

ASKLÉPIOS

Directeur de publication : Olivier Farret – Rédacteur en chef : François Eulry

Imprimeur : ECMSSA route de Fontaine à Mignan, 45300 Chanteau - Prix : 5 euros – Dépôt légal : décembre 2019 –

ISSN : 2677-5174

numéro 3

Sommaire

<i>Le mot du président</i>	1
<i>Le mot du rédacteur-en-chef</i>	2
<i>Hommage au MGI François Scléar</i>	2
<i>Le retour de la médecine aéronautique au Val-de-Grâce</i>	3
<i>La petite histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle</i>	5
<i>La médecine militaire française à Canton (deuxième partie)</i>	9
<i>Connaissance du Val-de-Grâce : du réfectoire des moniales à l'amphithéâtre Rouvillois</i>	14
<i>La mobilisation du Service de santé en 1939</i>	16
<i>Le président René Coty en visite à l'hôpital du Val-de-Grâce</i>	18
<i>Colloque et exposition à venir : quinine et paludisme (mai 2020)</i>	18
<i>Lu pour vous</i>	18
<i>Annonce de l'Assemblée générale (exercice 2019, janvier 2020)</i>	20

Le mot du Président

En juillet 2019, le Haut Comité d'Évaluation de la Condition Militaire (HCECM) publiait son 13^e rapport consacré cette année à « la mort, la blessure, la maladie » auxquelles sont confrontés les soldats. (www.defense.gouv.fr, onglet « Vous et la Défense »). Depuis 50 ans, 634 militaires des armées sont morts en opérations et 12 500 soldats ont été blessés depuis 1993 ; la plupart sont des blessés psychiques souffrant d'un syndrome post-traumatique. Ils avaient choisi le *métier des armes* « pour la défense de la patrie, et des intérêts supérieurs de la Nation ». Cela exige « en toute circonstance un esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême ». Comme le souligne le président du HCECM, « les militaires tués ou blessés en opération ne sont pas des victimes ». Fiers de leur engagement, les militaires en sont pleinement conscients. Le rapport évoque aussi le sacrifice des militaires de la gendarmerie, de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris et du bataillon des marins pompiers de Marseille, en première ligne dans leurs différentes missions de protection de la population civile.

Ce rapport rend hommage au Service de santé des armées (SSA), à travers l'excellence de la « médecine de l'avant », un atout fondamental des armées en opérations. Raisonnent alors les noms de Larrey, Percy, Desgenettes et tant d'autres... Pour le combattant, c'est la garantie qu'en cas de blessure, il sera soigné le plus rapidement et dans les meilleures conditions. Chaque année, 1 800 personnels du Service de santé sont projetés en opérations pour le soutien médical. Le Haut Comité considère que la sauvegarde des capacités du SSA, et même leur renforcement, sont une nécessité. Rappelons la devise du SSA : « Votre vie, notre combat ». Dans ce lien entre la Nation et les forces armées, l'AAMSSA s'efforce, par ses activités en particulier son Comité d'histoire, les colloques, les visites commentées du musée, la proposition d'expositions temporaires, de sensibiliser le monde civil à l'histoire de la médecine aux armées.

MGI (2s) Olivier Farret

Le mot du rédacteur-en-chef

Voici le dernier numéro d'Asklépios pour 2019. C'est aussi le dernier que *l'Établissement central du matériel du SSA (Orléans)* édite : son imprimerie cesse ses activités le 30 novembre 2019. En votre nom, je lui rends hommage, ainsi qu'à ses chefs successifs, pour sa disponibilité et la qualité de son travail au profit de l'AAMSSA, grâce en particulier à *Mr Patrick Goubie* (chef du service de productions), à ses équipes et ses collègues. Ce numéro vous mènera chez un directeur central d'exception, à l'ancienne école d'application du Service de santé de l'armée de l'Air, dans le Canton de l'entre-deux-guerres, vous contera l'histoire du fauteuil roulant ou le réfectoire des moniales du Val-de-Grâce, futur hôpital où nous accueillerons le président René Coty, après un regard interrogatif sur l'état du SSA mobilisé pour la seconde guerre mondiale. Notre service vit aujourd'hui une période difficile : il a plus que jamais besoin de cohésion, de soutien ; l'AAMSSA y prend sa part, grâce à vous, même si vos contributions tardent encore, attendues avec impatience !

MGI(2s) François Eulry

Hommage au MGI François Scléar

(NDLR : Il y a 15 ans disparaissait le MGI François Scléar, ancien directeur central qui laissa au SSA une œuvre remarquable ; celle dont bénéficia le musée et la création, à sa demande, de l'AAMSSA nous sont très chères. Nous reproduisons ici le texte que rédigea notre ancien président d'honneur, le regretté médecin général inspecteur Charles Laverdant, lui-même décédé le 1^{er} décembre 2018 (cf *Asklépios* n°1)

Le MGI Scléar, ancien directeur central du Service de santé des armées (SSA), de 1984 à 1989, s'est éteint le 28 août 2004 à l'hôpital Percy où, depuis plusieurs mois, il faisait face à la maladie avec courage et dignité. Selon son vœu, ses obsèques ont été célébrées dans la stricte intimité familiale, sans que le moindre hommage public lui soit rendu et sans que l'accompagnent ses amis ou anciens collaborateurs.

Le MGI François Scléar (à droite) avait une très grande estime pour le directeur de l'École du Val-de-Grâce, « son » académicien. L'École en a largement bénéficié (NDLR)



Nul, parmi ceux qui le connaissaient bien, ne s'est étonné d'une telle réserve tant il avait pour les marques de vénération et pour les allocutions une aversion non dissimulée. Si les actuelles autorités du Service ne peuvent que respecter une telle humilité, il n'en va naturellement pas de même pour d'autres qui se doivent de témoigner et de rendre hommage à l'exceptionnelle personnalité de François Scléar.

Sa haute stature, son élégance naturelle, un regard à la fois sceptique et optimiste et des propos de bon sens toujours émaillés de réparties malicieuses ne laissaient jamais ses interlocuteurs ou ses subordonnés indifférents. Il fut, sans nul doute, un homme d'autorité dont l'ascendant et le prestige allaient de pair avec une simplicité non affectée et dont la clairvoyance et le jugement forçaient l'admiration. Les nombreuses entreprises élaborées au long de son mandat devaient confirmer ses qualités de décideur unanimement appréciées.

Parmi quelques-uns de ses projets (naturellement suivis de leur réalisation) figure le musée du SSA. Au titre d'ancien directeur de celui-ci, puis de président de l'Association des amis, je souhaite évoquer brièvement l'engagement du MGI Scléar en rappelant qu'on lui doit l'instruction du 6 décembre 1988 portant « organisation et fonctionnement du musée » et parallèlement la création d'une « association des amis du musée. » Il en élabora lui-même les articles avec l'aide du pharmacien général Meunier. Cette instruction (aujourd'hui remplacée par un texte de 1999) entraîna la rénovation complète des procédures, locaux et objets, parvenus au fil des années à un imaginable degré d'altération. En 1987 il décida la fermeture temporaire des lieux pour que l'opération soit menée à bien, obtenant au moment de la restauration du cloître du Val-de-Grâce, les très importants et indispensables crédits. Enfin, il créa opportunément le poste de conservateur. Ainsi témoignera-t-il, comme en bien d'autres domaines (nouvel hôpital Percy, École d'application, CERMA¹, etc.), de l'intérêt qu'il portait aux formations techniques du Service.

Beaucoup se souviennent que le Corps enseignant apprécia un tel engagement. Au grand complet, il tint même à recevoir le directeur central en octobre 1988 à la veille de son départ. C'était là, assurément, une invitation inhabituelle, peu protocolaire mais riche de sens. Il y eut, dans cette

¹ Centre d'enseignement et de recherche de médecine aéronautique

présence unanime, la marque de reconnaissance d'une personnalité d'exception. Dépassant la gratitude due à une apparente générosité (aisée au demeurant puisque les moyens existaient), un tel rassemblement témoigna en réalité d'une confiance sereine et d'une fraternité de cœur. En accueillant le directeur, les professeurs et les agrégés rendirent ainsi sensible une relation à la fois confuse et sûre entre lui et un groupe dévoué, le désignant comme l'un des siens. Que le MGI Scléar (dont la carrière se déroula hors du sérail) ait alors accepté cette invitation unique se révéla en retour un symbole très significatif. De cette manière, le "patron" confirmait que s'il avait prescrit, enjoint, dirigé et même... commandé, ce fut comme un membre fidèle d'une communauté d'idées et d'action, au service permanent de l'Institution et plus spécialement de ses rouages essentiels.

Le SSA ne saurait donc oublier celui qui dirigea si brillamment en homme avisé et généreux et, me semble-t-il, lui devait ce modeste hommage.

MGI Charles Laverdant (†)

Membre de l'Académie de médecine

Président d'honneur de l'Association des amis du musée du SSA au Val-de-Grâce

Le retour de la médecine aéronautique au Val-de-Grâce

Les murs de l'École du Val-de-Grâce (EVDG) ont accueilli récemment de nouvelles plaques de marbre (*ci-dessous*) qui évoquent trente-huit années d'histoire de la médecine aéronautique au sein du Service de santé des armées (SSA). Il s'agit de la liste des *professeurs agrégés et titulaires de la chaire de Médecine aéronautique et spatiale* qui ont assuré entre 1955 et 1993 l'enseignement de cette nouvelle spécialité médicale.

Un panneau de fabrication rudimentaire matérialisant cette liste existait autrefois à l'Institut de médecine aérospatiale du Service de santé des armées (IMASSA) mais il avait disparu lors de l'édification de l'Institut de recherche biomédicale (IRBA) à Brétigny. Avec l'accord et le soutien matériel de la DCSSA et de l'EVDG, le MGI (2s) Bruno Pats a entrepris de reconstituer cette liste et de la faire graver dans le marbre, selon l'usage toujours en cours pour le corps professoral du SSA.

Cette période 1955-1993 est encadrée par deux décrets, celui du 12/01/1955 (décret 55-83) portant création du Centre d'enseignement et de recherche de médecine aéronautique (CERMA) par fusion du Centre d'études de biologie aéronautique (CEBA) et de la Section médico physiologique



Médecin général Jules Beyne

de l'armée de l'Air (SMPAA) et celui du 2 août 1993 (décret 93-1011) créant une école d'application du service de santé des armées, unique, devenue l'École du Val-de-Grâce (EVDG).

Ce fut là une époque particulièrement dynamique, portée par les progrès fulgurants de l'aviation militaire sous la pression de la guerre froide, l'exploitation commerciale



de l'aviation civile et les premiers pas de l'homme dans l'espace.

