

SANTÉ DE GUERRE
L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ, À BORDEAUX
LE MAQUIS DE DORDOGNE CENTRE

Docteur Jean-Pierre Delpond

L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ, À BORDEAUX Pourquoi prendre comme point de départ d'une étude sur l'organisation du service de santé dans le maquis, l'Hôpital Saint-André ? Parce qu'à la lecture et à l'écoute de nombreux témoignages, nous nous sommes rendu compte que, outre les médecins de campagne, qui étaient partagés entre leur clientèle d'occupation et leurs téméraires missions "dans la nature", de nombreux médecins du maquis appartenaient à une équipe hospitalière organisée. Du chef de service aux internes, en passant par les chefs de clinique implantés dans la Résistance depuis le début de l'occupation, à la masse des externes et des étudiants hospitaliers, tous auront un rôle de coordination, de transmission et de renseignement, primordial.

Pour comprendre la rapidité avec laquelle le groupe Saint-André devint opérationnel sur le plan médical, mais aussi militaire, il faut savoir que le docteur Poinot entre dans la Résistance dès le 18 juin 1940 en tant que chirurgien à l'Hôpital de Monbelliard où il fait passer 300 blessés en Suisse. À Belfort ensuite, où à la fermeture de l'Hôpital, il reste 30 blessés légers promis à l'Allemagne, il constitue de faux dossiers médicaux avec des radiographies empruntées au service de radiologie, plâtre tous les membres inférieurs.

Dans le camion sans escorte qui les mène à la gare, les blessés sautent un à un dans le fossé ; arrivé à la gare, le camion est vide.

Dès cette époque, le D^F Poinot entre en contact avec les agents de Londres et se trouve inscrit à l'OCM (Organisation civile et militaire). Après ce coup d'éclat, les autorités allemandes le transfèrent à Bayonne comme médecin prisonnier dans un camp où la tuberculose fait des ravages chez les Noirs, les Malgaches et les Nord-Africains.

Il profite des convois sanitaires d'évacuation pour faire filer de faux malades vers l'Afrique du Nord. Inévitablement, il contracte la maladie comme ses deux prédécesseurs, et après un séjour de "convalescence" en Savoie où il suit les cours de l'École des cadres SR de la Résistance, il arrive à Bordeaux en octobre 1943.

De leur côté, un certain nombre d'infirmiers des hospices étaient entrés dans un groupe de résistance fondé par un de leurs amis des pompes funèbres, qui s'appelait Marcel Tete. Ces gens se connaissaient déjà depuis fort longtemps. Ils connaissaient leurs affinités ; ils avaient les mêmes idées vis-à-vis de l'occupant et vis-à-vis des autorités mises en place par Vichy. Tout naturellement, ils se sont trouvés en harmonie et ils ont fondé un groupe. Ce groupe s'est enrichi assez vite, vers la fin de 1942, de la présence d'un médecin qui est essentiel dans l'histoire du groupe Saint-André : le docteur Albert Barraud.

Le D^F Barraud voulait faire de la résistance et il s'est trouvé naturellement d'accord avec les infirmiers qu'il côtoyait tous les jours. Il a découvert à ce moment-là qu'il existait un noyau d'une quinzaine d'infirmiers et de surveillants des hospices de Bordeaux, (en particulier les frères Nadau, le plus jeune garçon de salle, et l'aîné infirmier major), deux ou trois employés de bureau, et il a découvert ce qui était très important, que le directeur de St-André était d'idée résistante. C'est ce qui facilitait tous les éléments.

Le D^F Barraud a donc mis sur pied une organisation à partir de fin 1942 jusqu'en juillet 1943, date de son arrestation. Il faut comprendre que tous les gens qui appartenaient au groupe St-André avaient des laissez-passer nocturnes leur permettant de circuler la nuit du fait de leur fonction, car ils appartenaient à l'équipe de défense passive.

Ce premier groupe comprenait donc des infirmiers des hospices civils, des employés des hôpitaux, le directeur de l'Hôpital, tous munis de laissez-passer. Le groupe n'a jamais compté plus de vingt personnes.

Lors de l'arrestation du D^F Barraud, les autres membres du groupe se sont trouvés isolés, gênés, mais le hasard a voulu que le D^F Poinot soit alors libéré des camps de prisonniers. À son retour de Savoie, nommé chirurgien résidant à St-André, il a compris tout de suite. De plus, comme il appartenait lui-même à l'OCM, comme le D^F Barraud, le groupe a simplement changé de patron et les mêmes activités ont continué. Le D^F Poinot rencontra également à cette époque l'abbé Lassere, aumônier à St-André et qui fut très précieux, lui-même recruté à l'ORA.

La première préoccupation du D^F Poinot a été de constituer une équipe sûre pouvant éventuellement faire des interventions chirurgicales clandestines. Car, il est évident que dans un hôpital aussi important que celui de Bordeaux, riche en multiples cachettes, celui qui dispose d'un personnel absolument sûr, et d'une protection bien assurée, peut se livrer à beaucoup d'activités.

Le D^F Poinot constitue une équipe solide d'infirmiers et de sœurs prêts à tout pour rendre service, des internes discrets et efficaces dont certains iront en juin 1944 exercer leur art dans le maquis malgré les risques qu'ils encourent. Cette équipe comprend deux sœurs, dont l'une est anesthésiste, deux garçons de salle, et un interne.

Les premières activités ont été des opérations chirurgicales clandestines exercées sur quelques aviateurs alliés blessés qu'on ne pouvait opérer dans les cliniques de la ville car elles étaient surveillées. La nuit venue, on amenait facilement à l'hôpital, les blessés qui étaient camouflés dans le fond de la salle 12. Si les Allemands arrivaient à l'improviste, le concierge les signalait tout de suite par une "espèce" de téléphone intérieur que les Allemands ne connaissaient pas.

S'ils allaient au bureau des entrées, et ils y allaient fatalement, ils tombaient à peu près toujours sur un employé qui était "dans le coup" ou sur le directeur qui, nous l'avons dit, était aussi un résistant. Les membres du groupe étaient prévenus et on retenait les autorités d'occupation un temps suffisant pour prévenir le D^F Poinot personnellement. Il venait voir les Allemands qui lui posaient les questions qu'ils voulaient bien. S'ils désiraient visiter l'Hôpital, il les accompagnait, les dirigeait volontiers, mais toujours une ou deux personnes portaient en "éclaireur" pour faire camoufler les blessés clandestins.

La sécurité jouait pleinement. Les éléments un peu douteux que l'on détectait dans le personnel, étaient mutés dans d'autres hôpitaux. À la Libération, à l'Hôpital St-André, sur le personnel médical, administratif et même le personnel des sœurs, on pouvait être tranquille à cent pour cent, personne n'avait jamais parlé.

On peut se demander comment un tel nombre de personnes étrangères, circulant à l'intérieur de l'Hôpital, n'ait pas paru suspect ?

Il faut penser qu'à cette époque, l'hôpital St-André connaissait une activité chirurgicale et médicale très importante, St-André représentant le noyau central des hospices de Bordeaux. Les bombardements aériens provoquaient beaucoup d'urgences, environ un bombardement tous les huit jours, et chacun d'eux demandait trois jours d'activité.

