

Les hôpitaux construits en France pour l'US Army de 1950 à 1967 Organisation, localisation, usage.*

par Pierre LABRUDE **

Introduction

Il y a eu quarante ans cette année, les troupes américaines, canadiennes et les états-majors alliés quittaient le territoire français à la suite de la demande exprimée par le Général De Gaulle. Nous ne nous souvenons déjà presque plus de tout cela et les traces visibles de cette présence continuent de s'effacer. À part quelques importants dépôts et camps, les bases aériennes et les hôpitaux constituaient jusqu'à présent les restes les plus tangibles et les moins modifiés de ces installations. Il est sûr maintenant que cela ne durera plus. La démolition en 2006 de l'ancien hôpital américain de Poitiers et les très importantes transformations que subit actuellement celui de Chinon-Saint-Benoît-la-Forêt en sont deux exemples majeurs. Il est donc plus que temps de se pencher sur l'histoire de ces établissements hospitaliers militaires, "civilisés" de longue date. Si nous disposons de beaucoup d'éléments sur l'acquisition de ces hôpitaux et leur transformation à partir de 1967, nos connaissances sont sommaires sur leur "période américaine". En effet, les archives américaines ont été transférées aux États-Unis, tandis que celles de la *Mission centrale de liaison et d'aide aux armées alliées* (MCLAAA), conservées au Service historique de la Défense à Vincennes (SHD), n'ont pas été triées et ne sont encore consultables que par dérogation. Les recherches sont donc difficiles et, logiquement, rares. Rien n'a été jusqu'à présent spécifiquement consacré aux hôpitaux, sinon un site Internet sur Chinon (1) et quelques pages ou mentions de-ci de-là. Récemment, en 2006, un ouvrage dédié à l'histoire de la présence américaine à La Rochelle (2), a consacré plusieurs pages et photographies aux importantes installations dites de Croix-Chapeau à Aigrefeuille d'Aunis. Pour une bonne compréhension du sujet, j'envisagerai successivement le contexte militaire européen de la création de ces hôpitaux, leur construction, le plan type d'un hôpital américain et son aspect architectural, le contexte de la fin de la présence américaine en France, enfin ce qui reste actuellement de ces installations hospitalières.

* Comité de lecture du 8 décembre 2007.

** 18, avenue Sainte-Anne, 54520 Laxou.

Le contexte militaire européen de la création des hôpitaux (3, 4, 5, 6, 7)

La France étant contiguë à l'Allemagne, dès 1945 les Américains avaient envisagé la création d'une ligne de communication passant à travers notre pays pour assurer le soutien logistique de leurs troupes d'Allemagne (3). Des négociations avaient abouti à un accord secret signé le 16 avril 1948 relatif aux facilités accordées aux troupes américaines en France et entérinant l'existence d'une ligne de communication traversant son territoire. Au cours de l'année 1949 ont lieu deux événements politiques internationaux importants : d'une part, le 4 avril la signature du Traité de l'Atlantique Nord, d'autre part, la reconnaissance de l'Allemagne de l'Ouest en tant qu'état souverain faisant partie du dispositif allié en Europe. L'OTAN, Organisation du Traité de l'Atlantique Nord, qui découle du Traité de Washington, naît officiellement le 6 novembre 1950. Dans le cadre du traité, des négociations ont rapidement lieu entre les États-Unis et la France, qui aboutissent le 27 janvier 1950 à un accord relatif à l'aide pour la défense mutuelle, et, le 6 novembre, à l'accord sur la ligne de communication de l'*US Army* entre Bordeaux, La Pallice et Nantes d'une part, et l'Est de la France d'autre part, ligne appelée *COM-Z*.