En fait, la création d'une école d'application au sein du CERMA, en 1955, n'était que l'aboutissement des efforts entrepris depuis le début du siècle par quelques précurseurs dont il convient de ne pas oublier le mérite :

Le premier est le médecin général Jules Beyne (1880-1968), qui dans l'entre-deux guerres développa au Val-de-Grâce des travaux originaux pour comprendre les contraintes vitales auxquelles étaient exposés les aviateurs et mettre au point des moyens de protection. Il mit également sur pied une organisation pour assurer la sélection et la surveillance médicale des pilotes de l'armée de l'air, ce qui le conduisit dans un second temps à entreprendre la formation des médecins hospitaliers et opérationnels, impliqués dans cette tâche.

Le médecin et député Eugène Chassaing (1876-1968), soutenu par le Général Lyautey, créait alors l'aviation sanitaire largement utilisée au Maroc et au Levant. Elle sera ensuite développée en métropole par Robert Picqué. En milieu civil, recherche et expertise médicale étaient pratiquées par le Docteur Paul Garsaux (1882-1970) sur l'aérodrome du Bourget au sein d'un laboratoire moderne, le pavillon Paul Bert, lequel sera malheureusement détruit en 1940 dans un bombardement.

Collaborèrent avec Beyne au Val-de-Grâce et lui succédèrent, le futur médecin général inspecteur George Goett (1886-1979), originaire de l'École de santé navale, qui créa en 1940 le Service de santé de l'aviation puis le futur médecin général inspecteur Pierre Bergeret (1894-1980), principal artisan du décret de 1955.

Après la deuxième guerre mondiale, recherche, expertise médicale et enseignement sont repris par le médecin général Robert Grandpierre (1903-1984), également professeur à la faculté de médecine de Nancy. Successivement directeur du CEBA puis du CERMA (1945-1963), sa continuité à ces postes, sa haute compétence, et son sens relationnel permirent au Service de santé des armées de prendre en France le leadership médical en matière de médecine aéronautique et de se hisser au niveau international après les désastres des années précédentes. Le CERMA était installé dans un bâtiment édifié boulevard Victor, sur le site de l'État-major de l'armée de l'Air. Recherche et enseignement reprirent très rapidement et dès 1946, le brevet de médecine aéronautique qui avait été créé en 1944 à Alger, fut attribué à 49 médecins. Les stages s'enchaînèrent et s'étoffèrent régulièrement, passant de trois à cinq mois. Ils étaient suivis par un voyage d'étude habituellement hors d'Europe, la logistique étant assurée par l'armée de l'Air. À partir de 1948, les contingents annuels de médecins lieutenants destinés à servir dans l'armée de l'Air, fraîchement issus des écoles du service de santé de Bordeaux et de Lyon, vinrent, après leur soutenance de thèse, y compléter leur formation, comme dans toute école d'application.

Ainsi, dix ans après la fin de la seconde guerre mondiale, le CERMA avait acquis une expérience pédagogique mûrie par des années de réflexions et d'ajustements. Il avait développé un programme centré sur l'aéronautique mais ayant intégré l'essentiel de l'enseignement d'application classique du Service de santé. Il avait regroupé des enseignants, chercheurs et cliniciens bien rodés à la pratique pédagogique et il disposait d'équipements permettant d'effectuer des travaux pratiques bénéficiant de la proximité opérationnelle de l'armée de l'Air.

Il ne manquait qu'un cadre administratif. Ce fut chose faite avec le décret de 1955 qui permit la création au sein du CERMA, d'une école d'application de médecine aéronautique. C'était là, l'aboutissement des efforts soutenus pratiquement depuis le début du siècle en dépit des bouleversements de la guerre.

De 1955 à 1993, 49 agrégés seront nommés au titre de la nouvelle école d'application du Service de santé de l'armée de l'Air (EASSAA). On aurait pu ajouter à cette liste le cas de 9 spécialistes qui préférèrent concourir en milieu universitaire et obtenir des postes de professeur dans diverses facultés de médecine. Ceci donne une idée de la richesse en personnel de qualité dont disposait le service et explique les liens étroits toujours entretenus avec l'université.

L'une des missions de la nouvelle école d'application était d'assurer une formation permettant aux jeunes médecins d'acquérir le brevet de médecine aéronautique. Ce brevet toujours décerné à ce jour, confère une compétence officielle, nécessaire pour exercer en milieu aéronautique national et international, civil et militaire. En plus des médecins français, des praticiens de 35 nationalités différentes l'ont obtenu. Cet enseignement a donné lieu à la rédaction de 148 polycopiés totalisant près de 15000 pages qui ont permis dans un second temps et avec la collaboration de spécialistes civils la rédaction de plusieurs ouvrages collectifs dont le dernier en date a été publié en 1999.

De tout temps, une aide importante fut apportée à l'université pour l'enseignement du Certificat d'études spécialisées (CES) de médecine aéronautique, devenu Capacité en 1984, où de nombreux cours étaient présentés par des professeurs de l'école d'application. A l'université Paris V René Descartes de Paris, la direction de cet enseignement fut assurée de façon continue depuis 1976, et encore actuellement, par trois titulaires de la chaire de physiologie aéronautique du Service de santé de l'Air. Dans les facultés de médecine de Lyon, Lille, et Bordeaux, d'anciens militaires devenus agrégés civils occupèrent ce poste.

L'enseignement a largement débordé le cadre traditionnel de l'école d'application, le corps professoral étant impliqué dans la formation de personnels navigants et d'ingénieurs de l'aéronautique, militaires et civils, pour les

aider à comprendre les contraintes physiologiques et psychologiques auxquelles les performances croissantes des aéronefs soumettaient les organismes.

La recherche a tenu un rôle central dans le dispositif. Les chercheurs, enseignants pour nombre d'entre eux, avaient acquis une expérience spécifique en développant des travaux concernant non seulement les applications aéronautiques mais aussi les ambiances extrêmes, et pratiqué l'ergonomie avant même que ce terme ne soit banalisé.

N'oublions pas l'aviation sanitaire où le Service de santé a joué un rôle de précurseur. Après des débuts rustiques au Levant et en métropole, l'appropriation du savoir-faire des américains pendant la deuxième guerre mondiale, le premier emploi de l'hélicoptère en Indochine, l'adaptation au milieu aérien des protocoles de réanimation les plus sophistiqués, son expérience a servi de modèle pour l'application à l'ensemble de la population civile à partir des années soixante.

En matière d'expertise médicale du personnel navigant (PN) civil et militaire, la compétence des spécialistes du Service a fait et fait toujours référence au sein des centres d'expertise ainsi que dans le rôle d'expert qu'ils jouent auprès du Conseil médical de l'aviation civile (CMAC), trois d'entre eux ayant d'ailleurs assuré la présidence de cet organisme civil de 1961 à 2004.

Enfin, sorte de reconnaissance officielle, le savoir-faire accumulé dans ces différents domaines a conduit les autorités politiques à confier au Service de santé, à partir de 1977, la sélection et le suivi médical des spationautes français, permettant à neuf ressortissants nationaux d'effectuer dix-sept vols dans l'espace. Mais on n'arrête pas le cours de l'histoire. La fin de la guerre froide a bouleversé le contexte stratégique mondial et les armées sont entrées dans une période de réformes profondes auxquelles le Service de santé n'a pas échappé. Celles-ci ont conduit en 1993 à un nouveau décret, le décret 93-1011, qui a regroupé au sein d'une école d'application unique au Val-de-Grâce, l'ensemble des enseignements faisant ainsi disparaître les autres écoles d'application à vocation spécifique dont celle du service de santé de l'Air.

On aurait pu célébrer cet événement comme marquant le retour de la médecine aéronautique au Val-de-Grâce où elle avait fait ses premiers pas 70 ans plus tôt. Cela ne fut pas le cas et sur le moment l'évènement a été plutôt ressenti comme une régression. On peut le comprendre, mais reconnaître aussi que, dans le maelstrom des réformes, c'était l'unique moyen de sauvegarder le savoir-faire acquis en la matière tout au long du XX^e siècle, et notamment pendant ces 38 années particulièrement fécondes que nous osons qualifier d'âge d'or de la médecine aéronautique.

Aujourd'hui, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ont repris le flambeau transmis par les agrégés du Service de santé de l'air, leurs prédécesseurs. Le contexte militaire, la pratique médicale, les aspirations sociétales ne

sont plus les mêmes, et la science a fait des progrès étonnants. Mais dans les hôpitaux, les centres d'expertise médicale, les laboratoires de recherche et les unités aériennes, la médecine aéronautique est toujours très présente. Elle s'est enrichie des travaux des nouvelles générations qui ont su maintenir son niveau d'excellence. Excellence qui comme autrefois fait toujours honneur au Service de santé des armées.

MGI (2s) Jean Timbal

La petite histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle

(Conférence prononcée devant le Comité d'histoire, le 5 juin 2019)

La découverte en salle des ventes d'un fauteuil à roues du 18^{ème} siècle nous incite à évoquer l'histoire du fauteuil roulant à propulsion manuelle.

Le fauteuil dont il s'agit (*ci-contre*) a une structure en bois avec un dossier haut à inclinaison réglable grâce à deux crémaillères. L'assise est recouverte d'un coussin. Il existe un dispositif garde-robe masqué par l'assise. Les accotoirs en bois sont recouverts de cuir, comme le dossier et le coussin d'assise. On remarque deux manivelles à rotation horizontale. Grâce à un système d'engrenage et de roues dentées, la personne assise peut mobiliser elle-même son fauteuil en avant, à droite, à gauche ou en arrière. Les tiges métalliques verticales de transmission sont masquées à l'intérieur des supports d'accotoirs.

Le fauteuil comporte trois roues, deux roues avant pour la traction et une roue arrière pivotante permettant la rotation. Deux petites barres métalliques escamotables dans la partie horizontale des accoudoirs sont utilisables pour poser une tablette devant la personne.

Si l'invention de la roue est très ancienne, au 4^{ème} millénaire avant Jésus-Christ, ainsi que celle de la chaise, comme on a pu en retrouver dans les tombeaux égyptiens, on a peu de représentations de malades, de blessés ou d'infirmités sur ces deux éléments combinés. Certains proposent la représentation d'un personnage, en Chine, sur un véhicule à roues qui daterait de 525 après Jésus-Christ.

De façon autonome, quand c'est possible, les mutilés se meuvent à pied, avec des cannes, ou par la seule force des bras comme l'ont peint beaucoup plus tard Jérôme Bosch



puis Bruegel l'Ancien au 16^{ème} siècle. Des culs-de-jatte utilisent des poignées de bois, des petits chevalets, qui les aident à s'élever quelque peu au-dessus du sol. Une illustration est donnée par le graveur nancéen Jacques Callot en 1633, avec l'eau-forte « L'hôpital » de la série sur les grandes misères de la guerre. Pendant plusieurs siècles, des bi-amputés, assis sur un petit chariot à quatre roues pleines, vont se déplacer grâce à leurs membres supérieurs.

Des peintures ou des gravures montrent des personnes ayant recours à des aides, tel que cela est représenté par Lucas Cranach l'Ancien en 1546 sur « la fontaine de jouvence » avec transport à dos d'homme, en voiture à cheval, en brouette, en voiture à roulettes ou en brancard.