Alors, pendant trois jours, c'était un rassemblement épouvantable de personnes : les blessés, les accompagnants, la Croix-Rouge, les autorités, le préfet, les autorités allemandes, tous ces gens allaient et venaient, entraient, sortaient, formant un mélange incroyable de personnes. En plus de cela, se tenaient les consultations habituelles. Il faut penser que certains médecins n'étaient pas là, les uns prisonniers, les autres au maquis. L'activité médicale extérieure était beaucoup moins importante qu'avant la guerre et par conséquent, au lieu d'aller voir leur médecin de quartier, beaucoup de consultants venaient à St-André. Chaque jour, il y avait une consultation d'une vingtaine de personnes en début d'après-midi, ce qui permettait au D^F Poinot de donner ses rendez-vous personnels de résistance au milieu de ses consultations. À ce sujet, il se produisit en mai 1944 une anecdote qui aurait pu mal se terminer. Il s'est trouvé assis, par hasard, côte à côte le général qui commandait en clandestinité la région B, et le chef de la Gestapo : Moraglia et Dohse. Le docteur Poinot fit passer Dohse le premier en consultation pour le séparer de Moraglia avant toute explication ; tout s'est bien terminé mais, par la suite, ce genre de rencontre fut soigneusement évité.

À partir d'avril 1944, le D^F Poinot créa un système en s'aidant des externes des hôpitaux. C'était l'époque du STO. Ces jeunes gens étaient d'âge du STO. Ils demandaient à ne pas y aller. Avec la complicité des hospices, le D^F Poinot réussit à faire affecter un nombre assez considérable de jeunes garçons comme soi-disant externes des hôpitaux. Il suffisait qu'ils aient une blouse. De ce fait, il avait une cinquantaine d'externes sous ses ordres, bien que théoriquement, son effectif était de quatre ; les externes réels étaient armés au cas où...

En ce qui concerne les opérations clandestines, le principe était le suivant : il y avait constamment deux vrais externes de garde au pavillon des entrées. Lorsqu'une ambulance arrivait avec un clandestin, le plus souvent, une ambulance du parc auto de la Croix-Rouge, l'un des externes de garde prévenait immédiatement une personne du groupe de résistance ; le blessé était alors camouflé dans une salle et on établissait un faux dossier administratif. À noter ici que les blessures étaient souvent maquillées, transformées pour prendre l'apparence d'une plaie provoquée par un outil agricole, le plus souvent une fourche, du fait de similitude avec une balle. L'opération clandestine avait lieu la nuit, avec toujours la même équipe. Si la blessure était légère, le blessé repartait très vite dans le maquis grâce à une autre ambulance qui emportait, par la même occasion, un chargement d'armes préalablement cachées dans les greniers de St-André. Si la blessure nécessitait des soins post-opératoires importants, le blessé demeurait caché dans une salle susceptible d'être évacuée à la moindre alerte.

En conclusion, quel est le bilan du groupe St-André sur le plan médical ?

- Camouflage jusqu'à quatre-vingts personnes à la fois : quatre-vingts clandestins ! Des gens qui n'avaient pas de papiers : gens du STO, réfractaires, des gens du maquis qui fuyaient, ceux des réseaux de renseignements, un noir a même été camouflé, salle 12, pendant 6 mois. La nourriture était une difficulté quotidienne parce que quatre-vingts personnes sans ticket posaient naturellement des problèmes. On ne savait jamais la population réelle ; il suffisait qu'un bombardement en amène deux cents de plus et tout était perturbé. Il fallait jouer sur les effectifs d'une façon très difficile. On doit donner un grand "coup de chapeau" aux sœurs car jusqu'à ce moment-là, le ravitaillement de l'hôpital était entre leurs mains.

- Deuxièmement, l'équipe du D^F Poinot a pratiqué des opérations clandestines qui se sont toujours bien passées. Même si elles s'étaient mal terminées, l'organisation était telle que l'évacuation d'un cadavre n'aurait pas posé de problème. Il y avait tant de blessés à l'époque... un de plus, un de moins... personne n'y aurait mis le nez. Une seule fois pourtant, cette organisation a été utile pour évacuer un cadavre, mais celui-ci provenait d'une clinique de la ville où l'opération s'était mal terminée.

- En plus de cela, le D^F Poinot a constitué avec les gens de St-André (infirmiers, médecins), la première ambulance chirurgicale clandestine de Dordogne. À partir du 6 juin 1944, il a envoyé en Dordogne des effectifs et du matériel pour constituer une véritable ambulance chirurgicale.

Elle était commandée par un interne, le D^F Gaussen et elle a fonctionné en ambulance chirurgicale de guerre. Elle a d'ailleurs suivi la destinée du groupe en fonctionnant comme première ambulance chirurgicale sur le front de la Rochelle, dirigée alors par le D^F Coiquaud, chef de clinique à St-André.

C'est le fonctionnement et l'organisation de ce groupe sanitaire dans le maquis que nous allons étudier maintenant.

LE MAQUIS DE DORDOGNE CENTRE Les quelques notions militaires auxquelles il sera fait allusion ne sauraient déborder le cadre de notre sujet car elles sont nécessaires à sa compréhension.

Nous essayerons de montrer le caractère spécial de l'organisation et des méthodes, les difficultés rencontrées, les erreurs parfois commises, et enfin les résultats obtenus.

C'est en l'absence de secours médical immédiat qu'une dizaine de formations militaires

vécurent dans le secteur centre de

Dordogne et déplorèrent des morts, des blessés et des malades. Cependant, à la formation "Mireille", la première née en Dordogne, collaborèrent deux étudiants en médecine. Leur présence ne fut que de courte durée car ils tombèrent aux mains de la police au cours de l'automne 1943. Pour avoir une formation dotée d'un médecin, il fallut attendre l'arrivée au groupe "Roger" du docteur Wachtelle. En l'absence de personnel médical à demeure, on dut faire appel aux médecins civils.

Malgré toutes les difficultés, ils furent largement mis à contribution. Dans la clandestinité, la difficulté majeure était de trouver un médecin et de l'amener auprès du malade. Cela posait toujours quelques problèmes, tel que par exemple l'envoi d'un homme habillé en civil et muni de papiers en règle. Pour le médecin, les dangers n'étaient pas négligeables à une époque où les autorités d'occupation interdisaient assistance et soins aux "terroristes".

Le 6 juin 1944, le D^F Gausse quitte l'Hôpital St-André et rejoint les maquis de Dordogne. Dès son arrivée, malgré quelques instruments prêtés par le D^F Poinot, le D^F Gausse se heurte à la pénurie de matériel médical. Dans chaque groupe, existait une caisse à pharmacie, en fait, il s'agissait des "paniers sanitaires" de l'Armée Française, les fameux paniers "Z" en osier frappés d'une croix rouge, récupérés par les maquisards, mais les produits qu'ils contenaient avaient plus de rapport avec la médecine familiale qu'avec la médecine militaire. Y figuraient généralement quelques antiseptiques, du matériel à pansement, des pommades, et un lot toujours varié de spécialités pharmaceutiques plus ou moins utiles sinon surprenantes. Le commandement ne se désintéressait pas pourtant de la question, et des tentatives étaient faites pour doter les formations du matériel nécessaire : le groupe "Mireille" avait réquisitionné une automobile en guise d'ambulance (une camionnette Peugeot). Fin juin, début juillet 1944, le groupe "Ancel" sera doté d'une véritable ambulance automobile du parc auto de la Croix-Rouge. À plusieurs reprises, il avait été établi des listes de produits et matériel nécessaires. Tout cela n'avait malheureusement pas grande utilité dans un milieu où il n'y avait pas de médecins et où les connaissances étaient forcément assez réduites.