Notre pays est intégré aux forces alliées du "Centre Europe" et il joue un rôle logistique important avec la "Zone de communication" dite "*COM-Z*" ou "*LOC*" (Line of communication). Commandée depuis Orléans, elle est chargée d'assurer le soutien logistique de la 7^{ème} armée américaine. Ce commandement dispose d'une section avancée ou *ADSEC* (*Advanced Section*) établie à Verdun et qui couvre la région Est. Cette zone de communication, opérationnelle en 1951, représente une part importante de la contribution américaine à l'OTAN. Des dizaines de dépôts et des bases aériennes sont créés. L'accroissement constant du nombre des militaires américains en France, avec leurs familles : un peu plus de 20 000 militaires à la fin de 1952, 61 000 en février 1959, justifie la présence d'installations hospitalières. Par ailleurs, dans l'éventualité d'un conflit, notre pays constituerait une zone arrière où seraient accueillis et traités les blessés venus d'Allemagne. Au total, dans sa thèse (3), Olivier Pottier recense dix installations sanitaires "neuves" : un hôpital de l'Armée de l'Air (*USAFE*) à Évreux, et les hôpitaux de l'*US Army* à Croix-Chapeau (près de La Rochelle en Charente-Maritime), Poitiers (au Camp de Châlons, Vienne), Chinon (plus précisément Saint-Benoît-la-Forêt, Indre-et-Loire), Orléans-Chanteau et Maison-Fort (au sud d'Olivet, dans le Loiret), Vitry-le-François (Marne), Dommartin-lès-Toul (Meurthe-et-Moselle), Vassincourt et Verdun (Meuse). Les dépôts médicaux sont à Croix-Chapeau, La Roche-sur-Yon (mais je ne l'ai pour l'instant pas retrouvé, en Vendée), Orléans-Chanteau, Vitry-le-François et Vassincourt. Au moins deux projets ne sont pas réalisés : Viry-Châtillon dans l'Essonne et Bersol-Pessac en Gironde.

Les bases aériennes disposent généralement d'un (petit) hôpital et d'une clinique dentaire. Il existe aussi de petites structures hospitalières dans les casernes, en particulier au début de la présence américaine, par exemple à La Rochelle à la caserne Aufrédi. Je ne les envisagerai pas dans cette note.

La construction des camps et bases américains en France (3, 4, 5, 6, 7)

Les demandes des États-Unis et du Canada et leurs spécifications figurent dans le programme d'infrastructure de l'OTAN. C'est la France qui détermine l'emplacement exact des installations alliées, le plus souvent à l'écart d'une agglomération pour des raisons de place et de superficie (il faut environ 500 ha pour un aéroport et 50 ha pour un hôpital), de bruit et de facilité de surveillance. Notre pays souhaite aussi concéder aux Américains, pour minimiser les dépenses et les expropriations, le maximum de biens domaniaux comme des casernes, des terrains de manœuvre, des aéroports ou des



*L'hôpital Jeanne d'Arc de Dommartin-lès-Toul
(photographie P. Labrude)*

forêts. Mais les Américains souhaitent se trouver près des agglomérations... Les terrains et biens immobiliers, pré-existants ou construits spécialement, mis gracieusement à la disposition de l'Armée américaine, restent la propriété de notre pays qui y conserve sa souveraineté, et ils ne sauraient donc, puisqu'ils sont construits sur des terrains appartenant à la France, faire l'objet d'une indemnisation, même pour une valeur résiduelle, à son départ, ce qui sera source de difficultés en 1966-1967 car les États-Unis souhaiteront un dédommagement. Les installations sont donc l'objet de baux plus ou moins longs et renouvelables, le tout valable dans un premier temps jusqu'à l'échéance du Traité de l'Atlantique nord, en 1969.

La France a l'entière responsabilité de la construction des installations. Elle finance l'achat des terrains lorsque cela est nécessaire et assure l'expropriation et l'indemnisation des propriétaires, sans frais pour les États-Unis et l'OTAN ; elle assure la viabilisation (routes et voies diverses, eau, évacuations, électricité) avec le concours de l'administration des Ponts-et-Chaussées, les Américains et l'OTAN finançant le reste. Mais c'est la France qui avance les sommes nécessaires aux dépenses et donc à tous les travaux et salaires, et elle est ultérieurement remboursée. Une fois les terrains acquis, les ingénieurs français établissent le plan de masse en tenant compte des plans et des spécifications de l'OTAN et des Américains. Ils sont pour cela en relation avec la *Joint Construction Agency (JAC)*, service interarmées créé le 15 janvier 1953 pour simplifier les contacts avec la France et centraliser toutes les questions relatives aux travaux, implantée à Paris puis à Boulogne-sur-Seine, et remplacée le 1er août 1957 par l'*United States Construction Agency France (USACAF)* elle-même désignée en octobre 1961 par le nom *US Army Field Engineers Office*. Pour les hôpitaux, il semble que le plan de masse soit d'origine américaine. Selon le projet établi le 12 septembre 1952 (8), ils doivent être éloignés d'au moins trois miles de toute cible militaire, mais être le plus près possible des centres urbains et, en principe, pas à plus de 5 miles. Le plan de masse est soumis à l'approbation du *SHAPE*, puis un devis détaillé est soumis au Comité des paiements et de l'avancement des travaux du Conseil de l'Atlantique nord. Ceci étant

accepté, les plans extrêmement détaillés des installations sont réalisés par des bureaux d'études indépendants de divers pays, y compris américains. Les services locaux du Génie français sont concernés par la construction, au moins pour le gros-œuvre. La France procède aux appels d'offres en invitant les entreprises à soumissionner. La procédure est très compliquée (9).