Le premier fauteuil roulant célèbre est celui fabriqué par Jean Lhermitte, valet de chambre de Philippe II d'Espagne, à la fin du 16^{ème} siècle. Ce souverain, miné par la goutte, ne pouvait plus se déplacer, et le fauteuil, certes mû par un tiers, avait quatre roulettes, un dossier inclinable et un repose-pied, avec une possibilité de convertir en véritable chaise longue. Si d'autres fauteuils sont passés à la postérité, comme les « roulettes » de Versailles de la fin du 17^{ème} siècle, cette sorte de fauteuil était toujours, et pour cause, poussé par un tiers.

De tout temps, le fauteuil ou la chaise à roulettes peut être à l'origine d'accident s'ils ne sont pas immobilisés lors des transferts comme cela est rapporté par le *Mercurius Gallicus* le 5 décembre 1778.

On considère volontiers que le premier fauteuil roulant à déplacement indépendant est celui de Stephen Farfler, horloger paraplégique, qui a construit, au milieu du 17^{ème} siècle, un robuste fauteuil en bois sur un châssis à trois roues (*ci-dessous*).



Il inventa l'ancêtre du *velocimane* (page 7), avec grandes roues à l'arrière et manivelle agissant sur la roue avant dentée. Cependant, déjà dans la deuxième moitié du 15^{ème} siècle, un artiste, architecte militaire, Francesco di Giorgio Martini, travaillait sur différents systèmes



mécaniques. On retrouve dans son carnet d'ingénieur la conception d'un engin automobile mû par la force des bras par l'intermédiaire d'un ensemble d'engrenages.

Notre fauteuil roulant correspond schématiquement au principe de la *chaise du cabinet de curiosité de Monsieur Grollier de Servière (ci-dessus)*. Ce type de chaise ou de fauteuil, même s'il est décrit comme un moyen de se « promener » dans un appartement de plain-pied ou dans un jardin sans le recours de personne, est de façon évidente un fauteuil d'intérieur en raison de son poids (utilisation de bois, d'acier, de cuir). C'est un mode de déplacement pour « infirme, invalide, estropié ou malade fortunés ». On connaît l'existence d'autres fauteuils roulants avec le système de manivelle à rotation horizontale datant du début du 18^{ème} siècle, l'un au musée des Arts décoratifs à Paris et l'autre, datant de la fin du 18^{ème} siècle, au musée Carnavalet à Paris : le célèbre fauteuil roulant en bois du conventionnel Couthon. Ces fauteuils ont trois roues comme notre exemplaire.

Il existe aussi le fauteuil roulant richement décoré de Louis-Joseph, fils de Louis XVI, au château du Champ de Bataille. Ses manivelles ont un mouvement rotatoire vertical.

La deuxième partie du 19^{ème} siècle a vu une amélioration rapide de ce type d'aide technique majeure pour l'infirme. Cela a été induit par le nombre important de blessés dû aux conflits, la guerre civile américaine et, au début du 20^{ème} siècle, la Première Guerre mondiale.

L'expansion industrielle et l'apparition de nouvelles technologies ont été primordiales pour permettre d'alléger le fauteuil roulant manuel et faciliter une utilisation plus aisée à l'extérieur d'une habitation. L'influence de la bicyclette avec de grandes roues pneumatiques à rayons métalliques a été considérable. L'utilisation de l'osier sur une structure métallique et la généralisation

des grandes roues à l'avant ont permis une excellente mobilité et ainsi de tourner dans un espace réduit sur des surfaces planes. À partir des années 1880, on note la création d'un second rebord avec une plus petite circonférence à chaque roue. C'est la main courante qui permet de garder les mains propres !

La Première Guerre mondiale va générer de nombreuses demandes d'utilisation pour différents invalides de guerre. Des blessés utiliseront, pour se déplacer, des tricycles à propulsion manuelle (volant levier ou manivelle).



*Tricycle à propulsion manuelle
(Vélocimane Monet-Goyon)*

Le génie inventif de certains, souvent handicapés, a accéléré les améliorations.

C'est notamment le cas d'Herbert Everest, paraplégique depuis 1918 suite à un accident minier (accident de travail), et de Harry Jennings, ingénieur mécanicien, à l'origine de la création, dans les années 1930, du premier fauteuil roulant pliable, moins lourd, en métal. Le pliage permettait de charger le fauteuil dans une automobile et la locomotion facilitait l'indépendance avec une propulsion, par le malade, à l'aide des grandes roues arrière. À ce propos, pourquoi avons-nous vu progressivement disparaître les fauteuils roulants avec les grandes roues à l'avant par rapport à ceux comportant des grandes roues à l'arrière ? Les grandes roues à l'avant facilitent l'accès aux mains courantes, et cela génère moins de contraintes pour les épaules. Mais, si ce fauteuil est très maniable avec un faible espace de giration, il présente des inconvénients à l'intérieur d'un domicile : difficultés notamment pour les transferts latéraux et pour se rapprocher d'une table, et à l'extérieur du domicile : maintien en ligne droite peu aisé et, lors du passage d'obstacles, impossibilité de faire du deux roues.

Il présente également des difficultés pour le démontage des repose-pieds et lors de la propulsion par un tiers.

À partir de la seconde guerre mondiale, en Angleterre, sous l'impulsion de Ludwig Guttmann, le sport a été utilisé pour la réadaptation des blessés médullaires. Si les blessés de guerre ont induit des besoins nouveaux pour l'indépendance des personnes handicapées, ceux-ci ont également été accentués suite aux épidémies de poliomyélite antérieure aiguë, en particulier aux États-Unis. Le sport de compétition a été un élément moteur de recherche de performances avec des fauteuils allégés, maniables et résistants. Des adaptations spécifiques ont été réalisées, baisse de la résistance aux roulements, diminution des frictions, déplacement des centres de gravité, etc... La soudure, puis l'apparition de matériaux comme le titane et des matériaux composites à base de fibres polyamides notamment, ont permis de réduire le poids des fauteuils qui pesaient plus de 25 kg au 19^{ème} siècle.



Fauteuil de bois à l'assise cannée (années 20)

On a pu obtenir, dans les années 1970, environ 18 kilos, et moins de 10 kilos à partir des années 1990. Différents types ont été créés pour des tâches particulières comme par exemple le fauteuil verticalisateur. Selon les différentes incapacités, il existe d'autres variantes :

pour les hémiparétiques, utilisation de leviers ou d'une double main courante unilatérale ; pour le bi-amputé des membres inférieurs, on déplace vers l'arrière l'axe des roues postérieures, etc...

Ainsi, à la fin du 20^{ème} siècle, le fauteuil roulant n'est plus un objet standard auquel l'utilisateur doit s'adapter tant bien que mal, mais une véritable aide technique confortable, efficace et esthétique. On l'adapte à la nature et à l'évolutivité des déficiences, selon les capacités fonctionnelles.

Pour le choix du fauteuil roulant, de nombreux critères et facteurs sont à prendre en compte et on a parfois à définir les priorités. Sans être exhaustif, citons, pour illustrer, certains éléments.

Il faut d'abord savoir si c'est un véritable « lieu de vie » ou simplement un moyen de déplacement à l'extérieur. Les caractéristiques de la personne sont à prendre en compte (taille, poids, etc...). La qualité du roulement et la maniabilité sont adaptables. On tient compte de la compacité du fauteuil, de sa stabilité, de sa robustesse. Le confort ne doit pas être négligé avec l'étude du type d'assise, en particulier son inclinaison, sa profondeur, sa largeur. Y a-t-il nécessité d'une assise personnalisée pour mieux maintenir le tronc ? Selon les risques d'escarre, différents coussins sont à disposition. On doit définir le type de dossier, notamment son inclinaison et sa hauteur. Les fauteuils peuvent avoir un carrossage, c'est-à-dire qu'il existe un écart plus important en bas qu'en haut sur les roues arrière. Cela facilite le passage des bras le long des roues.



Fauteuil roulant pliable (vers 1990)

La position des roues est réglable grâce à la fixation sur un multi-palier. Elles doivent avoir une hauteur optimale par rapport à l'assise pour une efficacité de la propulsion. Les grandes roues, à l'arrière, sont volontiers pneumatiques, potentiellement renforcées par du kevlar et les petites roues, à l'avant, souvent à bandage, de dureté adaptable. Plus les roues antérieures sont petites (« galets »), plus le fauteuil est maniable ; plus elles sont grandes, plus elles permettent de tenir un cap et sont mieux adaptées au terrain irrégulier. Pour optimiser le roulage, on peut rapprocher la ligne de gravité de la personne en direction des grandes roues arrière. Le risque d'instabilité est alors compensé par des roulettes anti-bascule. Les roues postérieures peuvent être déclipables avec possibilité de changement rapide (on peut même y substituer des roues motrices électriques).

Le type de repose-pieds doit être défini : amovible, pivotant, réglable en hauteur, en une ou deux parties rabattables ? Parmi les accessoires, le fauteuil peut disposer de

repose-jambes, permettant ainsi de surélever les jambes et de modifier l'angulation des genoux.

L'attribution doit être l'affaire de spécialistes. En effet, diverses pathologies peuvent être induites par le fauteuil roulant : douleurs d'épaules par pathologie de la coiffe des rotateurs, lombalgies, inadaptation avec intolérance à l'effort, fractures dues à des chutes, etc... Un exemple peut être cité : la bonne installation de l'assise avec coussin (assise inclinée vers l'arrière) ; on diminue ainsi le risque d'escarres et d'attitudes vicieuses. On doit trouver le meilleur compromis entre la propulsion, la mobilité et le confort, en tenant compte de l'environnement immédiat de la personne et du rôle éventuel des tiers, le fauteuil roulant pouvant devenir un outil pour l'aidant. L'assistance électrique des fauteuils roulants est maintenant en grand développement. Elle correspond à une nouvelle phase de progrès au service des personnes en situation de handicap. Si c'est une amélioration indéniable pour l'autonomie à l'extérieur, elle ne doit pas être un facteur supplémentaire de risque d'obésité. Mais tout cela est une autre histoire au 21^{ème} siècle...