La maladie grave était une exception. Il s'agissait plutôt de traumatismes. L'état sanitaire était déplorable. Les vêtements de rechange manquaient. Le savon aussi. Les conditions les plus élémentaires d'hygiène ne s'alliaient pas toujours avec la prudence. Le lavage du linge était toujours très difficile et sa désinfection presque irréalisable car on ne pouvait faire beaucoup de feu, les flammes ou la fumée pouvant faire repérer un cantonnement et le signaler à l'attention ennemie. Les couvertures indispensables la nuit, et visibles d'avion le jour ne pouvaient pas être mises à l'air. Il fallait apprendre aux hommes les règles de "l'épouillage" soigneux, non pas dans l'espoir de supprimer le fléau, mais pour en arrêter les progrès.

Les produits antigale, rares dans les pharmacies civiles, n'étaient que difficilement trouvés ; ils étaient d'ailleurs inefficaces en raison du caractère généralisé de l'affection. Poux et gale avec leur cortège habituel d'affections cutanées furent une préoccupation permanente.

En fait, le domaine médical était assez restreint : traitement des bronchiteux, catarrheux et autres tousses par les pilules de terpine codéine, distribution de caféine aux guetteurs enclins au sommeil, soins aux pieds fatigués par les marches ou le port de chaussures trop grandes ou trop petites.

Avant juin 1944, il n'y eut que peu de blessés. C'est dans les conditions militaires de l'époque qu'il faut en rechercher l'explication. L'activité des partisans était alors de celles qui entraînaient peu de pertes. Les ordres reçus étaient d'ailleurs formels : pas de combats rangés. Ne pas chercher à résister devant un adversaire supérieur en nombre et se replier. Éviter toujours les effusions de sang inutiles.

Répartis par petits groupes d'importance numérique variable, mais toujours très faible, et qui, quelques mois avant le 6 juin 1944, allaient des neuf hommes du groupe "Rollant" aux quarante hommes du groupe "Ancel", les partisans ne se livrèrent guère qu'à des opérations de police ou à des actions de coup de mains. Attaquant par surprise, ils avaient pour mission d'éviter le contact et de se replier avant que la riposte ennemie n'ait eu le temps d'être efficace. Les sabotages, souvent de nuit sur des terrains repérés à l'avance, s'effectuaient généralement sans perte. Si l'attaque était

peu coûteuse, il n'en allait, malheureusement, pas de même pour la défense. Incapables de poursuivre un ennemi invisible, les forces de répression allemandes ou françaises n'avaient d'autres moyens pour arriver à leurs fins que de rechercher les cantonnements et d'encercler ensuite les hommes qui, mal armés, et incapables de lutter contre un adversaire toujours supérieur en nombre, succombaient rapidement ou devaient se constituer prisonniers. Pour parer à cela, les groupes étaient très mobiles et ne séjournaient jamais très longtemps au même endroit. Les combats s'engageaient souvent avant l'encercllement du camp et les hommes valides avaient le temps de s'enfuir. Pour les blessés, le résultat était toujours le même : ils tombaient aux mains de l'adversaire. En fait, beaucoup de blessés ne pouvaient être récupérés.

Avant juin 1944, la pénurie de médecins dans le maquis nécessita souvent l'envoi des blessés dans un hôpital civil, mais cela représentait des difficultés et des dangers. Le franc tireur ne pouvait que très difficilement retourner dans la légalité. Il fallait lui recréer un nouvel état civil, lui fournir des papiers d'identité, des cartes d'alimentation, bref toute une série de "faux" ayant les caractères de l'authenticité. Il fallait expliquer l'origine de la blessure, et souvent par excision des orifices, on supprimait les traces caractéristiques. Le docteur Gaillard, de Périgueux, prit dans sa clinique privée, un officier dont la plaie transfixiante de la cuisse par balle de revolver, fut transformée en une blessure par coup de faux. L'essentiel était de trouver une histoire à peu près vraisemblable.

C'était toujours pour le médecin un problème moral angoissant que d'être en face de ce dilemme : ou bien envoyer le blessé dans un hôpital civil et l'exposer à la police française et, bien plus grave encore, à la police allemande, ou bien le garder au camp, lui faire courir les risques du manque de soins et de surveillance médicale et les dangers de la vie des partisans. Si pour une plaie de l'abdomen ou une blessure superficielle, le doute n'était pas permis, d'autres par contre laissaient les médecins dans un cruel embarras. Le cas Pauly en est un exemple.

"Au mois de mars 1944, le lieutenant Francine, chef des maquis AS du secteur centre prévenait le frère du D^r Gausson assurant alors les fonctions d'interne à l'hôpital de Périgueux, qu'il y avait un blessé grave au groupe "Ancel". Cette formation cantonnait alors à Cheaulnes sur la commune de St-Astier. Dans une maison abandonnée, se trouvait un jeune homme, blessé quatre heures auparavant par une balle de revolver de 12 mm environ. Le blessé présentait une plaie transfixiante du cou avec un orifice d'entrée punctiforme exactement à un centimètre au-dessus de la partie moyenne de la clavicule droite, un orifice de sortie situé entre les saillies des sixième et septième apophyses épineuses cervicales. On notait une hémiparésie droite avec syndrome de Claude Bernard Horner et rétention vésicale. À part cela, rien de notable à signaler. Pas de choc, l'état général était bon. Le traitement suivant était aussitôt entrepris : sérum antitétanique, sérum antigangréneux, pansements humides, sulfamides à titre préventif. On ne possédait pas de sonde vésicale. Un agent de liaison dut, en pleine nuit, parcourir en vélo une vingtaine de kilomètres pour en rapporter une. Le transfert en hôpital civil fut envisagé, mais l'amélioration constante qui se manifesta les jours suivants fit repousser cette solution. Le quatrième jour, les mictions revenaient spontanément. Deux mois plus tard, ne conservant qu'une très légère hémiparésie, il reprenait sa place de combattant".

En ce qui concerne le théâtre des opérations, l'état-major FFI avait partagé la Dordogne en trois zones : les secteurs nord, centre et sud. Le secteur centre était étendu de la Gironde à la Corrèze, long d'une centaine de kilomètres, large d'une centaine au plus. Quelques grosses agglomérations : Ribérac, Mussidan, Vergt, Thenon, Hautefort. Aucune de ces localités ne disposait d'hôpitaux susceptibles de recevoir de grands blessés. Les voies de communication, qui joueront un si grand rôle dans la guerre des partisans, contribuèrent-elles aussi à donner à cette région une physionomie particulière. À son extrémité ouest, le secteur était coupé par la vallée de l'Isle. Dans cette vallée, cheminait la voie ferrée Périgueux-Bordeaux. Elle constituait l'artère nourricière de la garnison allemande de Périgueux, et sa possession était l'objet de luttes incessantes entre les deux adversaires. À l'est du secteur, la route Périgueux-Brive, doublée d'une voie ferrée. Le secteur centre était lui-même découpé en trois zones secondaires ayant chacune des caractères particuliers ; à l'extrémité ouest : le sous-secteur de Ribérac où opérèrent les groupes Rollant, Picardie, et Éric, et quelques formations FTPF. Au centre, celui de Vergt. Nous trouvons là les groupes Ancel et une partie du groupe Rollant et quelques autres unités numériquement moins importantes. C'était également là que cantonnaient l'état-major FFI, la

préfecture et le commandement du secteur centre. La présence de l'état-major, l'importance des effectifs, le renom dont jouit Vergt comme centre de résistance, contribuèrent à donner à cette région son caractère si tourmenté. À l'est, c'était le sous-secteur de Thenon où opérèrent les groupes Roger, Mercedes, et quelques formations FTP ; cette région fut en partie dans la sphère médicale du secteur nord. Seul le secteur de Vergt eut un système médical et chirurgical absolument autonome. C'est lui qui fera plus particulièrement l'objet d'une étude détaillée.