Les programmes de construction débutent en janvier 1953 mais, pour les hôpitaux, les changements de plans et de spécifications, et les incertitudes sur les installations et équipements médicaux à y installer accroissent les délais et les coûts. La *Communication Zone* avait estimé qu'elle avait besoin de 15 000 lits d'infrastructure entre l'Atlantique et l'Est de la France, soit une quinzaine d'hôpitaux. À sa création en 1953, l'Agence de construction « hérite » de ce projet et doit gérer un programme hospitalier de 60 millions de dollars. Comme les fonds ne sont pas inépuisables, l'Agence reçoit en mars 1953 l'ordre de construire des hôpitaux à "double usage", c'est-à-dire à usage de caserne en temps de paix car les troupes en ont un grand besoin et sont logées dans des tentes puis des baraquements, puis à usage d'hôpital en temps de guerre à l'issue d'une très rapide transformation préprogrammée. Ce désir se heurte à l'inadéquation entre les nécessités géographiques d'implantation des casernements et celles du *Medical Corps*. En effet, les implantations des troupes sont nombreuses et très différentes de celles du Service de santé qui souhaite s'installer loin des cibles militaires potentielles. Ceci aboutira à placer des hôpitaux-casernes à des endroits qui ne conviennent ni au commandement ni au *Medical Corps*... L'examen de la carte montre qu'ils ont été implantés à intervalles assez réguliers tout le long de la route qui va de La Rochelle (hôpital de Croix-Chapeau) à Kaiserslautern en Allemagne (hôpital de Landstuhl).

Il faut ajouter à cela le fait que l'*US Army* et l'*US Air Force* ont des programmes différents et que la France aimerait bien louer aux Américains des hôpitaux militaires pré-existants, ce qui lui permettrait de réaliser des économies et d'assurer à moyen et éventuellement long terme leur entretien et leur mise à niveau technique... Le programme prévoit la réalisation de douze hôpitaux et de trois dépôts médicaux répartis le long de la *Com-Z*. L'hôpital prévu en région parisienne est supprimé en 1956. En juillet 1957, environ 40% du programme de construction est réalisé, et, en 1958, six hôpitaux sont en service (9). Ce total de onze hôpitaux correspond effectivement au dénombrement qui peut en être fait actuellement, mais le nombre de trois dépôts ne correspond pas à ce que je sais, ou du moins, comprends.

Le plan type d'un hôpital militaire américain en France. Le site et les installations. Aspect architectural

Les hôpitaux ont obéi au même plan type qui a été respecté partout sauf à Vassincourt. Les plans les désignent comme *Usareur (US ARmy in EUROpe) standard 1000 bed hospital* ou *US standard emergency type construction 1000 bed hospital*. La capacité hospitalière est de 1000 lits (en fait 920) avec cinq blocs opératoires regroupés dans un pavillon. À Vassincourt, non loin de Bar-le-Duc, il semble que le dépôt sanitaire ait eu plus d'importance militaire que l'hôpital qui a été "seulement" réalisé sous la forme de trois bâtiments parallèles, d'une capacité de 200 lits, reliés par un couloir médian, comme cela est habituel et comme nous le verrons plus loin. Les plans consultés montrent tous cette disposition, mais le numéro qui est attribué à chacun des bâtiments, comparable à celui qu'on trouve pour leurs homologues, laisse penser qu'un hôpital complet était initialement prévu et que des modifications sont intervenues au moment de sa construction. Les plans et les renseignements dont je dispose me portent à croire que ces bâtiments servaient uniquement de casernement et qu'il était seulement prévu de les transformer rapi-

dement en hôpital en cas de conflit (10). Le plan type a aussi été utilisé en Allemagne de l'Ouest car certains plans détaillés sont écrits en anglais, en allemand et en français. En effet, plusieurs hôpitaux sont construits au même moment et sur le même plan en République fédérale d'Allemagne. Le plus important et le plus connu est celui de Landstuhl, à proximité de Kaiserslautern.