Dr Benoît Vesselle (C.H.U. de Reims)

Médecin principal de réserve, HIA Legouest, Metz

Références

- Dolhem R – « Le fauteuil roulant de Philippe II d'Espagne », J. Réadapt. Méd., 1997, 17,2, p. 66-71
https://fr.wikipedia.org/wiki/Francesco_di_Giorgio_Martini
- Gaujot G – Arsenal de la chirurgie contemporaine, T.1, 9, 485-489, J.-B. Baillière et fils, Paris, 1867
- Les véhicules pour handicapés physiques - Document du Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (C.E.R.A.H.), 1986
- Machines et inventions approuvées par l'académie royale des sciences. Tome second Fauteuil mobile sur roulettes inventé par M. BEZU, n° 133, 1710, 173-175
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k34723/f252.image.r=fauteuil%20mobile%20sur%20roulettes1710%201710>
- Nicolas Grollier de Servière, in Description du cabinet de curiosité, p 96 : chaise ou fauteuil très commode pour les boiteux, ou pour ceux qui ont la goutte aux jambes ; et par le moyen duquel on peut se promener dans un appartement de plain-pied, ou dans un jardin, sans le secours de personne
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65250757/f294.image>
- Pierret B – Le fauteuil roulant chez le blessé médullaire, facteur déterminant de l'insertion sociale. États des lieux et effets de la locomotion en dévers sur les astreintes physiologiques. Thèse Sciences de la Vie et de la Santé, I.N.R.S. Vandœuvre-lès-Nancy, 2012
- Pièces fugitives en vers et en prose, Mercure de France, 5 décembre 1778, 112-113
<https://books.google.fr/books?id=cf05aUUKF6QC>
- Rocques CC – Histoire du fauteuil roulant, in Problèmes en médecine de rééducation n°32. Le fauteuil roulant (dir. J Pélessier, JM Jacquot, PL Bernard), Masson, Paris, 1997
- Sawatsky B – Wheeling in the New Millennium : The history of the wheelchair and the driving forces in wheelchair design today
https://www.wheelchairnet.org/WCN_WCU/SlideLectures/Sawatzky/WC_history.html
- Watson N – Woods B – A social and technological history of the wheelchair, in Le fauteuil roulant manuel. Choix et réglages : une approche pluridisciplinaire (dir. FX Lepoutre), Sauramps médical, Montpellier, 2011
- **Remerciements** : Le Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (C.E.R.A.H.) ; Monsieur Agrapart, conseiller technique en appareillage de l'Assurance Maladie ; Monsieur Rousseau, Société Alpha Santé Service, Reims

La médecine militaire française à Canton de 1900 à 1940 (deuxième partie)²

De 1920 à 1940

La reprise des activités médicales françaises en Chine fut laborieuse. En 1920 le Service de santé des Troupes coloniales sorti exsangue du premier conflit mondial, connut une dramatique crise des effectifs ; l'École de santé navale (ESN) de Bordeaux, pépinière des médecins coloniaux, avait été fermée pendant toute la durée des hostilités. Le gouvernement donna alors pour instruction d'orienter tous les efforts vers l'augmentation de la fécondité dans l'empire colonial afin d'accroître à terme sa force de travail et de permettre l'exploitation de ses richesses potentielles. L'effort prioritaire porta sur l'Indochine, et la Chine n'appartenant pas au domaine colonial français, devint un objectif secondaire. Malgré la guerre en Europe et les luttes intestines qui la traversaient continument, la Chine avait poursuivi sa modernisation. Dans une brève communication parue en 1923, le médecin-major de 2^{ème} classe Casabianca rapporte qu'en 1921 les conditions sanitaires de Canton s'étaient grandement améliorées : de grands boulevards avaient été percés et la peste y passait pour « un souvenir historique » ; deux affections continuaient à dominer la pathologie à Paul-Doumer : la tuberculose sous toutes ses formes et la syphilis. L'École de médecine comptait soixante élèves dont treize femmes.

En 1925, après la mort du président Sun-Yat-Sen, des émeutes éclatèrent dans les grandes villes de Chine ; les troupes françaises appelées en renfort ne repartiront plus de Shanghai, Hankéou ou Canton. Le sud de la Chine était très instable ; le consul de France de Longtcheou fut assassiné et son successeur sérieusement malmené. Arriva à « Paul-Doumer », en novembre 1926, le médecin-commandant Joseph Ringenbach, un homme exceptionnel. Il avait été membre dans sa jeunesse de la mission Martin chargée d'étudier la maladie du sommeil au Congo en 1908 et décoré de la Légion d'honneur ; il avait ensuite suivi « le grand cours » de l'Institut Pasteur (1910-1911), s'était comporté brillamment pendant la guerre 14-18 puis s'était fait apprécier en 1922 à la légation de France de Pékin.

Avant de repartir pour la Chine, il avait passé en 1926 un diplôme de phthisiologie à la Faculté de médecine de Paris. A son arrivée à Canton, les mouvements anti-étrangers étaient violents. Malgré cela, en 1927, le consul de France constata que « le rendement » de l'hôpital avait été supérieur à celui des années précédentes et il ajouta dans son rapport que, du 11 au 13 décembre 1927, au cours de l'insurrection communiste qui fut réprimée dans le sang par les forces nationalistes du

Kouo-Min-Tang, le médecin lieutenant-colonel Ringenbach avait montré un « parfait mépris du danger ».



Joseph Edouard Ringenbach (DR)

Les « Annales de médecine et de pharmacie coloniales » de 1929 fournissent des informations précises sur le personnel de l'hôpital en activité en 1927 : il y avait trois médecins des Troupes coloniales hors-cadre, quatre médecins auxiliaires chinois dont une femme, trois aides-pharmaciens chinois, treize infirmiers et infirmières, un aide-infirmier et trente personnels de service. Si le succès de l'hôpital s'affirmait, il s'accompagna de la fermeture de l'école de médecine le 31 août 1927. Les raisons de cette fermeture restent obscures car l'école paraissait jusqu'alors florissante. Elle fut officiellement attribuée à des « difficultés administratives rencontrées auprès des autorités locales. » Il y a certainement une part de vérité dans cette explication mais on peut aussi penser que la fermeture de l'école correspond à un repli pragmatique sur le cœur du métier afin de concentrer les moyens humains et financiers sur les activités soignantes médicales et chirurgicales. En effet cette fermeture précède de peu celle de l'école de médecine de Tien-Tsin.

En 1930, il ne persistera en Chine que l'école de médecine de l'Université catholique Aurore à Shanghai dont le succès, avec l'aide de nombreux médecins militaires, ne cessait de s'affirmer sous la gouvernance éclairée des R.P. jésuites français. Dans les années qui suivent, Ringenbach par ses qualités d'administrateur, réussit, tout en améliorant la situation financière de l'hôpital, à le pourvoir de services nouveaux sans demander le concours ni du gouvernement général de l'Indochine ni du département des affaires étrangères. Philippe Berthelot, secrétaire général au ministère des Affaires étrangères et fin connaisseur de la politique chinoise, estima qu'il serait très difficile de le remplacer dans ce poste ; âgé

² Voir Asklépios n°2

de 55 ans, Ringenbach fut nommé médecin-colonel. De 1929 à 1932, l'hôpital Paul-Doumer fut complètement modernisé : installation des malades, laboratoire de biochimie, service de radiologie, d'électrothérapie, salle d'opération. Un nouveau pavillon en béton armé, qualifié par un journaliste de « véritable merveille » avait vu le jour ; tout y avait été fait pour assurer aux malades le maximum de confort avec de vastes salles bien aérées où la lumière pénétrait à flots et bien éclairées la nuit. Il y avait des salles de bains avec eau froide et eau chaude à volonté. Tout cela avait été réalisé avec les seules ressources de l'hôpital. Ringenbach qui dirigeait de main de maître l'établissement n'était pas tout seul pour en assurer le fonctionnement, il fut aidé dans un premier temps par le médecin commandant Pierre Guillaume (ESN 1920), ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, un glorieux combattant de la grande guerre qu'il avait terminée comme lieutenant d'infanterie. Il était décoré de la médaille militaire, décoration exceptionnelle pour un officier, et d'une croix de guerre avec multiples palmes.

Ringenbach, le vieux briscard de la coloniale, rencontrera des problèmes relationnels avec ses successeurs ; il y eut alors une rupture de génération. En mars 1933, arriva à Paul-Doumer le médecin capitaine Léon Sanner (ESN 1920) qui venait de réussir le concours d'assistantat de chirurgie. Les rapports entre le sémillant jeune médecin colonial et le médecin colonel de 57 ans qui s'était "enchinoisé" et vivait avec une compagne chinoise ne furent pas bons. A côté de ses activités hospitalières auxquelles il ne dérogeait pas, Sanner, avec son épouse, appréciait beaucoup la vie mondaine de la société coloniale de l'époque dans laquelle les Anglais donnaient le ton. Il fréquentait le *Canton-club* dépositaire des bons usages où pour les dîners de gala l'habit était exigé. Très sportif, il fréquentait assidument le club d'aviron de la communauté européenne qui comptait près de 900 résidents logés presque tous au Shameen. Le 27 juillet 1934 un télégramme arriva faisant savoir que « le Docteur Sanner et Madame étaient rapatriés au frais du Département » après un séjour de 18 mois...

Le 9 mars 1935, le médecin-capitaine Francis Borrey (Lyon, 1931) fut désigné pour remplacer Sanner. Possédant de bonnes connaissances en chirurgie et en bactériologie, il semblait particulièrement compétent pour servir à l'hôpital Paul-Doumer. Les choses ne vont pas se passer comme espérées. Arrivés à Canton avec quelque retard, et après quelques mois de présence, Borrey et son épouse retournèrent en France « aux frais de l'hôpital ». Malgré tous ses mérites, Ringenbach commençait à irriter sérieusement les autorités diplomatiques de Pékin qui écrivent : « afin d'éviter que Ringenbach ne recommence à imposer ses vues au Département, il serait souhaitable que le poste de Borrey ne soit pas pourvu immédiatement ». Mais Wilden, le

ministre plénipotentiaire de la République française, était très satisfait de l'œuvre accomplie par la France à Canton. L'hôpital avait une capacité de 115 lits : 51 en salles communes et 64 en chambres particulières. Les pavillons de 1^{ère} et de 2^{ème} classe disposaient de chambres dotées « du confort le plus moderne et n'avaient rien à envier aux installations des hôpitaux et des cliniques en France ». Contrairement à d'autres établissements de Canton, il n'existait pas de chambres spéciales pour les malades européens. Ringenbach, qui ne pratiquait pas de clientèle privée et vivait de sa seule solde, n'avait pas estimé convenable de réserver aux malades européens des chambres spéciales, une mesure qui aurait été « considérée par la clientèle chinoise comme une manifestation vexatoire à son égard ». Le nombre des malades français hospitalisés à l'hôpital Paul-Doumer était d'ailleurs « infime », ce qui s'expliquait par « le peu d'importance de la colonie française à Canton ». Il s'agissait surtout des matelots de la canonnière *Argus* et des soldats européens ou annamites de l'infanterie coloniale stationnés à Shameen.

Le bilan financier de l'hôpital Paul-Doumer était positif, une exception soulignée par les autorités françaises de Pékin. On doit ajouter que les médecins français de l'hôpital Paul-Doumer, appartenant à un établissement qui se revendiquait comme laïque, donnaient traditionnellement leurs soins à l'orphelinat de la mission catholique de Canton fondé en 1864 et tenu par des sœurs missionnaires canadiennes de Montréal. Dans les 60 lits qu'elles avaient au centre de Canton et les 56 lits en banlieue, elles recevaient des enfants « le plus souvent moribonds et parvenaient à en « sauver un certain nombre... »

Malgré les difficultés administratives qu'il suscitait, l'avancement dans la hiérarchie militaire de Joseph Ringenbach ne va pas en souffrir. En septembre 1936, il est inscrit au tableau de médecin général. Finalement un candidat avait été trouvé pour remplacer le docteur Borrey. Le 5 février 1937, le médecin-commandant Désiré Allain Talec (ESN 1922) qui avait antérieurement tenu le poste médical de Kouang-Tchéou-Wan fut affecté à l'hôpital Paul-Doumer comme médecin-résident, il y arriva avec son épouse et un enfant. Contrairement à ses deux prédécesseurs, sa collaboration avec Ringenbach sera satisfaisante. Ils vont tous les deux bientôt connaître des jours très difficiles.