Essais d'organisation et directives générales

Parmi tous les problèmes posés par le soulèvement du 6 juin et le déclenchement des opérations militaires, la question du service de santé était de toutes, celle dont la solution paraissait la plus malaisée. Une organisation définitive fut étudiée et mise au point aux environs du 10 juin 1944 au PC de l'état-major FFI du D^F Fontaine, professeur à la faculté de Strasbourg, chirurgien à l'hôpital de Clairvivre.

Le professeur Fontaine devenait directeur du service de santé départemental. Il inspectait les diverses formations sanitaires et se tenait en rapport avec les officiers alliés pour les parachutages de matériel.

Trois centres médico-chirurgicaux furent créés qui formaient le véritable moyen, l'unité importante de toute l'organisation sanitaire de chaque secteur. Il fut envisagé quelques ambulances chirurgicales mobiles dont la création se ferait selon les moyens et les nécessités. Chaque centre comprenait un chirurgien assisté de quelques médecins et tout le personnel infirmier nécessaire. Les formations militaires ne conservaient que le minimum de personnel indispensable, et le médecin de groupe se voyait attribuer un rôle sensiblement égal à celui du médecin auxiliaire de corps de troupe. Les unités versaient également tout le matériel dont elles disposaient, ne conservant que le strict minimum, c'est-à-dire l'équivalent d'une trousse d'infirmier. Le matériel chirurgical et les médicaments introuvables étaient fournis par parachutage. À l'issue de la réunion, le professeur Fontaine demandait aux officiers anglais présents, l'envoi immédiat de tables d'opération et de novocaïne.

Le fonctionnement du service de santé était le suivant : "Ramassé sur place par les brancardiers et après pansement sommaire effectué par le médecin du groupe, le blessé était évacué en ambulance sur le centre médico-chirurgical le plus proche où il recevait les soins que nécessitait son état. En certaines occasions, ce centre fonctionnait comme organisation d'évacuation. Par son intermédiaire, le blessé était dirigé sur l'hôpital civil de Clairvivre qui, loin de toute ville importante, à l'écart des routes stratégiques, paraissait protégé contre une incursion ennemie. Ce plan fut soumis à l'approbation des médecins et des chefs militaires présents. L'accueil ne fut pas très enthousiaste pour plusieurs raisons, souvent propres à chaque groupe. Une raison pourtant, évoquée par le lieutenant Ancel, aurait dû susciter l'inquiétude : le système était basé non sur des faits mais sur des suppositions telles, par exemple, la liberté des routes et l'aide des autochtones. Ce plan reçut un début de réalisation. Un centre médico-chirurgical fut installé à Lamouzie-Montastruc dans le secteur sud. Le D^F Forster, chef de clinique chirurgicale, vint de Clairvivre pour en assurer la direction.

Durant les premiers jours, favorisé par les conditions militaires, le service de santé put fonctionner d'une façon parfaite. Lorsque la situation militaire tourna au désavantage du maquis, après l'arrivée des renforts allemands pour juguler l'insurrection de juin 44 en Dordogne, le système prouva son inaptitude à fonctionner. Les Allemands furent maîtres des routes en quelques jours. Les blessés ne pouvaient plus être transportés en ambulance. Le centre de Lamouzie fut transféré à Trémolat et le 21 juin, le centre de Trémolat dut être évacué. Les docteurs Forster et Schaffman tombèrent aux mains des allemands".

Le système des centres médico-chirurgicaux n'était pas adapté aux conditions de la guérilla. La création de formations chirurgicales importantes fut abandonnée à tout jamais. Toute la question dut être reprise à la base. L'état-major départemental FFI nomma le D^F Meredieu médecin-chef du service de santé de la Dordogne, chargé d'établir un système médical suffisamment souple pour pouvoir en tous lieux et circonstances soigner blessés et malades. Le docteur Meredieu laissa toute liberté aux médecins de groupe pour organiser leur service à leur guise. Les parachutages promis

par Londres furent remplacés en fait par la récupération, au niveau de chaque groupe, de matériel des hôpitaux civils. Les groupes étaient hostiles au principe des hôpitaux stables et étaient persuadés que le service de santé ne devait exiger du commandement que des choses raisonnables : au point de vue médical, partisans des sulfamides, partisans des sutures simples après épluchage soigneux, opposés par contre aux ponctions lombaires systématiques dans les traumatismes crâniens. Le service de santé officiel était partisan du plasma et des transfusions sanguines. Les médecins de groupe auraient préféré de l'essence pour récupérer ou évacuer les blessés.

Le traitement sur place

L'absence voulue de grosses formations sanitaires, la dispersion systématique des blessés furent les principales caractéristiques de l'organisation du service de santé dans le secteur de la Dordogne. Ce fut le souci constant de lutter contre une centralisation trop dangereuse dans les conditions inhérentes à la guérilla. L'évacuation à elle seule posait déjà tout un problème : ambulances insuffisantes, pénurie de carburant... Bien plus important, était le problème de la liberté des routes. Dès le 6 juin, afin d'entraver les mouvements des troupes allemandes, toutes les voies de communication furent rendues impraticables : arbres abattus, ponts détruits, mines placées sur les itinéraires possibles des blindés, constituaient des obstacles infranchissables à un véhicule isolé. Une ambulance rencontre en juin 44, 14 barrages en 10 km. Le moindre parcours devenait un voyage interminable. Le danger des évacuations n'était d'ailleurs pas le seul. La capture, dans un hôpital, en était un autre tout aussi important. Pris et considéré comme franc-tireur, le blessé était aussitôt passé par les armes. Rassembler dans un seul local les blessés de toute une région et faire dépendre leur sort du hasard des incursions allemandes parut aventureux.

Telles furent les raisons qui incitèrent les médecins du maquis à rejeter un système basé essentiellement sur la liberté des routes et le respect des conventions de Genève. Il sembla préférable d'amener le médecin à portée du blessé plutôt que le blessé à portée du médecin.

La méthode du traitement sur place fut donc adoptée. Une ferme en plein bois, une maison isolée constituèrent autant d'abris tranquilles où le malade put attendre la guérison en toute sécurité. Engagés d'ordinaire par petites formations, ne disposant pas de brancards et encore moins d'ambulances, les hommes déposaient généralement leurs blessés dans la première maison qui leur paraissait réaliser le maximum de sécurité possible. L'attitude de la population civile fut à cet égard admirable. Ce furent les civils qui ramassèrent les blessés isolés, leur donnèrent les premiers soins et enfin les hébergèrent malgré les risques que leur faisait courir une telle présence. A maintes reprises, les troupes allemandes incendièrent les fermes et exécutèrent ceux qui avaient porté secours.

Les comptes-rendus, envoyés aussitôt au PC du groupe par la formation engagée, indiquaient l'endroit où le médecin devait se rendre. S'il s'agissait d'un isolé, comme c'était souvent le cas, les maquis locaux prévenaient par un agent de liaison ou par message téléphonique. Le moyen de locomotion était souvent le vélo, et presque toujours de nuit. Le matériel chirurgical emporté était simple et peu encombrant. Dans un sac était rassemblé le matériel que peut nécessiter une intervention ordinaire : bistouris, ciseaux, pinces, couteaux, scie, écarteur ; un peu de matériel à pansement tel que coton hydrophile, gaze en vrac et mèches stériles ; certains produits pharmaceutiques d'usage courant tels que : morphine, tonocardiaques, sulfamides, sérum antitétanique, quelques rouleaux de bandes plâtrées ; tel était le contenu de ce sac.