Ces établissements sont de type pavillonnaire à un étage et comportent un nombre plus ou moins important de ces pavillons de soins et d'hospitalisation disposés, pour les premiers, perpendiculairement à intervalles réguliers de part et d'autre d'un couloir. Ce couloir est susceptible de se diviser en deux branches, sous la forme d'un V dont chaque branche "porte" alors un seul pavillon, éventuellement plus long que lorsqu'il y en a un de part et d'autre, mais "embranché" de manière à ce que tous les pavillons restent parallèles. Ce couloir de desserte des pavillons est lui-même perpendiculaire à un axe de circulation qui joint l'entrée de l'hôpital en avant au bâtiment des cuisines et des magasins en arrière. Ces deux services ont la forme d'un T. D'autres bâtiments séparés, à caractère technique, sont disposés sur l'emprise, avec, éventuellement, un autre ensemble de bâtiments correspondant au dépôt médical. Il peut aussi y avoir dans l'emprise d'autres éléments militaires, en particulier du Génie et du Train.

Examinons d'avant en arrière l'axe qui sert de "colonne vertébrale" à l'hôpital et qui est le même partout. Au-delà de la porte d'entrée, cette entrée-accueil se présente sous la forme d'un "couloir" sur quelques mètres. Ensuite se greffe sur lui un long bâtiment perpendiculaire, de part et d'autre si l'hôpital est important, d'un seul côté sinon. Le couloir se prolonge alors avec un élargissement à droite, puis un rétrécissement important à gauche. Selon le terrain, il peut y avoir une légère rampe. Le couloir se prolonge ainsi jusqu'au "point central" qui est un carré de dimensions un peu plus importantes que les deux couloirs qui s'y croisent. Le couloir se prolonge alors sur environ 200 mètres jusqu'aux cuisines et magasins, construction imposante en T renversé axé sur lui. Un autre pavillon d'ampleur comparable peut lui être adjoint. Dans le couloir, à un endroit, semble-t-il, variable : entrée ou point central, peut se trouver une mosaïque circulaire d'environ un mètre de diamètre, représentant l'insigne du Service de santé militaire américain. Il en existe une à Chinon et une à Croix-Chapeau. Tout de suite après le "point central", du côté droit quand on arrive de l'entrée, et contiguë au couloir axial, se trouve une large rampe, qu'un véhicule comme un chariot élévateur et bien sûr un chariot porte-brancard peut aisément gravir. Elle est rejointe à mi-pente par une rampe similaire venant du pavillon des cuisines. Les personnes ou les véhicules qui montent depuis le point central doivent donc tourner en "épingle à cheveux". Le premier étage de l'hôpital présente la même disposition que le rez-de-chaussée. Dans le couloir qui dessert les pavillons, au niveau de chacun d'entre eux, il se trouve au rez-de-chaussée une sortie vers l'extérieur par l'intermédiaire d'un sas ainsi qu'une cage d'escalier reliant les deux niveaux. Diverses portes permettent de sortir des pavillons, dont une à chaque extrémité, qui n'est pas au milieu de la façade. À l'intérieur, le couloir est médian, mais sa largeur n'est pas constante, ce qui peut expliquer le déport des portes d'extrémité.

Un hôpital de 1000 lits est ainsi constitué d'une vingtaine de pavillons de soins et d'hospitalisation à un étage – en comptant pour pavillon le bâtiment d'un côté du couloir médian –, ce qui permet d'évaluer la capacité de chacun à une cinquantaine de lits. Un tel hôpital dispose en principe de cinq salles d'opération, d'un service de radiologie avec les protections nécessaires, d'un laboratoire complet et d'une petite morgue à six tiroirs. Le service pharmaceutique se trouve, semble-t-il, en face des blocs opératoires avec le service de stérilisation. Les différentes spécialités médicales sont représentées, y compris la

neuropsychiatrie. Des cuisines diététiques avec un lave-vaisselle sont prévues dans les services. Il existe plusieurs types de chambres : à 1, 2, 4, 8 et 16 lits, en fait pour cette dernière, deux chambres de 8 lits accolées avec une cloison dépourvue de porte. Chacune communique avec une salle de bain équipée d'un lavabo, d'une baignoire et d'un WC, mais cet ensemble est affecté à deux chambres contiguës. Des salles sont prévues pour la conservation des habits et des bagages des personnes hospitalisées.