Ringenbach rentre en France. Le 15 juin 1937, il embarqua à Hongkong sur le paquebot *Félix-Roussel* et débarqua à Marseille le 16 juillet pour un congé de 6 mois en France. A Paris, Ringenbach était reconnu comme étant un médecin colonel de très grande valeur. Ses notes militaires du 1^{er} décembre 1937, contresignées par le général Billote membre du conseil supérieur de la guerre, indiquent qu'il avait « acquis à Canton, dans les

milieux étrangers et chinois une réputation très justifiée» et que «son hôpital Paul-Doumer remarquablement tenu faisait honneur à son médecin».

Le 22 mars 1938, alors qu'il est encore en France, Ringenbach fut promu médecin général et exceptionnellement maintenu par décret en position hors-cadre dans son poste à Canton. Les circonstances l'exigeaient. En 1937, à l'autre bout du continent eurasiatique, la situation en Chine était devenue dramatique ; on peut estimer avec des arguments de valeur que la deuxième guerre mondiale venait d'y commencer. Les Japonais positionnés en Mandchourie, étaient entrés en Chine du nord et avaient pris Pékin le 13 août 1937, ils avaient poursuivi leur offensive en Chine médiane et pris Shanghai le 5 novembre, après de féroces combats, puis Nankin le 13 décembre, obligeant le gouvernement chinois à se replier à Tchongking au-delà des trois célèbres gorges du Yang-Tsé. Les diplomates du quai d'Orsay avaient estimé qu'un médecin général installé à la tête de l'hôpital Paul-Doumer pourrait avoir un certain poids si la ville de Canton venait à être soumise à une offensive japonaise en Chine du sud, ce qui adviendra. Le 29 avril 1938, Ringenbach reprit la direction effective de l'hôpital Paul-Doumer.



*Hôpital Paul Doumer
pavillon de salles communes, partie Est (DR)*

Avant de poursuivre, il convient de dire quelques mots sur les médecins de la Marine qui pendant l'entre-deux-guerres ont été responsables de la santé de l'équipage de la canonnière *Argus*, un modeste bâtiment doté d'une infirmerie qui assurait la permanence du pavillon français en Chine du sud. Contrairement aux médecins des Troupes coloniales affectés en Chine, le médecin de la Marine désigné pour servir à Canton était un jeune médecin de 2^{ème} ou de 1^{ère} classe qui, au sortir de l'école d'application de la Marine à Toulon, recevait sa première affectation à la mer. Le poste fut successivement

occupé par André Martin (ESN 1923), Jean Pasquet (ESN 1925), Pierre Le Merdy (ESN 1925), Jean Loumagne (ESN 1927) et Pierre Bugard (ESN 1928). Leurs activités médicales étaient réduites mais tous furent profondément marqués par leur découverte de l'Asie, sentiment qui transparait dans leurs écrits nostalgiques qui témoignent d'une époque où l'empire colonial de la France et sa marine de guerre étaient à leur acmé. Le dernier en poste à Canton fut Paul Bonnel (ESN 1931), nous allons le retrouver plus loin. L'année 1938 va être riche en événements. Ce qui suit résulte d'un mixage des deux récits laissés par le médecin-commandant des Troupes coloniales Désiré Talec qui a tenu un journal des événements, et celui du médecin de 1^{ère} classe Bonnel, médecin-major de la canonnière *Argus* qui a écrit, 20 ans plus tard, ses souvenirs. Sans jamais se nommer, le « marin » et le « colonial » ont des récits parfaitement concordants. Début juin 1938, des escadrilles japonaises de plusieurs dizaines d'avions lancés depuis de nombreux porte-avions commencèrent à bombarder Canton et la province du Quangtung. Le 6 juin 1938, l'hôpital « Paul-Doumer » fut sévèrement touché par plusieurs bombes. Un télégramme daté du 6 juin à 10h30 fit savoir au gouvernement français que les bâtiments abritant les laboratoires et la radiologie étaient en grande partie détruits. Ringenbach et Talec, ainsi que le personnel, étaient sains et saufs ; Talec avait seulement été légèrement blessé à l'avant-bras par des éclats de verres. Ringenbach évalua les dégâts à 3 millions de francs. Le gouvernement français éleva illico une très vive protestation auprès de Tokyo en soulignant que l'hôpital dirigé par un médecin général était dûment signalé par les couleurs françaises peintes sur les toits. Il souhaita une réparation totale et rapide des dommages causés et qu'elle fût accompagnée d'une expression officielle de regret ; il demanda aussi que des sanctions fussent prises contre les aviateurs coupables. Les Français ne furent pas les seuls à être touchés, l'Université américaine de « Lingnan », la plus ancienne fondation chrétienne de Chine du sud, et l'école britannique « Saint-Hilda » pour jeunes filles, furent atteintes elles aussi. Une lettre ouverte s'élevant contre cet acte de barbarie fut signée par les médecins de Canton parmi lesquels on retrouve la signature du médecin commandant Dorolle qui faisait partie de la mission médicale envoyée en Chine par la Société des Nations et commandée par le médecin général Alexandre Lasnet (ESN 1890). Le 8 juin 1938 Ringenbach, assisté de Talec, prit la décision d'ouvrir une clinique médicale temporaire dans une maison de la concession française du Shameen, maison louée à une entreprise commerciale japonaise de Hong Kong qui refusa de résilier son bail. Le 11 juin 1938, devant la menace de nouvelles attaques, il fut décidé, en accord avec les Britanniques, que la canonnière *Argus*, malgré ses faibles moyens anti-aériens, devait rester sur place. Le 23 juin 1938, le

médecin-général Ringenbach est par décret réintégré dans les cadres et fait désormais partie de l'armée d'active. Pour le vieux lutteur Ringenbach, la destruction de son hôpital fut une « catastrophe anéantissant en un rien de temps le travail et les efforts continus de douze années » mais il ne baissa pas les bras. Avec l'aide de Talec, le service de consultations reprit, les malades furent hospitalisés dans une salle commune dans le pavillon situé au fond de l'hôpital dans le secteur qui avait été le moins endommagé par les bombes. Les épreuves semblaient le revigorer, il écrit : « mes amibes me laissent enfin tranquille et je puis travailler sans fatigue ». Autour de lui le moral de l'équipe médicale tenait bon, « on peut compter sur elle quels que soient les jours difficiles que l'avenir peut nous réserver » écrit-il. Il trouva « un puissant réconfort dans la visite sur le terrain de l'ambassadeur de France venu de Pékin ». Avec fierté il mettait en avant que l'hôpital Paul-Doumer n'avait pas été évacué un seul instant, que les hospitalisations et les consultations n'avaient jamais été interrompues mais un souci le taraudait, il éprouverait de graves problèmes moraux, il était dans l'obligation pour des raisons financières de licencier du personnel chinois qui s'était si bien comporté dans les épreuves. Par mesure de sécurité, Mme Talec et son fils partirent vers la France. Le consul de France mit à la disposition de Ringenbach une maison du Shameen qui fut transformée en une clinique de secours de 20 lits avec un laboratoire et une pharmacie. Une salle d'opération fut équipée mais, une fois encore, le sort s'acharna sur eux. Le 14 juillet, une bombe japonaise tomba et éclata en face de ce nouvel hôpital de fortune, elle brisa toutes les fenêtres, descella les lavabos et culbuta le mobilier. Finalement l'immeuble loué à la compagnie de commerce Japonaise fut lui aussi récupéré ce qui permit la création d'une « clinique officielle française – annexe de l'hôpital Paul-Doumer à Canton ». Elle commença à fonctionner le 19 septembre 1938. Au rez-de-chaussée il y avait une salle de consultation, une salle d'opération avec une salle de stérilisation, une salle de pansements, un laboratoire et une pharmacie. Au total, la formation sanitaire créée de novo disposait de seize lits qui pouvaient être portée à vingt lits et même vingt-deux lits en cas de nécessité. Les marins français et les soldats du détachement français du Shameen n'y étaient pas hospitalisés, ils étaient traités à l'infirmerie de la Marine créée par le médecin-major Mas au début du siècle. Le 8 août, la cathédrale catholique française, malgré des pavillons tricolores déployés, fut à son tour touchée par des bombes japonaises. Le spectacle des centaines de cadavres alignés sur le parvis laissa à Bonnel « un souvenir particulièrement horrible ». Les bombardements aériens japonais, loin de décourager les Chinois, renforcèrent leur cohésion à « un degré jamais vu » ; les Européens et les Américains étaient maintenant fêtés, ils ne rencontraient plus de marque de xénophobie. Les

épreuves de l'hôpital Paul-Doumer étaient loin d'être terminées. Le 2 octobre 1938, les autorités anglaises furent convaincues que l'invasion de la Chine du sud par les Japonais était imminente : 37 transports japonais avaient quitté Shanghai. Le 7 octobre, une importante concentration de troupes japonaises fut signalée sur l'île de Formose, ancien territoire chinois occupé par le Japon depuis 1895. Le 9 octobre, la gare de Wong-sha, non loin du Shameen, fut à nouveau bombardée. Les Anglais par mesure de précaution emmagasinèrent pour 37 000 dollars de marchandise dans leur concession en vue d'un blocus possible. Le lendemain les bombardements se multiplièrent ; des tracts furent lancés sur la ville. Le mercredi 12 octobre, le consul d'Angleterre donna l'ordre aux femmes et aux enfants britanniques d'évacuer Canton et de se réfugier à Hongkong, ville jugée inviolable. À Doumer, deux infirmières chinoises donnèrent leur démission, quatre restèrent, deux sur l'annexe du Shammen et deux à Paul-Doumer ; « beau geste de leur part » écrit Talec. Les effectifs japonais qui se préparaient à attaquer Canton étaient estimés à 100 000 h. Le gouvernement donna l'ordre à la population de quitter Canton ; peu après une nouvelle se répandit comme une trainée de poudre : « ils ont débarqués, ils vont arriver ! » ; les Japonais fonçaient sur Canton avec leurs colonnes blindées. Le 13 octobre, les Chinois coulèrent des jonques dans la Rivière des Perles ; les Occidentaux du Shaméen étaient désormais coupés du monde extérieur. Français et Britanniques s'organisèrent pour résister à une attaque, des tranchées furent creusées par les matelots et les marsouins de la coloniale, des réseaux de barbelés mis en place ; des emplacements de mitrailleuses armés ; le pont français et ses défenses furent renforcées. Bonnel organisa son infirmerie avec deux infirmiers de plus, il ne disposait que de la caisse de chirurgie en bois de type marine. Pour faire face à toutes éventualités, il se replongea dans ses cours de chirurgie d'urgence reçus à l'École d'application de Toulon en 1936 mais il n'aura pas à intervenir sur les quarante hommes de l'*Argus*, ni sur les cinquante marsouins des Troupes coloniales, ni sur la douzaine de policiers dits français qui étaient en fait des Russes blancs émigrés. Le 14 octobre, les japonais lancèrent aux autorités du Kuang-Toung un ultimatum de reddition sans condition. Le 15 octobre, les bombardements redoublèrent : toutes les gares furent détruites, les voies ferrées coupées. Le 16 octobre, le courant électrique fut coupé. L'exode massif de la population se déclencha dans une panique immense (Talec et Bonnel utilisent les mêmes mots). La plupart des hôpitaux chinois fermèrent, le personnel de l'hôpital français « un peu inquiet » resta calme. Les concessions furent envahies par des milliers de bagages que les Chinois cherchaient à mettre à l'abri. Bonnel relate que dans une fuite éperdue, la population quitta la ville par tous les moyens possibles surtout à pied, parfois à la nage, un