Ce n'est que sur place qu'était adaptée une ligne de conduite dictée surtout par l'état général du sujet, la nature des lésions, les conditions militaires et les possibilités locales. Pour donner une idée des avantages d'une telle méthode, pour montrer les inconvénients d'une organisation trop systématique, nous allons rapporter en détail l'observation Nédélec.

"Le 12 juin 1944, une quinzaine d'hommes d'un maquis sont pris sous le feu des mitrailleuses allemandes. L'un d'eux est blessé par une balle. Ses camarades, aidés de quelques civils, le pansent sommairement et le transportent chez ses parents non loin de là. Prévenus, deux chirurgiens se rendent auprès de lui en vélo par des sentiers détournés. À 3 heures du matin, ils sont auprès du blessé, un homme d'une vingtaine d'années, exsangue, ne pouvant parler, ni remuer. Le tableau qu'il présente est inquiétant. Le pouls est rapide, filant, incomptable ; la dyspnée est très

importante. Les tendances syncopales ne permettent qu'un examen qui montre les lésions suivantes :

La partie supérieure du dos ne constitue qu'un vaste hématome, une énorme poche dont le contenu doit être considérable. À droite, sous la pointe de l'omoplate, un orifice d'entrée punctiforme. À gauche, la balle est rentrée dans la partie externe de la fosse sus-épineuse. Une légère crépitation gazeuse est décelée.

Le blessé est intransportable. Il est décidé de le soigner sur place. Une injection de sérum antitétanique est pratiquée ainsi que des tonicardiaques, deux injections quotidiennes de morphine, quelques hémostatiques et des sulfamides par voie buccale. Les médicaments nécessaires sont laissés à la famille et toutes les indications données quant à la conduite des soins. Deux jours plus tard, à la seconde visite, la situation s'est notablement améliorée : le pouls est à 100, la dyspnée en régression, la température à 38°. Très vite, l'état général s'améliore. L'extraction du projectile est remise à plus tard.

Le 24 juin, soit 12 jours plus tard, sur ordre d'un médecin de passage, le malade est dirigé, à l'insu des premiers chirurgiens, sur le centre médico-chirurgical de Trémolat.

Le 24 à 15 heures, arrivée à Trémolat où l'on opère les blessés des combats de Mouleydier et de Pressignac. Une heure plus tard, l'hôpital doit être évacué. Avec quelques autres blessés, Nédélec est dirigé sur la région de Belvès, puis déposé à Sagelat dans un petit hôpital. L'intervention est pratiquée le 25. Le 26, une attaque allemande a lieu dans la région ; évacués sous le feu des mitrailleuses, les blessés sont dirigés sur Villefranche du Périgord, puis de là sur Saint-Germain. Le 27, ils arrivent dans un château fort des environs. Le 28, retour à Sagelat. Le 6 juillet, Nédélec, remis de sa blessure et de ses émotions, est amené au PC Ancel qu'il quitte le lendemain, quelques heures avant une attaque allemande. Il s'agit en fait d'un voyage de 200 km au risque d'être tué pour l'extraction sous anesthésie locale, d'une balle de 8 mm.

Centres d'hospitalisation

Le système du traitement sur place imposé par les circonstances donna toujours des résultats très satisfaisants. Néanmoins, la nécessité d'une surveillance médicale constante ou l'emploi d'un matériel difficilement transportable contribuèrent à envisager la création d'un centre d'hospitalisation. Dès les premiers jours de juin 44, la création d'un petit hôpital fut décidée avec, tout de même, les conditions suivantes :

- 1) Ne pas être à proximité immédiate d'un groupe de partisans ou d'un centre d'activité clandestine afin d'éviter au maximum les dangers d'une invasion allemande.
- 2) Être suffisamment simple pour pouvoir être évacué dans les plus brefs délais.
- 3) N'y recevoir que des malades ou blessés capables de marcher et dont l'évacuation ne pose pas de problème délicat.
- 4) Dans le cas contraire, n'admettre que ceux dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Le choix de l'installation se porta sur Vergt car c'était le centre de tout le réseau de renseignements de tout le secteur. Grâce aux lignes téléphoniques particulières et aux agents de liaison, tout le monde était sans cesse au courant des mouvements des troupes adverses. Au début, ce fut la salle de l'école communale, déjà aménagée en infirmerie par M^{lle} Zitter, une infirmière de métier, qui fut choisie.

Très vite, l'arrivée soudaine toujours possible d'éléments ennemis, malgré les barrages autour de la ville, contribua à déménager le matériel et les blessés dans une ferme isolée à 600 mètres de la ville. Placée sur une butte à l'orée d'un bois très étendu, elle pouvait permettre à la fois de surveiller ce qui se passait dans Vergt et sur les routes aboutissantes, et à la moindre alerte de disperser dans les bois les blessés couchés ou debout sous le couvert d'un feu de mitrailleuses que les hommes valides avaient reçu mission de déclencher pour protéger leurs camarades. Plusieurs fois, à l'annonce d'avances ennemies, les blessés furent répartis dans des maisons accueillantes ; choix délicat pour ces personnes, car la découverte d'un blessé chez eux entraînait l'exécution de tous les membres de la famille.

À l'hôpital, la question du matériel était une préoccupation importante. Il fallait improviser,

mais aussi prévoir. Il fallait une marge de matériel suffisante pour suffire aux soins d'un apport massif toujours possible de grands blessés. Un apport de 100 à 200 blessés pouvait arriver en cas d'attaque massive des forces allemandes. Aussi, un centre d'hospitalisation avait été installé au village du Fraysse, dans une école d'agriculture, pouvant recevoir une cinquantaine de blessés. On avait rassemblé là des lits, des draps, des couvertures, du matériel à pansement en quantité assez importante, des antiseptiques et tous les produits pharmaceutiques nécessaires. En fait, le centre de Fraysse fut un hôpital préparé qui ne fonctionna jamais.

Parallèlement à cela, et conformément au principe de la dispersion, des centres hospitaliers étaient créés en différents endroits. Dans le sous-secteur de Ribérac par exemple, le groupe Éric installait un hôpital de campagne dans un petit château des environs de Celles. Le docteur Six en prit la direction, assisté du docteur Clément et par un personnel infirmier numériquement restreint mais très compétent.

À la libération, ce centre avait reçu au total une soixantaine de blessés. À tous les blessés était établi un certificat détaillé des circonstances et de l'état des blessures et des soins reçus ; une copie de ce certificat était remise au service de santé militaire qui, à cette époque, commençait alors à se recréer.

Les blessés et les interventions

Dans une guerre régulière, le nombre des blessés excède de beaucoup celui des morts. Dans la guérilla que menèrent les maquis pendant cette période, ce fut le contraire. Des statistiques certes incomplètes, il ressort qu'en Dordogne, il y eut un blessé pour quatre tués environ. Il faut noter également que nombre de blessés, qui ne pouvaient être récupérés par leurs camarades après un repli forcé, étaient fusillés sur-le-champ. D'ailleurs, de nombreux tracts furent distribués : *"Quiconque poursuit la lutte et ne dépose pas les armes sera considéré comme franc-tireur et fusillé sans rémission"*.

Le 22 juin, le groupe Rolland, cantonné au château de Lafeuillade, était attaqué par les troupes allemandes. Après un vif combat, les hommes étaient obligés de se replier. Seuls restaient sur place un grand blessé et l'infirmier porteur d'un brassard à croix rouge. On les retrouva plus tard tous deux exécutés. À noter tout de même une exception : un homme du groupe Rolland, blessé à l'abdomen, fut opéré et soigné à l'hôpital allemand de Périgueux.

