoce, les hommes arrivaient au combat en bonne condition physique ; les deux seuls cas de choc précoce survinrent l'un chez un blessé grave pratiquement saigné à blanc par section des vaisseaux fémoraux par éclats d'obus, l'autre, chez un blessé abdominal avec perforations multiples de l'intestin grêle et plaie du foie.

Chocs tardifs : beaucoup plus nombreux, imputables à la lenteur et aux difficultés de l'évacuation.

Les infections : jamais de tétanos, ni de gangrènes gazeuses. On peut attribuer ces résultats au fait que les blessés recevaient à l'instant même les premiers soins médicaux. Peut-être aussi les sulfamides contenus dans les pansements individuels y sont-ils pour quelque chose.

Traitement : d'urgence aussi rapidement que possible, nettoyage de la plaie, pansement antiseptique et immobilisation. L'évacuation constitua le gros problème. En effet, on ne pouvait évacuer que les blessés très graves car les véhicules étaient aussi précieux que rares. D'autre part, cette évacuation était absolument indispensable car on ne pouvait conserver de tels blessés à l'intérieur d'un dispositif constamment à la merci d'attaques ennemies. La distance à parcourir était en général supérieure à 20 km pour gagner un lieu sûr, et les routes étaient surveillées par des patrouilles de blindés aux alentours de la zone d'opération.

Tous les moyens étaient employés ; les blessés du membre supérieur étaient évacués à pied à travers bois où ils se cachaient pendant parfois une semaine jusqu'à ce qu'on ait trouvé un lieu sûr pour les recevoir. C'est au cours de ces marches forcées, de ces nuits passées sous la pluie, dans les bois, sans ravitaillement aucun, que furent constatés les états de choc secondaires. Au terme de leur pénible voyage, les blessés arrivaient dans des fermes, des formations hospitalières ou chez un médecin praticien. C'est ainsi que l'on doit rendre hommage au docteur Monod et à la sœur supérieure de l'Hospice du Malzieu dont le courage et le dévouement ont sauvé la vie à nombre

de blessés ; de même, à l'Hospice de Saint Alban, les sœurs, le médecin chef, le docteur Lucien Bonnafé, et les internes qui ont accueilli les maquisards blessés aux moments pénibles où se resserrait l'étreinte.

Équipements des postes de secours de médecins du maquis

2 bistouris
1 paire de ciseaux droits
1 paire de ciseaux courbes
1 paire de ciseaux à pansements
1 pince à disséquer à griffes
1 pince à disséquer sans griffes
6 pinces de Kocher
1 paire d'écarteurs de Farabeuf ou de Volkmann
1 aiguille de Reverdin courbe
1 porte aiguille + 6 aiguilles à suture courbes
Seringues : 3 de 2 CC et 3 de 10 CC
Catgut n°1 : 10 tubes
Crin moyen : 10 tubes
Pansements individuels : 100
Compresses de gaze stérilisée : 200
Coton hydrophile : 1 kg
Bandes de gaze : 50
Bandes de crêpe : 150
Hémoplast : 22 rouleaux
Alcool à 90° : 150 g
Éther sulfurique : 150 g
Teinture d'iode ou mercurochrome : 150 g
Eau oxygénée : 500 g
Sulfamide en poudre : 500 g
Chlorhydrate de morphine : 25 ampoules
Caféine : 25 ampoules
Adrénaline : 25 ampoules
Huile camphrée : 25 ampoules
Novocaïne : 50 ampoules de 10 CC
Sérum antitétanique : 50 ampoules
Sérum antigangréneux : 25 ampoules
Sérum antivenimeux : 25 ampoules
Aspirine : 200 comprimés
Pilules parégoriques : 200 comprimés
Alcool à brûler solidifié : 25 boîtes
Thermomètres : 2
Garrots : 5
Épingles de sûreté : 3 douzaines
Bandes plâtrées : 100
Attelles membre inférieur : 16
Attelles membre supérieur : 6
Savon de Marseille : 2
Brosses à main : 2
Lampe de poche : 1
Piles de rechange : 5

Matériel des "Valises" des équipes chirurgicales mobiles

Valise n° 1

Coton : 1 kg
Alcool : 1 litre

Sérum antitétanique : 30 doses
Catgut : 50 tubes
Lin : 25 tubes
Chloroforme : 25 ampoules de 30 CC
Novocaïne à 1 % : 25 ampoules de 5 CC
Novocaïne à 4 : 25 ampoules de 2 CC
Aspirine : 100 comprimés
Parégoriques : 50 comprimés
Pansement abdominal : 1
3 bouchons verseurs pour sérum
2 gouttes à gouttes
6 mètres de tube à sérum
5 garrots

3 mètres de drains assortis
4 paires de gants de caoutchouc
6 rouleaux adhésifs
10 champs opératoires
5 brosses à ongles

Valise n° 2

4 bistouris
1 scie
1 curette à os
1 rugine de Farabeuf
1 écarteur
1 écarteur malléable
2 ciseaux
2 pinces à disséquer
6 pinces de Kocher
4 pinces de Terrier
3 pinces de peau
1 pince porte aiguille
1 pince Gange
1 pince de Museux
1 miroir de Slog avec piles
2 seringues de 20 CC
1 seringue de 5 CC
1 seringue de 2 CC
4 embouts
1 aiguille à infection
1 aiguille à PL
10 aiguilles de couturière
2 éprouvettes
Éther anesthésique : 25 ampoules de 50 CC
Chlorure d'éthyle : 10 ampoules de 50 CC
Protocaïne à 1 et 2 % : 5 ampoules de 10 CC
Sérum antitétanique : 20 doses
Sulfamide : 500 g
Chlorure de sodium : 500 g
Mercurochrome : 300 g
Savon : 1 morceau
Coton : 1 kg
Pansements individuels : 50
Pansements abdominaux : 2
Pansements moyens : 2
Gaze : 1 pièce
Tarlatane : 6 mètres

Bandes plâtrées : 20
Évipan : 20 doses