«lugubre spectacle» observé depuis la concession. Le 17 octobre, la Mission antiépidémique dirigée par Dörolle quitta la ville à 17 h. À l'hôpital Paul-Doumer, sous un bombardement, l'infirmière de service accomplissait son travail avec un calme admirable. L'armée chinoise faisait sauter des ponts pour retarder l'avance des Japonais. Le 18 octobre, le « Canton hospital », centre médical privé sino-américain d'une mission protestante et siège de la Croix Rouge, ferma ses portes, le personnel se replia sur le « Hacchett hospital » placé sous pavillon américain. Le 20 octobre, fut marqué par un important bombardement aérien et naval. Beaucoup de coolies de l'hôpital décidèrent de partir. Le 21 octobre, de nombreuses explosions secouèrent la ville. Le Docteur Tchu assurait la permanence de soins à Paul-Doumer, deux personnes furent tuées devant la porte de l'hôpital, le Docteur M-Lam était de garde à l'annexe du Shameen. La ville était environnée d'une fumée épaisse, il y avait partout de vastes incendies. Le service de nuit de l'hôpital Doumer était assuré par le docteur Tchu et le docteur Wong courageusement restés à leur poste. Le 22 octobre, Talec avec la vedette de la canonnière *Argus* partit pour Paul-Doumer puis revint au Shameen par voie de terre en évacuant du matériel avec l'aide de deux coolies. Grâce à l'obligeance de la marine, il repartit vers l'hôpital par le fleuve. Dans la soirée, un immense incendie se déclara et menaça l'hôpital. L'évacuation du personnel et des malades fut décidée et se fit sur deux embarcations ; tout le personnel fut installé provisoirement dans l'annexe du Shameen. Le 23 octobre, deux violentes explosions secouèrent le Shameen, l'armée chinoise avait fait sauter deux dépôts de munitions, les dégâts étaient considérables. Des flammèches tombaient sans discontinuer sur l'île, le danger des incendies était tel que l'hôpital annexe dut être en permanence arrosé pour éviter la propagation du feu par-dessus le canal. Le lendemain 24 octobre, Talec se rendit à pied à Paul-Doumer. La ville était déserte, des cadavres jonchaient le Bund. Il rencontra pour la première fois une patrouille japonaise. Bonnel arrête son récit à cette date et écrit « pour nous, jeunes officiers de l'*Argus* qui resterons bloqués pendant des semaines et des mois dans notre petite concession, c'était la fin d'une époque et le commencement de longues et mornes journées où, longtemps, nous regretterons le Canton d'avant octobre 1938 ». Talec poursuit son journal. Le 26, les Japonais collèrent sur la porte d'entrée de l'hôpital Paul-Doumer une affiche qui interdisait aux troupes japonaises de pénétrer dans l'établissement français. Le 27 octobre, des combats acharnés se poursuivaient autour de la ville. Le 28 octobre, à 10 h du matin, la flotte japonaise arriva à Canton. Répétition à une moindre échelle du « sac » de Nankin commis en décembre 1937 ; des viols de femmes chinoises avec meurtre des maris se produisaient. Le 1^{er} novembre 1938, le consul de France vint visiter l'hôpital Doumer.

Le 5 novembre, une résistance chinoise contre les Japonais apparut, des tracts chinois étaient distribués la nuit. Dans les villages alentour, il y avait des actions de guérillas. En ville, on entendait toujours la nuit des coups de feu. Le 12 novembre, Talec écrit à son tour avec fierté : « malgré la destruction par l'aviation japonaise le 6 juin 1938 d'une grande partie des bâtiments de l'hôpital Paul-Doumer, notre établissement sanitaire est la seule formation sanitaire de Canton qui ait conservé nuit et jour, son personnel dans la ville en flammes et secouée pendant des journées entières par de terribles explosions qui se sont produites dans le voisinage ». Le 13 novembre, l'amiral en chef de la flotte anglaise Sir Percy Noble arriva à Canton mais, injure suprême ostensiblement faite aux Britanniques, il ne fut pas reçu par l'amiral japonais. Le 20 novembre, la population de Canton qui avait fui revint peu à peu. Le 26 novembre, Talec note dans son journal la visite de « Monsieur le médecin général Ringenbach ». On peut s'interroger sur les mots utilisés par Talec et y voir une remarque impertinente ; ou bien veut-il intentionnellement marquer que Ringenbach, réintégré dans les cadres depuis le 23 juin, était devenu son chef militaire et pas uniquement son supérieur médical ? Connaissant l'état d'esprit des médecins coloniaux de l'époque, il semble qu'une réponse positive à la deuxième interrogation soit la bonne, en effet, si ces « médecins de la coloniale » pouvaient être parfois irrévérencieux dans leur vie quotidienne, ils n'oubliaient jamais que dans les épreuves ils étaient des militaires au service de leur pays. Le 4 décembre pour célébrer leur victoire, les Japonais firent défiler des femmes chinoises sous la conduite de deux officiers japonais à cheval, Talec très ému par le spectacle écrit : « elles donnaient l'impression d'aller à la mort [...] il n'y avait pas un geste, pas un cri, pas un sourire... ». Des actes de résistance se poursuivaient, suivis d'exécutions d'otages. Le 20 décembre, le vice-consul japonais accompagné d'un commissaire de la marine nipponne et d'un Chinois de Canton vinrent visiter l'hôpital Doumer pour estimer les dégâts occasionnés par l'aviation japonaise le 6 juin 1938. Le 1^{er} janvier 1939, le nouvel an fut fêté à Canton par les Japonais ; au lointain, on entendait encore le canon et il y avait aussi quelques incendies. Des soldats japonais étaient tués de façon sporadique. Le journal de Talec s'arrête le 17 février 1939 ; il rentra en France en mars 1939. Le 12 avril 1939 le médecin capitaine Robert Asselot (ESN 1928), affecté en Indochine, fut désigné pour remplacer Talec ; il arriva fin août à Canton. Les travaux de reconstruction de l'hôpital Paul-Doumer n'étaient pas encore terminés, il restait à remettre en état la salle d'opération et le laboratoire. La seconde guerre mondiale éclata en Europe le 2 septembre 1939. A la mi-septembre Asselot s'installa comme prévu à l'hôpital dans le pavillon du médecin résident qui avait été réparé.

Nous n'avons pas de document permettant de connaître le devenir de l'hôpital Paul-Doumer après cette date.

Après la fin de la deuxième guerre mondiale, Asselot devenu médecin lieutenant-colonel sera assassiné au Niger par un aliéné le 19 décembre 1956 à l'hôpital du Point G au Niger. Talec deviendra médecin général. Quant à Ringenbach, placé le 15 novembre 1940 dans la 2^{ème} section des officiers généraux, son dossier militaire au SHD de Vincennes ne garde qu'une brève note signalant qu'en mai 1970 il fut hospitalisé pour une affection comportant une altération de ses fonctions cognitives et qu'il décéda le 3 mai 1971 dans sa 89^{ème} année dans la villa « Mi-King », boulevard Saint-Antoine à Vallauris. Son parcours existentiel fut exceptionnel.

Louis-Armand Héraut

Médecin en chef honoraire des Troupes de marine

Connaissance du Val-de-Grâce : du réfectoire des moniales à l'amphithéâtre Rouvillois

Un jour, entre 1648 et 1666... Anne d'Autriche quitte ses appartements pour se rendre au réfectoire des moniales.

Elle emprunte la galerie nord, jette sans doute un œil sur les broderies de buis du patio, sur le bassin et son jet d'eau. Dans son parcours, elle marche sur les dalles recouvrant les corps de religieuses inhumées sur place, ceux des abbesses bénédictines de Gonzagues (†1637) et de Constance du Blé d'Uxelles (†1648), étrangères au couvent mais mortes à Paris. Leurs sépultures côtoient les restes mortels de plusieurs personnes de distinction, tels ceux du marquis César du Cambout, gouverneur militaire de Brest, mort en 1641.

Tournant sur la gauche, dans la galerie ouest, elle longe d'abord les cuisines du couvent avant d'entrer dans le réfectoire. Il est onze heures : c'est l'heure du « diner » (le souper est à 17 heures). Le réfectoire est une salle immense éclairée grâce aux lancettes ogivales de ses fenêtres. Sous ses hautes voutes à pénétration, pastiche « XVIIe » de la tradition gothique, il existe un contraste impressionnant entre le mobilier de bois mis à la disposition des sœurs et la décoration murale.

Encadrée par les tables de la prieure et de la sous-prieure, celle de l'abbesse est un peu surélevée. La vaisselle est de terre, les cuillères de bois.

On donne du vin « à celles qui en ont besoin, la ration étant de quatre onces de pain lors des jeûnes et du fruit » (Dom Yves Chaussy). Après la traditionnelle lecture, les repas se prennent en un silence qui favorise le recueillement, dans un décor propice, face à cinq ta-

bleaux de dévotion, œuvres de Philippe de Champaigne : *le Christ servi par les anges*, *le repas chez Simon*, *la récolte de la manne*, *le souper à Emmaüs*.

De grande dimension (3 mètres sur 4), *le songe d'Élie* occupe le mur du fond.



Le Songe d'Élie (Philippe de Champaigne)

Du XVIIe siècle à nos jours

A partir de 1793, l'attribution des locaux de la ci-devant abbaye royale au Service de santé militaire entraîne de profonds bouleversements. Biens monastiques et tableaux sont dispersés : *la Manne* est à l'église Saint-Etienne du Mont, à Paris ; *le Songe d'Élie* au musée de Tessé, Le Mans ; *le Repas chez Simon* au musée des Beaux-arts de Nantes ; *le Souper à Emmaüs* à la primatiale St-Jean-Baptiste de Lyon. *Le Christ servi par les anges* n'a pas été retrouvé).