De tout ceci, il découle la conséquence logique que, de tous les blessés soignés, la majeure partie pouvait marcher ; 10 seulement de ceux qui furent soignés par le service de santé de Dordogne-centre étaient atteints par des éclats d'obus, donc polytraumatisés. Le reste représentait des traumatismes de la partie supérieure du corps : thorax, membre supérieur, face et crâne. Enfin, il s'agissait d'hommes jeunes, en pleine santé, d'un courage et d'un sang-froid à toute épreuve. Leur état physique et leur calme sont peut-être une des raisons pour lesquelles on ne vit que très peu de choqués.

Le capitaine Éric, grièvement blessé le matin même, avec section de l'artère poplitée et violemment choqué, donnait encore des ordres de son lit et se réjouissait en entendant le bruit des canons de 75 qu'il avait pris à l'adversaire quelques temps auparavant et qu'il avait ce jour-là donné ordre d'essayer.

En ce qui concerne les interventions chirurgicales, il est difficile de se faire une idée exacte des ennuis de tous ordres, du temps perdu, du surcroît de travail que peuvent entraîner les opérations effectuées dans un hôpital improvisé, où font défaut à la fois personnel spécialisé et matériel nécessaire. Pour une intervention chirurgicale, le chirurgien devait ramasser le blessé, assurer la plupart du temps les différents rôles de brancardier, chauffeur d'ambulances, infirmier de salle d'opérations, s'occuper lui-même des soins de literie, de la stérilisation, de la préparation des instruments, des soins postopératoires...

Les ennuis ne venaient d'ailleurs pas tous de l'insuffisance du personnel. Il fallait aussi se débattre au milieu des difficultés sans nombre engendrées par la pénurie du matériel. Si certains articles étaient en abondance, d'autres faisaient cruellement défaut. Le coton ne manquait pas, la gaze non plus. Un dépôt militaire, récupéré par les soins du groupe, avait permis un approvisionnement largement suffisant. Tous les désinfectants nécessaires étaient en quantité suffisante : alcool, éther, iode, sérum antitétanique d'ailleurs périmé, mais encore efficace. Les

sulfamides étaient employés de façon systématique : localement, par voie buccale ou sous-cutanée. Les médecins utilisèrent presque exclusivement le Dagénan en comprimés, le Soludagénan et l'Exoseptoplix. Il semble que les résultats obtenus permettent d'affirmer qu'ils ont, à titre préventif, contre toutes les infections chirurgicales une action certaine. Immobilisation plâtrée et pansements ajoutaient aussi leur action favorisante. À ce propos, on peut donner une idée des ennuis matériels que rencontraient à chaque instant les médecins : par manque de tarlatane, ils devaient faire des bandes plâtrées avec des morceaux de drap ou de toile de sac.

Le reste était fourni par une pharmacie civile de Vergt, tenue par M^{me} Boudaud. Seuls restaient introuvables les sérums antigangréneux et antistreptococciques.

Par contre, les instruments chirurgicaux étaient rares. Une petite trousse d'urgence avait été péniblement constituée, mais elle fut détruite par l'ennemi. Lors d'une attaque allemande, le feu fut mis à tout le camp avec destruction de tous les instruments ; pour la recréer, un homme fut envoyé auprès du docteur Poinot qui put procurer quelques instruments indispensables : bistouris, ciseaux droits et courbes, une douzaine de pinces de Kocher, quelques pinces à champ, un couteau à amputation, une paire d'écarteurs de Farabeuf, un écarteur de Gosset, une scie. Mais les instruments spécialisés manquaient. Pour un abcès extradural de Pott, consécutif à un enfoncement crânien par éclat de grenade, le docteur Gausson avait emprunté au menuisier de Vergt des burins fort bien affûtés, mais dont l'aspect était aussi peu chirurgical que possible. Leur tranchant ne fut d'ailleurs guère mis à l'épreuve car l'enfoncement qu'avait provoqué l'abcès et qui, faisant couvercle, l'empêchait de s'extérioriser, était à ce point nécrosé qu'il aurait été même possible de l'extraire avec une pointe de bistouri ou de ciseaux.

Les locaux qui tenaient lieu de salle d'opération n'avaient guère de ressemblance avec les salles classiques, même les plus modestes. Que ce fut dans la pièce de l'infirmerie ou dans une cuisine de ferme, les conditions étaient sensiblement les mêmes. Une table ordinaire, un lit, voire même un brancard, servaient de table d'intervention. Le jour, les opérations avaient lieu à la lumière du soleil. La nuit, il fallait souvent, par manque d'électricité, utiliser la lumière d'une lanterne tenue à bout de bras. Les conséquences étaient parfois assez inattendues. La nuit du 6 juillet 1944, opérant un blessé atteint de deux balles, ayant provoqué une plaie pénétrante du poumon associée à une plaie de la fesse gauche avec sortie dans la région testiculaire, il fallut par deux fois distribuer des soins au porte-lanterne qui s'était évanoui.

Il y avait peu de moyens de stérilisation à part le flamage et l'ébullition. Le coton et les compresses stériles, qu'apportait parfois une assistante sociale de Périgueux, ne pouvaient suffire aux besoins. D'ailleurs, cette question de l'asepsie qui préoccupait les chirurgiens au début, avec les premiers résultats acquis grâce aux sulfamides, passa au second plan. Dans les derniers temps, pour les cas pressés, les opérations s'effectuaient à mains nues avec des instruments simplement trempés dans une solution alcoolique ou formolée employant les compresses et le coton des paquets standard du service de santé de l'armée, que l'on ne pouvait pas cependant considérer comme stériles.

Le matériel d'anesthésie faisait également défaut. Le chloroforme vieilli, trouvé dans les pharmacies, paraissait dangereux, ainsi que le chlorure d'éthyle peu employé pour les interventions importantes. La rachianesthésie, qu'il eut été facile d'utiliser, n'avait presque aucune utilité car les blessures des membres inférieurs étaient excessivement rares. L'anesthésie locale n'avait pas non plus de grandes indications, et ne servait guère que pour des extractions de projectiles ou pour les petites amputations. La morphine intraveineuse ne procurait malheureusement qu'une anesthésie incomplète. Les chirurgiens en firent cependant un assez grand usage. Voici un exemple où elle fut utilisée.

"Il s'agissait d'un homme blessé le 4 juin 1944 qui présentait une blessure de l'avant-bras droit avec un orifice d'entrée légèrement à droite de la base de l'olécrane et un orifice de sortie large comme une pièce de cinq francs sur la face antérieure de l'avant-bras, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Cet orifice laissait sortir un gros paquet rougeâtre fait de muscles, d'esquilles osseuses et d'un hématome coagulé et sous tension. L'anesthésie fut pratiquée avec 3 centigrammes de morphine dont un intraveineux. L'intervention se fit aux prix de souffrances assez vives. Une incision, agrandissant le trou de sortie, permit une exploration digitale. Le radius était littéralement broyé sur les trois quarts de sa longueur, le cubitus également fracturé en de

nombreux endroits était moins atteint. Après épluchage, esquillectomie soigneuse, un plâtre circulaire fut appliqué et laissé en place une huitaine de jours. Les suites opératoires furent excellentes ; il n'y eut pas de suppuration. Un mois plus tard, le blessé était envoyé en convalescence dans une ferme des environs".