Un tel potentiel hospitalier apparaît très important en période de paix, même en tenant compte des effectifs présents en France. Mais, dans la perspective d'un conflit qui conduirait à des besoins sanitaires importants, il est nécessaire de disposer d'un grand nombre d'hôpitaux, d'où la réalisation des établissements que nous connaissons pour la construction desquels les crédits existent, mais qui ne sont volontairement pas terminés et dans lesquels certains bâtiments sont affectés à un usage autre qu'hospitalier, en particulier comme casernement et comme bureaux, avec la capacité de les transformer complètement en hôpitaux, en deux semaines selon Menudier (11), ce qui semble long en cas d'attaque, en quarante-huit heures précise l'ouvrage *Building for peace...* (9), ce qui semble court... Ces hôpitaux dits *Emergency type* (est-ce la construction ou l'emploi envisagé ?) sont donc employés simultanément comme dispensaires et cliniques pour l'usage journalier des militaires et de leurs familles, et en particulier de maternités, comme casernements et comme écoles et/ou lycées, couplés à des installations techniques de très bonne qualité, mais essentiellement "en sommeil" ou non réalisées. De ce fait, les hôpitaux sont toujours proches d'installations importantes, dépôts ou quartiers généraux.

L'emprise est complètement entourée d'une clôture avec plusieurs accès raccordés éventuellement à plusieurs routes et desservie par une route périphérique avec un ou plusieurs important(s) parking(s), car les voitures sont très nombreuses chez les militaires américains et les déplacements importants vu la disposition des installations à la campagne. Il faut aussi envisager les norias de véhicules sanitaires et le mouvement des autocars scolaires qui amènent chaque jour les écoliers et les lycéens. Des chemins goudronnés desservent aussi les espaces entre certains des pavillons et permettent en particulier d'accéder aux portes du bâtiment de chirurgie. Le pavillon d'entrée, réservé à l'accueil et à l'administration, comporte pour cette dernière toutes les facilités déjà utilisées par les Américains à l'époque : outre de nombreux bureaux, une salle de conférences, une bibliothèque et une salle de reprographie. Les installations pour la vie personnelle et sociale : bibliothèque, club, boutique, installations sportives, n'ont pas été oubliées. L'hôpital est pourvu d'un système élaboré d'appel des personnels par hauts-parleurs et d'un système de protection contre l'incendie dont les bornes et les lances couvrent l'intégralité des bâtiments. Les très nombreux plans disponibles montrent le remarquable équipement prévu dans chacune des pièces des différents pavillons et bâtiments annexes, et ceci dans les moindres détails. L'hôpital n'est pas relié au réseau de gaz français et emploie donc si nécessaire des bouteilles ; il ne l'est pas non plus au réseau téléphonique français et dépend du réseau militaire américain environnant.

Le site comporte toujours une chapelle aménagée à l'intérieur d'un bâtiment ou indépendante, un forage et un château d'eau, une chaufferie avec citerne(s), un poste de livraison d'électricité, une station d'épuration des eaux, un incinérateur, des ateliers (menuiserie, peinture, électricité, chauffage, plomberie, tôlerie et forge), un ou plusieurs magasins et entrepôts, un garage avec du matériel et des véhicules contre l'incendie, une salle de spectacle et de cinéma, éventuellement un bâtiment à usage d'hôtel pour les officiers célibataires, un gymnase, voire un bowling, ainsi qu'un ou plusieurs terrain(s) de

sport (football, volley-ball, basket-ball, base-ball, tennis). Un terrain de golf peut se trouver à proximité. Certaines de ces installations sont bien sûr complètement inconnues en France à l'époque. Les bâtiments ont donc été construits dans l'ensemble de manière homogène, mais cela n'est pas vrai pour tous, et ils se trouvent dans des états différents de finition et d'aménagement. Certains ont servi, d'autres sans doute jamais... L'*Eastern Complex France* comporte quatre hôpitaux dont le plus coûteux a été celui de Verdun (7 076 100 dollars d'investissement). Pour sa part, l'hôpital Jeanne d'Arc à Dommartin-lès-Toul a coûté 5 827 900 dollars (12). Les coûts de quelques bâtiments de l'hôpital de Chinon nous sont connus (13). Ils datent de 1956 et sont contemporains des hôpitaux précités. Leurs coûts ont donc été similaires. Un pavillon long d'un seul côté du couloir de desserte a coûté 102 500 dollars, un pavillon "habituel", c'est-à-dire des deux côtés du couloir, 218 000 dollars, le gymnase et le théâtre respectivement 150 600 et 98 500 dollars, enfin le bowling, qui existe encore à Chinon, "seulement" 37 200 dollars...