Chaque local fait l'objet de dévolutions successives. *L'ancienne cuisine* des religieuses sert d'abord de salle d'escrime et de vestiaire pour les aides-majors de l'École. Après avoir hébergé un petit musée des transports à l'initiative du médecin général inspecteur (MGI) Delorme, elle recueille en 1916, « *la section des archives et documents de guerre* ». Depuis sa restauration (1993), elle abrite l'exceptionnelle *collection d'objets de pharmacie des docteurs Debat*, fruit d'une dation-donation réalisée en 1994.

En 1856, *le grand réfectoire*, de 33 mètres sur 8,5 m, a été scindé en deux parties principales de taille inégale :

- La salle « Michel Lévy » :

La plus petite, elle appartenait autrefois, sous le nom de *salle Morestin*, à la section anatomo-clinique du musée réservée aux blessures de la face et du crâne. Dans

les années 70, le volume des nouvelles promotions conduisait le directeur à déplacer les collections muséales et à faire procéder à la destruction d'une partie des remarquables vitrines qui tapissaient les murs. Devenue un temps vestiaire des élèves, elle sert actuellement – sous la nouvelle appellation de « Michel Lévy » – de salle de soutenance de thèses, de salle de réunion, voire de salle de vidéo-projection en simultané des réunions scientifiques se tenant dans l'amphithéâtre de l'École.

- L'amphithéâtre Rouvillois :

D'une capacité de 180 places, il occupe la plus grande partie de l'ancien réfectoire, avec ses vitrines d'origine et ses impressionnants rayonnages de livres anciens.

A partir de 1795, il abrita les malades de l'hôpital. En 1916, il devenait une partie du musée nouvellement créé : la section anatomo-clinique réservée aux blessures du tronc et des membres. Ses collections étaient déplacées en 1930 pour laisser la place à un amphithéâtre. Le 13 octobre 1971, le MGI Baylon étant directeur, l'amphithéâtre était baptisé du nom du MGI Henri Rouvillois, chirurgien, ancien directeur de l'École du Service de santé militaire (1927-1932), directeur central du Service de Santé (1932-1935), président de l'académie de médecine en 1946.

- Le vestibule

Ces deux salles sont séparées par un vestibule ouvrant sur la cour Broussais. Sa porte d'accès à partir de la galerie était initialement située près de la cuisine. Ce hall d'entrée était occupé en partie par un très volumineux escalier.

Inesthétique, encombrant, il posait des problèmes de sécurité.



En 1993, il était détruit, libérant l'accès aux salles attenantes. Un élégant escalier à vis installé dans la salle Michel Lévy permet d'accéder à la régie audiovisuelle et à la galerie circulaire intérieure situé à mi-hauteur de ses voutes et donnant accès aux vitrines supérieures. On accède par le même chemin à la galerie circulaire de l'amphithéâtre Rouvillois.

Musée (blessures du tronc et des membres) 1916 (en haut)....

...devenu amphithéâtre Rouvillois (en-bas)

Depuis 1993, la partie du mur du vestibule ainsi libérée est ornée de trois plaques de marbre honorant :

- *Henri Laborit*, détenteur du prix Lasker pour sa découverte du premier neu-

roleptique, prescrit au Val-de-Grâce pour la première fois au monde à un malade mental par Hamon, Paraire et Velluz

- *Michel Lévy* et sa citation à l'ordre de l'armée pour sa contribution à la victoire de 14-18 par l'emploi du vaccin anti-typhoïdique

- *Villemin* pour la découverte en 1865 de la transmissibilité de la tuberculose.

Elles rejoignent celle d'*Alphonse Laveran*, professeur agrégé du Val-de-Grâce, premier prix Nobel de médecine et de physiologie en 1907 pour sa découverte de l'héματοzoaire du paludisme.

Partie sud-ouest de l'ancien réfectoire des Bénédictines (actuelle salle Michel Lévy)



Cour Broussais (années 20 en haut, de nos jours en bas)

D'autres plaques énumèrent les noms des directeurs successifs de l'École et ceux des membres du Service de santé élus à l'Académie nationale de médecine ou à l'Institut.

Au fil du temps...

Les vues de la cour Broussais dans les années 20 et de nos jours permettent de découvrir une partie de la façade extérieure des cuisines (quatre premières travées à partir de l'angle du bâtiment), de la salle Michel Lévy (les quatre suivantes) et au-delà de la porte ouest du vestibule qui donne accès à la cour, les premières des sept travées de l'amphithéâtre Rouvillois. (Le groupe sculpté de Gaston Broquet en hommage aux brancardiers intitulé « dans les boues de la Somme » avait été solennellement inauguré en 1922. Il a été déplacé en 1927 dans les jardins du Val-de-Grâce, devant la façade est du cloître, "pour des raisons à la fois morales et esthétiques").

MGI (2S) Maurice Bazot

La mobilisation du Service de santé militaire en 1939

Il y a 80 ans, le 3 septembre 1939, débutaient les hostilités entre la France et l'Allemagne. La veille, 2 septembre, la mobilisation générale avait été ordonnée. Le Service de santé militaire était entré dans le temps de

guerre en appliquant les directives officielles : le règlement d'emploi opérationnel en vigueur, celui de 1930, et une Instruction ministérielle de 1933. Les opérations de mobilisation s'effectuèrent de manière normale et les formations partirent vers leurs zones de concentration avec leurs personnels et leurs matériels dans les conditions prévues.

Les *effectifs* du Service de santé s'en trouvaient très profondément modifiés : les médecins, au nombre 1652 en temps de paix, passèrent à 19827, parmi lesquels 2700 médecins-auxiliaires ; les pharmaciens étaient au nombre de 4068 après la mobilisation, les officiers d'administration 4713. On comptait 145000 infirmiers dans les sections d'infirmiers militaires (SIM), 53000 infirmiers en corps de troupe, et à ces deux chiffres s'ajoutaient 17080 infirmières.

Le *plan d'hospitalisation* prévoyait le passage des 20000 lits du temps de paix aux 500000 lits du temps de guerre. Dès octobre 1939, 180000 lits étaient disponibles en hôpitaux militaires et hôpitaux complémentaires, qui s'ajoutaient aux 137000 lits des formations hospitalières de campagne.

Toutefois, quelques déficits étaient constatés, en particulier pour les voitures sanitaires (il ne sera comblé qu'au printemps 1940) et pour certains matériels à caractère consommable, tels les gants de caoutchouc ou les sondes, pour lesquels un dispositif particulier fut mis en œuvre dans le dernier trimestre 1939 afin d'en assurer un bon approvisionnement.

Les *formations de campagne* mises sur pied à la mobilisation variaient selon l'échelon concerné :

- au niveau du régiment : les postes de secours des bataillons et régimentaire
- au niveau de la division : le groupe sanitaire divisionnaire (GSD) pour une première distinction entre « éclopés » et blessés destinés à évacuation par grandes catégories (gazés, malades, contagieux...). Les moyens de transport des GSD étaient hippomobiles, sauf pour les divisions de cavalerie.
- au niveau du corps d'armée : le groupe sanitaire de ravitaillement, une ambulance chirurgicale légère, une ambulance médicale, une section d'hygiène et désinfection, deux sections sanitaires automobiles de 20 voitures chacune. Le tout constituait un Groupement d'ambulances de corps d'armée (GACA) susceptible de recevoir en renfort (moyens non organiques) une section d'hospitalisation de 500 lits.
- au niveau de l'armée : un hôpital d'évacuation primaire (HOE 1) à 1500 lits par corps d'armée, une ambulance chirurgicale, une ambulance médicale, un hôpital complémentaire d'armée (HCA) de 500 lits, un laboratoire d'armée, un laboratoire Z d'armée (gaz et médecine légale). L'HOE 1 recevait les évacués de l'avant, complétait le triage technique, catégorisait, traitait sur

place et évacuait. Il était à l'origine des évacuations par voie ferrée.

- au-delà de l'armée, dans la zone des étapes, on trouvait l'hôpital d'évacuation secondaire (HOE 2) « barrage thérapeutique des armées » selon l'expression consacrée, qui opérerait ceux que leur état avait permis de transporter jusqu'à lui et assurait les évacuations secondaires. Équipé de 2500 lits en moyenne (jusqu'à 5000) il devait « filtrer », évacuant les plus graves ou retournant vers l'avant les blessés traités et récupérables.



Personnels mobilisés de l'HOE1 de Marcoing (Nord). DR

Il était implanté près d'un nœud ferroviaire et, proche de lui, une gare régulatrice réglait les mouvements sur vie ferrée, parmi lesquels les évacuations vers l'intérieur, assurées par trains sanitaires ou autorails (« automotrices sanitaires »).

Les trains sanitaires (TS) étaient au nombre de 204 répartis en 155 trains sanitaires semi-permanents (TSSP), c'est-à-dire constitués de matériels SNCF ayant reçu les modifications nécessaires, pour blessés couchés, de 300 places et 49 TSSP dits « mixtes » pour 120 blessés couchés et 240 blessés assis : 120 de ces vecteurs étaient positionnés dans la zone des armées et 84 à l'Intérieur.

Les automotrices sanitaires (AS) complétaient les TS pour des évacuations plus courtes. Elles étaient au nombre de 84, toutes également mis en œuvre dès septembre 1939.

Les germes des difficultés de la campagne de mai-juin 1940 :



Véhicule sanitaire (DR)

Si l'on peut légitimement parler de réussite de la phase de mobilisation du Service de santé, comme d'ailleurs d'une manière plus générale pour la mobilisation de

l'armée française, il convient d'avoir à l'esprit quelques points essentiels qui permettront de mieux comprendre les événements de mai-juin 1940, et qui apparaissent déjà en germe dans les structures mises en place. Ils ont été analysés en détail dans « *Médecine et armées* » (1) et seuls les plus importants seront repris ci-après :

- lourdeur et manque de souplesse d'emploi des formations : les HOE 1, non motorisés, ne pouvaient être déplacés que par voie ferrée, et 60% d'entre eux tomberont dans les mains de l'ennemi, comme 90 % des HCA. Les HOE2, déployés à proximité d'un itinéraire d'évacuation par voie ferrée connurent un meilleur sort.

- aucun type d'hôpital de campagne ne peut être scindé.

- motorisation insuffisante : seules 30% des ambulances chirurgicales, motorisées, furent prises par l'ennemi alors que plus de 60% des ambulances médicales de réserve générale ou d'armée, qui ne l'étaient pas, furent prises. Plus proches du front, les GSD à traction hippomobile furent capturés à 50%.

- absence de tout véhicule sanitaire blindé ou « tout terrain » pour le ramassage des blessés des divisions cuirassées et divisions légères mécaniques (2).