La morphine ne pouvait malheureusement pas convenir aux interventions abdominales. Pour ces raisons de technique d'anesthésie, et en raison aussi de la situation militaire assez inquiétante, les chirurgiens crurent bon de laisser refroidir deux appendicites aiguës. Les malades honnêtement instruits du dilemme, préférèrent le risque de la péritonite à celui de la découverte par l'ennemi qui aurait pu résulter de l'immobilisation postopératoire.

L'attribution, par le docteur Meredieu, d'un masque d'Ombrédanne et de quelques ampoules de Balsoforme fit diminuer les difficultés de l'anesthésie générale. Le rôle d'anesthésiste fut confié à une infirmière et à défaut un volontaire fut choisi parmi les convalescents. Les opérations importantes s'effectuaient à deux. Deux personnes n'étaient d'ailleurs pas de trop pour une intervention où l'acte chirurgical proprement dit ne constituait qu'une partie du travail. Il fallait souvent lâcher la pince ou les ciseaux pour surveiller le blessé, examiner l'état de sa pupille ou de son pouls, ou venir en aide aux assistants. Il fallait s'arrêter parfois pour orienter la table et obtenir un meilleur éclairage, distribuer des conseils sur la manière d'ouvrir un tube de catgut, de fabriquer un drain ou une mèche, bref, mille petits détails qui agacent et font perdre du temps.

Les tables d'intervention manquaient beaucoup. Le malade était opéré, couché sur une table ordinaire ou le plus souvent sur un lit. Le patient était toujours beaucoup trop bas et, de ce fait, le chirurgien était extrêmement gêné. D'ordinaire, il n'était pas attaché et toute une série d'hommes énergiques le maintenaient solidement. Il fallait donc évoluer parmi un groupe de personnes dépourvues de formation chirurgicale. L'anesthésie produisait toujours sur ces hommes, peu habitués à la chirurgie, une forte impression car les opérations s'effectuaient sur des malades à la limite du sommeil et qui s'agitaient énormément. À la fin des séances opératoires, l'opérateur, couvert de sang, fatigué, souffrait du dos en raison de sa position inconfortable.

Activités médico-légales

À l'occasion, la fonction de médecin légiste incombait aux chirurgiens. Non pas pour constatation de décès, mais pour apprécier sur les cadavres la cause de la mort. Des différentes constatations, il ressort nettement que les troupes allemandes achevèrent systématiquement les blessés. Quelques exemples le prouvent :

Durant l'attaque du PC Ancel à la Porcherie, un homme tombe à un moment où la progression de l'ennemi ne permet pas de porter secours au blessé. Une demi-heure après, de retour auprès du blessé, les constatations sont les suivantes : l'homme est atteint de deux balles dont une dans la région thoracique, et l'autre dans la tête avec orifice d'entrée dans la région occipito-bulbaire et sortie dans la région malaire gauche.

La blessure thoracique, à trajet antéro-postérieur, a manifestement été faite la première. La seconde, à bout portant, est simplement un coup de grâce.

L'adjudant Wirth, trouvé dans le bois où il s'était réfugié à quelques cent mètres de la position de combat, présentait un orifice d'entrée à l'hypochondre gauche, un orifice de sortie dans la région postéro-latérale de l'hémithorax droit, plus une blessure de la nuque par coup de feu tiré à bout portant.

Plus loin, un homme était retrouvé le massif cranio-facial intégralement écrasé, les poignets présentant des traces de striction violente, atteint d'une dizaine de balles de mitrailleuse.

Il s'agissait là d'un cas formel d'exécution de prisonnier. On pourrait multiplier les exemples.

Il faut signaler tout de même que, d'après le docteur Gaussen, quelques blessés furent soignés par des médecins de la Wehrmacht, mais ils furent rares.

Évidemment, chaque blessé, chaque opération faisait l'objet d'un rapport détaillé des circonstances de survenue, du traitement et des séquelles, qui sera remis plus tard aux autorités militaires françaises. Tous ces rapports serviront plus tard aux blessés pour prouver l'origine de leurs séquelles.

Les médecins de la Résistance étaient souvent sollicités pour de délicats problèmes psychologiques. Les chefs, qui avaient à juger et à condamner les gens responsables de dénonciation, de collaboration avec l'ennemi, de port d'armes contre la Résistance, étaient parfois très embarrassés pour apprécier le caractère des accusés. Bien des individus, qui s'étaient rendus coupables d'actions criminelles, étaient des débiles mentaux. Il y avait des imbéciles, des diminués chez qui l'inconscience, une cupidité puérile, la peur, étaient des cordes que les allemands utilisaient dans leurs desseins policiers. À côté de ces gens, effectivement coupables, sinon responsables, il y avait ceux que la rumeur publique accusait par méchanceté, jalousie, ou passion politique, et aussi ceux dont la bêtise ou la peur était seule responsable de leurs ennuis. Ce sont surtout les débiles qui posaient un problème redoutable. Ils furent toujours l'objet de mesures particulières en cherchant toujours à minimiser les délits invoqués. Il fut reproché au groupe par la population d'être trop clément. Les médecins eurent pour eux la satisfaction de n'avoir pas favorisé l'exécution d'innocents.

Les incorporations

Dans une armée régulière, les nouvelles recrues ne sont incorporées qu'après visite médicale au cours de laquelle les procédés les plus subtils sont mis en œuvre pour éliminer les malades et les déficiences morales ou physiques. Il n'en fut pas de même au maquis où les hommes étaient parfois loin de présenter ce parfait état de santé jugé indispensable aux combattants.

Saisissant l'occasion qui leur était donnée d'être soldat au moins une fois dans leur existence, des malades, voire même des infirmes, vinrent s'enrôler dans les rangs de la Résistance. La liste de toutes les infirmités rencontrées serait longue. Cependant, la possibilité de revendications ultérieures posait un problème assez délicat, et la solution en était très malaisée. De plus, le renvoi dans les foyers était une solution dont il était moralement difficile d'accepter les risques. En effet, durant les quelques mois qui précédèrent la Libération, une absence de quelques jours attirait très vite les soupçons des autorités occupantes.

Tout homme qui rejoignait les rangs du maquis était vite connu et déclaré hors la loi. Il ne pouvait plus dès lors réintégrer la vie civile. La démobilisation des inaptes était donc une solution inacceptable. Soucieuse d'éliminer revendications et contestations ultérieures, la Direction du service de santé départemental FFI décida de dresser un bilan détaillé des tares et affections éventuelles présentées par chaque partisan. Des instructions précises furent envoyées dans ce sens à tous les médecins de groupe. Chacun fut alors soumis à un examen médical au cours duquel une fiche était établie. Sur cette fiche étaient notés les noms de l'intéressé (nom véritable et pseudonyme), sa date de naissance, son domicile, son unité, bref toutes les indications nécessaires pour établir l'état civil. La partie médicale comprenait d'une part l'histoire des antécédents, d'autre part, le bilan des affections cliniquement décelables présentées éventuellement par l'intéressé.

Ignorant le but réel de ces examens, sachant qu'ils ne seraient en aucun cas renvoyés dans leurs foyers, les hommes se prêtèrent de bonne grâce à toutes ces investigations et donnèrent en toute franchise les renseignements nécessaires.

Voici brièvement le cas d'un de ces inaptes : "Au groupe Ancel se trouvait un jeune homme porteur d'un pied-bot d'origine traumatique. Il avait rejoint le maquis, échappant ainsi au travail outre-Rhin dont ne le dispensait pas son infirmité car les allemands se montraient à cet égard beaucoup moins difficiles que nos médecins militaires. Il fut tour à tour coiffeur, son métier habituel, cuisinier, garde-magasin, armurier, et participa même à quelques opérations militaires. Il fut blessé au cours de la campagne d'Alsace lorsque le groupe Ancel fut rattaché en octobre 44 à la 1^{ère} Armée française. Il ne causa qu'un seul ennui : ce fut le jour où l'intendant, examinant les comptes de l'officier de détails, découvrit une somme d'argent portant en regard cette mention : achat d'une paire de chaussures orthopédiques..."