Le contexte de la fin de la présence américaine en France (3, 4)

Les États-Unis ne pouvaient pas ignorer les difficultés que le stationnement de leurs troupes posait depuis son origine et que les gouvernements de la IV^{ème} République ne leur avaient pas cachées, en particulier celui présidé par M. Félix Gaillard (novembre 1957-mai 1958). La présence américaine peut être assimilée de fait, à défaut de pouvoir l'être de droit, à une occupation étrangère... En arrivant au pouvoir, le général De Gaulle a trouvé ces difficultés, mais la façon dont il les a traitées a été différente. Comme l'indique le professeur Vaisse : "Le général De Gaulle n'a pas inventé les revendications face à l'OTAN. Il a repris les griefs que ses prédécesseurs sous la IV^{ème} République avaient exprimés avant lui (...). Même sur le plan de l'intégration, De Gaulle a dit tout haut ce que ses prédécesseurs pensaient tout bas" (4). Dès le 17 septembre 1958, il établit un mémorandum sur l'avenir de l'Alliance atlantique, et, le 25 mai 1959, il s'oppose au stockage d'engins nucléaires américains sur le territoire français.

Les auteurs qui ont étudié la présence militaire américaine en France constatent que son apogée se situe entre 1953 et 1958, qu'un retrait s'amorce en 1959 quand le Général s'oppose à la présence des armes précitées et que, de 1961 à 1965, les bases entrent en "léthargie", sauf pendant la "Crise de Berlin", avec un allègement progressif, donnant l'impression que les États-Unis ne se font pas d'illusions sur les intentions finales du Général De Gaulle. En octobre 1961, il refuse l'augmentation des effectifs que sollicite le gouvernement américain, puis en novembre 1963, refuse le déploiement de forces aériennes de l'OTAN en cas d'alerte. Aussi des resserrements alliés ont-ils lieu en 1964 et 1965 où, en juin, un rapport américain pose l'hypothèse du retrait des troupes américaines de France.

Le 9 septembre 1965, le Général De Gaulle annonce que la France ne participera plus à l'intégration atlantique après 1969, puis le Gouvernement fait savoir aux États-Unis que des décisions concernant l'OTAN seront prises au printemps 1966. Le 21 février 1966, le président de la République annonce que la France sortira de l'intégration atlantique, ce qu'il écrit au président Johnson le 7 mars. Le 27 mars, les Américains commencent à organiser leur départ, et, le surlendemain, un aide-mémoire français précise que les forces américaines et canadiennes, ainsi que les états-majors alliés doivent évacuer la France avant le 1^{er} avril 1967. Il y a alors 25 000 militaires américains en France (4). L'évacuation est annoncée par le Secrétaire à la Défense des États-Unis le 15 juin 1966

et, à la fin du mois d'août, plusieurs dizaines d'installations ont déjà été rétrocédées à la France. Les opérations d'évacuation des installations et de repositionnement des forces américaines en Europe sont désignées par l'acronyme *FRELOC* : *Fast relocation (from France)*.

La question se pose de la valeur résiduelle des installations construites par les Américains, qu'ils ne peuvent emporter avec eux et que la France doit payer pour les récupérer. La somme demandée par les États-Unis est considérable ; les négociations sont longues et difficiles et n'aboutissent qu'en février 1968 : la valeur résiduelle acceptée par la France est très inférieure au chiffre avancé par les Américains. Pour l'hôpital Jeanne d'Arc par exemple, le *Freloc Final Report* de 1967 mentionne une offre française initiale de rachat des installations non démontables s'élevant à 210 000 dollars et une acceptation finale d'un montant de 464 285 dollars, soit un peu plus du double (14).

Que sont devenues ces installations hospitalières américaines dans notre pays ? Qu'en reste-t-il aujourd'hui ?

De nos jours, l'essentiel des installations sanitaires américaines est encore "debout" et utilisé. Le Service de santé de l'Armée française emploie les parties "dépôt sanitaire" des installations d'Orléans-Château et de Vitry-le-François-Marolles, les hôpitaux ou ce qu'il en reste, car ils ont subi des démolitions, servant partiellement à divers usages non hospitaliers. Le site de Maison-Fort, au sud d'Olivet dans l'agglomération d'Orléans, est occupé par le 6ème-12ème régiment de cuirassiers sous le nom de "Quartier Valmy".