La doctrine sanitaire étant demeurée tout à fait en phase avec celle de l'armée, qui s'appuyait sur des structures statiques et non prévues pour une guerre de mouvement, les événements de mai-juin 1940 virent les formations sanitaires, dont la plupart étaient très proches de celles qui existaient lors de la première Guerre mondiale, confrontées aux plus graves difficultés, débordées par les flux de blessés, les formations sanitaires de l'avant se repliant sur celles de l'arrière, ces dernières étant trop lourdes pour faire repli elles même, et entraînant, selon un auteur, commandant l'ambulance médicale hippomobile du 21^e corps d'armée « une confusion complète, aggravée encore par des percées et des encerclements qui aboutissaient à la confusion de formations sanitaires identiques venues de points diamétralement opposés » (3).

Cela ne doit pas occulter le professionnalisme, l'abnégation et l'héroïsme des personnels du Service de santé lors de l'offensive allemande (mai 1940), après huit mois de « drôle de guerre » où s'était installée une routine préjudiciable aux combats, dans des structures aux installations présumées définitives.

Colonel (h) Jean-Pierre Capel

- (1) FORISSIER R. (*médecin général 2S*) - Crise du soutien sanitaire du corps de bataille français au cours de la retraite de mai-juin 1940- *Médecine et Armées*, 199, 8, 615-630.
- (2) Matériels dont disposait déjà l'armée allemande
- (3) P. Bourgeois, cité in « *Histoire de la médecine aux armées* » tome 3, p.42.

Le président René Coty en visite à l'hôpital du Val-de-Grâce

Par deux fois, en 1954 et en 1957, René Coty (1882-1962), président de la République française du 16 janvier 1954 au 9 janvier 1959 visita officiellement l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.



Lors de la première visite, qu'il effectua avec son épouse, le 25 janvier 1954, peu de temps après sa prise de fonctions, il souhaitait rendre visite aux blessés d'Indochine.

Le président René Coty (DR)

Il fut accueilli par le médecin général inspecteur Hugonot, directeur des Services de santé des armées, par le médecin général Pesme, directeur de l'École d'application du Service de santé militaire, et par le médecin-colonel Dubau, médecin chef de l'hôpital. Après avoir déposé dans la cour du cloître une gerbe de tulipes devant la plaque où avaient été gravés les noms des membres du Service de santé morts en Extrême-Orient depuis 1946, le président et Mme Coty se sont fait présenter l'un après l'autre cinquante blessés rapatriés d'Indochine.

Dans le service de clinique (premier étage), vingt et un officiers blessés, dont plusieurs saint-cyriens, furent présentés au chef de l'État. La presse qui rapporte cette visite précise que le président a reconnu en l'un d'entre eux le fils d'un de ses amis du Havre et qu'un officier, le lieutenant Alcouffe, avait à côté de lui, dans sa chambre, sa femme et sa petite fille. Mme Coty a embrassé l'enfant.

Dans le pavillon d'Anne d'Autriche un bouquet de myosotis a été remis à Mme Coty, et le président a signé le livre d'or.

La seconde visite officielle eut lieu le 27 février 1957. René Coty, accompagné du général Ganeval, secrétaire général militaire de la présidence, s'est alors rendu au Val-de-Grâce pour y visiter des blessés et malades rapatriés d'Algérie. Le président de la République y a été

accueilli par M. Bourguès-Maunoury, ministre de la défense nationale et des forces armées, le général Zeller, gouverneur militaire de Paris, M. Genebrier, préfet de police, et le médecin général inspecteur Debenedetti, directeur des Services de santé des armées. Le directeur de l'école d'application était encore le médecin général Pesme, et le médecin-chef le médecin-colonel Henrion. Après s'être rendu au foyer où il rencontra les blessés les plus valides, il visita les salles d'hospitalisation. Au cours de sa visite, le président de la République rendit également visite aux officiers blessés. La presse signale que parmi eux se trouvait le sous-lieutenant Demarquet (1923-1989), député U.F.F. (Union et fraternité Française) du Finistère. Cet ancien médecin-auxiliaire en Indochine venait de servir en Algérie.

Colonel (h) Jean-Pierre Capel

Colloque et Exposition

« Quinine et Paludisme (1820 – 2020) »

Le 12 mai 2020, à l'occasion du centenaire de la découverte de la quinine, s'ouvriront un **colloque** d'une journée, à l'EVDG, sous la double présidence du doyen de la faculté de pharmacie et du directeur de l'EVDG, et une double **exposition temporaire (musée du SSA au Val-de-Grâce ET hall d'honneur du musée de la faculté de pharmacie, avenue de l'Observatoire)** : la matinée sera consacrée à la Quinine et l'après-midi au paludisme (programme détaillé sur notre site internet)

Bon anniversaire !

1769-2019 : le service vétérinaire des armées a 250 ans

L'ordre du secrétaire d'état à la guerre, le duc de Choiseul, le 13 septembre 1769 est l'acte fondateur du corps des vétérinaires des armées : tous les régiments de cavalerie, hussards dragons, troupes légères doivent détacher un sujet pour le former à l'école vétérinaire d'Alfort.

Les missions, initialement limitées aux chevaux, se sont diversifiées (1876 : contrôle des viandes puis des autres denrées ; 1945 : cynotechnie militaire ; 2005 : eaux destinées à la consommation humaine). Les missions de santé publique ont une place prépondérante dans le maintien de la capacité opérationnelle

Vétérinaire en chef Emmanuel

Lu pour vous

François Cheng, de l'Académie française : **L'un vers l'autre, en voyage avec Victor Segalen**, Nouvelle édition Albin Michel, format de poche, 2019.

Voici la rencontre d'un écrivain à l'exil occidental assumé au point d'écrire en un français éblouissant romans, essais, jusqu'à la poésie, et de la passion chinoise d'un médecin de marine se faisant poète, romancier, critique d'art, et qui décida de rentrer de Chine pour prendre sa part de la Grande Guerre. Voici trois textes et un poème de François Cheng, précédés dans cette nouvelle édition d'un autre écrit



rédigé à l'occasion du centenaire de la mort de Segalen. La vie et l'œuvre des deux écrivains (des « exotes » selon le mot forgé par Segalen) témoignent du besoin de s'élever à la hauteur de la culture originelle de l'Autre, d'y plonger en profondeur pour le découvrir et de s'incorporer à elle sans que jamais elle ne l'absorbe. La préface de Jean Mouttapa souligne finement que « c'est bien en parlant d'un autre (...) qu'il n'a même pas connu que François Cheng s'est soudain senti assumer pleinement sa propre vocation. »

François Eulry

Le programme des concerts de
« Musique au Val-de-Grâce »
(saison 2019-2020)
figure sur le site de l'AAMSSA

Léopold Chauveau : **Derrière la bataille**. Nouvelle édition augmentée d'une *Suite inédite*, établie par Da-



mien Blanchard et présentée par Jacques Poirier ; éditions Fiacre, 2017

(édition initiale Payot, 1917). Voici un livre remarquable, osons le dire épatant.

C'est une galerie de portraits poignants (*Berthomé*), parfois cocasses

(*Cazalis*) et pathétiques (*Capitaine Derlon*), la plupart tragiques. Ils sont dressés « sur le terrain » par Léopold Chauveau, peintre, sculpteur et écrivain reconnu (sa bibliographie a été publiée chez Hermann en 2016, par Jacques Poirier, professeur honoraire de la faculté de médecine de Paris, ancien chef de service à l'hôpital de La Salpêtrière). J'oubliais : il était aussi chirurgien, sans goût particulier pour l'art de soigner (il l'abandonnera à 54 ans) mais le pratiquant avec honnêteté et compétence affirmées ; il est le fils de l'illustre physiologiste et vétérinaire Auguste Chauveau. De 1914 (il a 44 ans) à 1917 il est chirurgien de l'Avant ; puis à Souilly, en Meuse, jusqu'à sa démobilisation en 1919. Les textes de *Derrière la bataille* sont d'autant plus émouvants qu'ils sont courts, voire ultra courts (*Houelle*). Sans grandiloquence ni poncifs, leur langue pure et ciselée touche à la poésie. Le Poilu Galtié-Boissière et son *Crapouillot* n'auraient pas renié ces caricatures. Les blessés sont peints avec pudeur, retenue et sincérité, celles d'une humanité délicate, ou même humour (*Clodomir fume la pipe ce matin*). La dissection est fine, précise. Le style est indéniable, court et incisif. Son scalpel résèque le superflu et le voyeurisme, emportant non pas la mort, si présente, mais sa vulgarité ; au point que le non-croyant Chauveau prie pour son blessé, le malheureux *Bricard*, ou que le *Lieutenant Crozat* se dit soulagé rien qu'à voir la « binette » (je cite) de Chauveau. Phrases rapide ou brèves, rythmées, sèches et vivantes, palpantes, acérées : de la littérature, ni plus ni moins ; et grande. Pourquoi Léopold Chauveau est-il méconnu ?

François Eulry

ASSOCIATION DES AMIS DU MUSEE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES

1, place Alphonse Laveran, 75005 Paris- 0140514171- aamssa@gmail.com

Assemblée générale portant sur l'exercice 2019

L'Assemblée générale portant sur l'exercice 2019 de l'AAMSSA se tiendra statutairement

Le jeudi 30 janvier 2020, à 14H 30, dans l'amphithéâtre **Rouvillois** de l'École du Val-de-Grâce.

Après les propos liminaires du Médecin général Humbert Boisseaux, directeur de l'École du Val-de-Grâce et du musée, puis du Médecin général inspecteur (2s) Olivier Farret, président de l'association, seront abordées les questions à l'ordre du jour.

- 1- Rapport moral (Cl (h.) JP Capel, secrétaire général)
- 2- Rapport financier (MGI (2s) D. Béquet, trésorier) : approbation des comptes de l'exercice 2019, vote du budget pour l'exercice 2020 et vote sur le montant de la cotisation 2021.
- 3- Comité d'histoire du SSA (MGI (2s) R. Wey, Président du comité)
- 4- Activités du musée (Madame M. Périssère, Conservatrice en chef du patrimoine)
- 5- Questions diverses
- 6- Prix d'histoire de la médecine aux armées.
- 7- Information sur le colloque « [Quinine et Paludisme 1820 – 2020](#) » du 12 mai 2020 à l'École du Val-de-Grâce et les expositions associées

Seuls les membres à jour de leur cotisation 2019 pourront prendre part aux votes.

**L'assemblée générale sera suivie d'une conférence du
MCSHC Francis Pomey (réserve citoyenne),
conseiller pour les personnels de réserve auprès de la directrice centrale
« [Opération Neptune, 6 juin 1944 - Les épaves du débarquement](#) »**

MGI (2s) Olivier Farret, Président

AAMSSA- Assemblée générale du janvier 2020

Fichet à retourner au siège de l'AAMSSA, 1 place Alphonse Laveran 75005 Paris

VOTE par PROCURATION (art.2 du RI)

Je soussigné

.....
autorise

.....
.....

à me représenter et à prendre part, en mon nom, aux votes lors de l'assemblée générale de l'Association des amis du musée du Service de santé des armées qui se tiendra :

le **jeudi 30 janvier 2020** à 14 H30, amphithéâtre **Rouvillois**, École du Val-de-Grâce à Paris (V°).

Fait à, le.....

Signature précédée de « Bon pour pouvoir »