L'hygiène des cantonnements et l'alimentation

Durant les courts instants où les conditions militaires étaient favorables, l'hygiène des cantonnements était grandement facilitée par l'occupation de maisons abandonnées ou même de châteaux. Par contre, lorsqu'il fallait vivre dans les bois pour éviter d'être trop facilement repérés et surpris, l'organisation de l'hygiène du camp devenait un véritable problème. En voici les

grandes lignes.

Militairement, il fallait un endroit mal repérable sur la carte, d'où il était facile de fuir et que l'on puisse aisément défendre au besoin. Il le fallait près d'une route pour en assurer le ravitaillement. En ce qui concerne plus particulièrement une collectivité de blessés, cet endroit devait être ombragé dans cette période de juin, juillet, août. Il fallait de l'eau enfin.

Voici la description du camp de Durestal dans la région de Saint-Alvère au mois de juin 1944.

"Il était situé près d'une route, et invisible de celle-ci, à côté d'une ferme qui fut d'ailleurs rapidement brûlée par l'ennemi. Il y avait là aux environs du 12 juin près de 1200 hommes. Ce camp était sur une colline recouverte de jeunes châtaigniers d'une hauteur approximative de 3 à 4 mètres, dont les pousses fournissaient un ombrage constant tout particulièrement agréable. Les hommes, répartis par petits groupes, avaient créé de véritables huttes en rassemblant sans les couper les jeunes tiges par leurs parties supérieures. Quelques abris souterrains avaient été construits par le groupe Mireille, qui avait précédé le groupe Ancel à cet endroit. Dans l'un deux, était entreposée la viande. Un autre servait de PC et de dépôt de munitions. En somme, il n'existait pas de possibilité pour les hommes d'être abrités même de façon sommaire, mais heureusement, le temps était beau.

La question de l'eau potable était beaucoup plus angoissante que le mauvais temps. Le camp devait toujours être constitué près d'un point d'eau. Il semble que les forces allemandes aient ignoré cette notion tactique que les partisans devaient toujours se trouver à proximité des points d'eau importants. Ceux-ci sont rares en Dordogne. À Durestal, la seule source qui se trouvait dans le camp était importante mais contenait une eau assez impropre à la consommation. De plus, le point d'eau était au point déclive du camp. Avec la pluie des orages, tous les détritiques du camp pouvaient être entraînés vers ce point et les diarrhées ne manquaient pas de se généraliser. En fait, celles qui apparurent furent causées plus par l'excès de viande que par la contagiosité. Les soins de propreté étaient laissés, quant à eux, à l'initiative personnelle. Seule, l'éducation physique était menée de façon rationnelle".

En ce qui concernait l'alimentation, il appartenait au médecin de contrôler parfois les arrivages pour éviter si possible, les déséquilibres alimentaires. Dans l'ensemble, la nourriture des hommes fut largement assurée par la polyculture qui caractérisait l'agriculture du Périgord et grâce à la générosité de ses habitants. Les légumes et les fruits étaient pratiquement toujours offerts. La viande provenait des bêtes achetées dans les fermes et abattues dans les camps ou dans les boucheries civiles. Le pain était fait avec la farine prélevée par réquisition dans les moulins du pays. Le vin provenait des propriétés des alentours mais surtout d'arrivages du secteur sud de la Dordogne, et des interceptions sur routes pratiquées par les camions destinés au ravitaillement adverse. Le tabac était enlevé de tous les bureaux connus. La Régie de Périgueux et des villes importantes connurent même des "razzias" à main armée. Les buralistes eux-mêmes prenaient soin d'avertir des arrivages. La population civile fut certainement un peu frustrée par cette façon de faire, mais les buralistes non récalcitrants étaient d'ordinaire intégralement payés.

Il y eut néanmoins, des périodes très dures pour le ravitaillement. Elles coïncidaient toujours avec une offensive des colonnes allemandes qui, sillonnant les routes, gênèrent la circulation des camions. Le pain manqua à plusieurs reprises ; c'était l'époque des difficultés habituelles de la "soudure". Le maquis, comme les civils, en sentait la répercussion, mais, plus entreprenant, il put mieux y remédier. Le manque de pain était toujours très mal supporté par tous. Il fut un temps où le groupe Ancel sans pain, ni légumes, dut vivre presque exclusivement sur les 3 000 boîtes de sardines à la tomate qu'il avait en stock, fruit d'un larcin pratiqué à Marsac sur quelques wagons de ravitaillement destinés aux troupes cantonnées en Belgique. Les hommes mangeaient alors couramment 10 à 20 boîtes de sardines par jour sans qu'il y eut, outre le dégoût, d'inconvénient à cet écart forcé de régime.

L'excès de viande par contre, parut toujours plus difficile à supporter. Cela durait parfois trois jours sans pain, sans légumes, sans vin, avec, pour toute nourriture, qu'un morceau de viande bouillie et pas très fraîche. L'arrivée providentielle de féculents après des "orgies" de viande soulageait mieux le service médical et les hommes que l'opium ou le sous-nitrate de bismuth, car les diarrhées fétides ne manquaient pas de se généraliser.

La graisse et l'huile étaient toujours vivement appréciées car elles permettaient de mieux

préparer les aliments. Introuvables dans les dépôts, elles provenaient surtout des réquisitions ou confiscations. À ce point de vue, c'est toujours après entente préalable avec les autorités locales civiles et religieuses, qu'était confisqué là un gros porc, ailleurs, des pots de graisse accumulée en quantité excessive chez des personnes dont la réputation de collaborateur ou de trafiquant du marché noir était nettement établie.

Il arrivait parfois que des convois précieux furent interceptés sur la route. C'est ainsi qu'un jour, l'ordinaire fut amélioré au groupe Ancel avec du chocolat, des gâteaux secs, de la pâte de fruit et du vin fin. À ce sujet, les médecins servaient parfois de conseillers techniques quand il s'agissait de savoir si tel camion et les denrées qu'il transportait devaient être considérées comme nécessaires ou non à la population civile. C'est ainsi que le commandement fit rendre des farines lactées destinées aux enfants de Bergerac. Tout ce qui circulait sous l'enseigne de la Croix-Rouge était toujours systématiquement épargné.

Au vu de cet exemple du service de santé dans le maquis, plus ou moins dénué de véritable organisation sanitaire précise, on voit difficilement le rôle qu'ont joué les émissaires du CMR pourtant si actifs en d'autres lieux. Peut-être faut-il en rechercher l'explication dans l'échec d'une tentative d'organisation en juin 1944 par le D^r Fontaine. Peut-être aussi chaque maquis était-il différent, tributaire en grande partie de la configuration géographique des lieux. Il n'était pas possible d'appliquer un type d'organisation établie à l'échelon national ne faisant aucun cas des difficultés locales particulières.

Quant aux parachutages alliés de matériel médical, s'ils furent inexistant dans le secteur centre de Dordogne, il ne semble pas qu'ils furent très nombreux ailleurs.

Pourtant, il faut reconnaître que l'action du CMR fut efficace sur plusieurs points. Nous allons essayer, avec quelques exemples rapportés par des témoins directs, de retrouver son action qui eut certainement le mérite de créer l'unité des différents groupes sanitaires en instaurant le service de santé national de Résistance.