Le ministère des Affaires sociales a transféré aux hôpitaux civils plusieurs installations qui ont été ou sont encore employées à ce titre : Chinon (Centre hospitalier en grands travaux de 2004 à 2007 avec démolition de l'essentiel des bâtiments ex-américains), Verdun (Hôpital *Désandrouins*, dont une moitié a été démolie, établissement psychiatrique du CHG de Verdun), Poitiers, sous le nom de *Centre hospitalier de Châlons*, dont l'ensemble a été démoli en 2006. Les trois bâtiments de l'hôpital et ce qui subsiste de ceux du dépôt médical de Vassincourt, dans la Meuse, appartiennent à la Caisse d'allocation familiales et abritent aujourd'hui plusieurs établissements pour enfants handicapés et personnes en difficulté. L'immense hôpital auquel était associé un dépôt de matériel médical, dit de Croix-Chapeau, sur la commune d'Aigrefeuille d'Aunis, non loin de La Rochelle, en Charente-Maritime, a d'abord été un établissement de la Sécurité civile selon Olivier Pottier (3). Il a été racheté en 1972 par des personnes privées qui l'ont transformé en une zone industrielle dite "des Grands champs". Le site n'a pas subi de modifications importantes et il est prévu de le réhabiliter entièrement et dans un état aussi proche que possible de son état d'origine. Une autoroute doit, dans un proche avenir, passer très près de lui et une entrée permettra de le desservir aisément (15).

Conclusion

Conçus comme des hôpitaux d'urgence pour l'*US Army* pour ses besoins et dans le cadre de l'OTAN au début de la décennie 1950-1960, "terminés mais non achevés" à ce moment, programmés pour durer seulement quelques décennies, au moins vingt ans officiellement, c'est-à-dire la durée du premier mandat de l'OTAN, mais en réalité construits avec des matériaux leur conférant une longévité d'une cinquantaine d'années, ayant servi à divers usages mais très peu comme hôpitaux à l'époque américaine, ces établissements étaient presque neufs et très modernes au moment où la France en est devenue propriétaire. L'examen de la documentation accessible sur ces différents sites et les visites que j'ai effectuées récemment montrent que l'hôpital Jeanne d'Arc à Toul reste à ce jour celui

qui a subi le moins de modifications et de dégradations depuis sa cession à la France. Il a en effet été constamment utilisé comme hôpital et a donc été régulièrement entretenu cependant qu'aucune destruction ou construction importante n'a modifié son plan initial. Il est de plus resté jusqu'à présent "isolé" sur le site où il a été bâti, même si les constructions récemment édifiées commencent à s'en approcher. À part l'hôpital Jeanne d'Arc, il ne restera dans un proche avenir que le quartier occupé par le régiment de cuirassiers à Olivet et la zone industrielle des "Grands champs" à Aigrefeuille d'Aunis lorsqu'elle aura été réhabilitée.

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES

- (1) Les mots-clés *Chinon Hospital-Depot* permettent d'accéder à plusieurs sites avec quelques photographies anciennes de l'hôpital et à un document en français avec des photographies récentes de l'hôpital, écrit par M. Rabines, de Chinon.
- (2) EXTRADE S., LACHAISE F. et RIVIÈRE-DERNONCOURT M. - *La Rochelle à l'heure américaine 1950-1964*, ABC DIF Éditions, Mansle (Charente), 2006, 199 p., ici p. 56-73.
- (3) POTTIER O. - *La présence militaire américaine en France (1950-1967)*, thèse de doctorat d'Université, discipline Histoire, Université de Reims Champagne-Ardenne, Reims, 1999, 2 volumes, 730 p. Également : *Les bases américaines en France 1950-1967*, L'Harmattan, Paris, 2003, 376 p.
- (4) *La France et l'OTAN*, Actes du colloque des 8-10 février 1996 à Paris, sous la direction de M. VAISSE, P. MELANDRI et F. BOZO, Centre d'études d'histoire de la défense, Château de Vincennes, Éditions Complexe, Paris, 1996, *passim*, en particulier les articles de P. FACON, "Les bases américaines en France, 1945-1958 : un enjeu politique", p. 129-145, et d'O. POTTIER, "La présence américaine en France, 1951-1967 : cohabitation ou acculturation ?", p. 147-168.
- (5) DOMANGE G. - "Verdun, l'OTAN et la base américaine 1950-1967", dans : *Verdun Ville militaire*, Collection "Connaissance de la Meuse", Frémont, Verdun, 2000, p. 55-70.
- (6) BERGERET-CASSAGNE A. - *Les bases militaires américaines en France 1950-1967. Influences matérielles et culturelles*, mémoire de maîtrise, UFR d'histoire, Université Paris IV-Sorbonne, 2004, 2 volumes, 219 p. et LXII p.
- (7) De nombreux textes historiques en anglais sur la *Com-Z*, comportant des références de périodiques militaires de l'époque et d'ouvrages ou de documents officiels américains, sont accessibles sur Internet, en particulier à partir du site "U. S. Army in Germany".
- (8) Fonds de la Mission centrale de liaison pour l'assistance aux armées alliées (MCLAAA), Service historique de la défense (SHD), procès-verbal de la réunion du 12 septembre 1952 tenue au Secrétariat général permanent de la Défense nationale et organisée par la MCLAAA : "Étude du programme général de construction et d'aménagement d'hôpitaux pour les armées américaines en France", versement 35, carton 8, cité par O. Pottier (réf. 3), note 203, p. 168, qui l'a aimablement communiqué à l'auteur.
- (9) GRATHWOL R.P. et MOORHUS D.M. - *Building for peace : U.S. Army Engineers in Europe 1945-1991*, Army Corps of Engineers, US Government Printing Office, Washington DC, USA, 2006, 503 p., ici chap. 4 : *Construction in the mid-1950s*, p. 101-114 dont tableau p. 105.
- (10) Dans les documents de cession du site le 11 août 1967 (SHD, 13 T 14), l'ensemble est nommé *Hospital site and medical depot*, le mot "site" pouvant indiquer qu'il s'agit d'un hôpital "en sommeil". Les plans montrent qu'il s'agit d'un casernement et que l'ensemble est dépourvu d'installations médico-chirurgicales. L'auteur remercie Madame Dufourcq pour son accueil et pour la documentation qu'elle a bien voulu lui procurer.
- (11) MENUÉRIER R. - *La présence américaine à Orléans dans le cadre de la défense atlantique 1950-1967*, mémoire de maîtrise, Faculté des lettres et sciences humaines, Université d'Orléans-Tours, 1991, p. 42-44 et 56-58.

- (12) Investissements américains en France dans les hôpitaux d'après un récapitulatif général, dans : HQ US Army Communications Zone Europe, *FRELOC after Action Report*, 1966-1967, p. 45-51, US Army Center for military History, Washington DC, USA. Communiqué à l'auteur par O. Pottier.
- (13) L'auteur remercie M. Faugerolas, directeur du Centre hospitalier du Chinonais, pour l'autorisation de visites et de photographies, et pour la documentation qui lui a été remise.
- (14) Prix estimé d'installations américaines vendues au gouvernement français (offre française initiale et prix accepté), HQ US european Command, *FRELOC Final Report*, 1967, US Army Center for military History, Washington DC, USA. Communiqué à l'auteur par O. Pottier.
- (15) L'auteur remercie Madame de Bertier pour son accueil sur le site de Croix-Chapeau, pour la photographie des lieux, la documentation et la consultation des plans qu'elle a bien voulu autoriser.

RÉSUMÉ

Peu après la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'Armée américaine reçoit l'autorisation d'installer en France une ligne de communication destinée à assurer le ravitaillement de ses troupes stationnées en Allemagne. Cette zone logistique reçoit un grand développement suite à la création de l'OTAN en 1949. Elle est constituée d'un grand nombre de dépôts et comporte aussi un ensemble d'hôpitaux neufs, construits entre 1953 et 1960, répartis sur le trajet routier qui sépare La Rochelle de Kaiserslautern en RFA. Ils se trouvent à La Rochelle, Poitiers, Chinon, Orléans, Vitry-le-François, Toul, Bar-le-Duc et Verdun. Après le départ des Américains en 1966-1967, quelques hôpitaux restent à l'Armée française qui les affecte à son Service de santé. À l'exception de l'un d'entre eux, les autres sont revendus au milieu civil et sont pour l'essentiel employés comme hôpitaux jusqu'à nos jours. Ils disparaissent maintenant peu à peu et, à la fin de l'année 2007, il n'en subsiste plus que trois dans leur intégralité : celui de Toul employé comme hôpital, celui d'Olivet comme caserne et celui de Croix-Chapeau (La Rochelle) devenu zone industrielle et en rénovation.

SUMMARY

A few years after the Second World War the US Army was authorized to set up in France a line of communication intended to resupply the occupying forces in Germany. The logistical zone was greatly developed after the creating of Nato in 1949. It was made up of numerous depots and some hospitals built between 1953 and 1960 and placed along the road joining La Rochelle to Kaiserslautern in FRG that is La Rochelle, Poitiers, Chinon, Orléans, Vitry-le-François, Toul, Bar-le-Duc and Verdun. After the departure of US Army in 1966-1967, some of these hospitals were used by the French Army and its Health Service. Except for one of them all were sold and essentially used as hospitals. Nowadays they are disappearing and at the end of 2007 only three buildings are still complete : Toul is used as a hospital, Olivet as barracks and Croix-Chapeau (La Rochelle) as an industrial zone and in complete renewing.

C.Gaudiot