

RAPPORT AU CONSEIL DE GOUVERNEMENT (1917) VII. — SERVICES SANITAIRES ET MÉDICAUX

[61] ORGANISATION DES SERVICES SANITAIRES ET MÉDICAUX

Les Services sanitaires et médicaux de l'Indochine ont fonctionné normalement pendant l'année 1916, conformément aux prescriptions du décret du 27 juin 1914 portant réorganisation du Service de l'Assistance en Indochine et qui fut promulgué dans la Colonie le 1^{er} janvier 1915.

ASSISTANCE MÉDICALE Personnel médical européen.

L'effectif du personnel médical européen, employé exclusivement ou accessoirement à l'Assistance médicale en Indochine, a encore diminué depuis un an : alors qu'il comprenait 78 médecins le 31 décembre 1915, il n'en présente plus que 70 le 31 décembre 1916.

Sur ces 70 médecins, 22 seulement appartiennent au corps des médecins de l'Assistance ; 45 sont des médecins militaires (les uns, au nombre de 17, sont en position hors cadres et employés exclusivement à l'Assistance ; les autres, au nombre de 28, appartiennent au service général et sont accessoirement employés à l'Assistance), et 3 sont des médecins civils, libres ou fonctionnaires, n'appartenant pas au corps des médecins de l'Assistance.

Cette grande pénurie de personnel crée une situation de plus en plus difficile. Sa réduction a été, en effet, poussée le plus loin possible, si l'on songe que son effectif qui était de 107 médecins le 31 décembre 1913, est descendu à 70 en 1916.

On a été obligé de confier au même médecin le service médical de deux ou plusieurs provinces, suivant les nécessités ; enfin, des postes importants ont été temporairement attribués à des médecins auxiliaires indigènes, quelques postes ont même été abandonnés à des infirmiers. La pénurie de personnel médical a aussi entraîné la suppression des postes de vaccine mobile. Enfin, il faut considérer qu'une partie des médecins militaires, qui arrivent de France, sont déjà fatigués par deux années d'existence pénible aux armées, et on ne peut obtenir, chez eux, qu'une activité limitée.

Il n'a pas été recruté de nouveau médecin civil pour l'Assistance depuis 1913, aucun concours n'ayant eu lieu en France depuis cette année.

[62] Personnel médical indigène

MÉDECINS AUXILIAIRES

La promotion des médecins auxiliaires, sortie en 1916 de l'École de médecine de l'Indochine, a augmenté de 9 unités le cadre des médecins auxiliaires de l'Assistance.

Ces médecins peuvent rendre d'excellents services en secondant les médecins européens, en étant chargés de postes médicaux sous leur surveillance, en effectuant, des tournées fréquentes d'inspection des postes médicaux d'infirmiers. Ils sont plus près

de l'indigène, aussi doivent-ils être les agents de vulgarisation de la médecine européenne ; ils rechercheront les malades, dépisteront les maladies contagieuses et feront appliquer les mesures de prophylaxie nécessaires en démontrant leur nécessité. C'est ainsi que le Service de l'Assistance atteindra le but qui a motivé sa création.

Mais pour atteindre ce but, ce personnel est encore numériquement insuffisant; aussi y aura-t-il intérêt à faire de plus en plus de la propagande pour étendre son recrutement.

Depuis août 1914, des postes très importants qui se sont trouvés privés de leurs médecins européens appelés par la mobilisation et rapatriés sans être remplacés, ont pu leur être confiés, et ils en ont assuré le service d'une manière satisfaisante, sauf de très rares exceptions.

SAGES-FEMMES

Le nombre des sages-femmes augmente sensiblement chaque année : de 134 en 1914, il est arrivé à 182 en 1910 et à 231 en 1916.

Elles rendent de grands services qui sont très appréciés des populations indigènes ; grâce aux notions d'asepsie qui leur ont été données, une des grandes causes de la mortalité infantile, le tétanos ombilical, a disparu.

En raison des bons résultats obtenus depuis leur création, il est nécessaire de développer encore leur recrutement afin de pouvoir, dans quelques années, doter chaque formation sanitaire de sages-femmes expérimentées. Pour favoriser ce recrutement, il y aura lieu de leur donner de nouveaux avantages en augmentant le nombre des classes et la solde afférente.

On pourra, pas contre, se montrer plus difficile dans leur choix et il sera nécessaire d'exiger d'elles une instruction générale suffisante, qu'elles sachent au moins lire et parler le français.

Le meilleur recrutement est celui qui se fait par l'École de médecine de Hanoï qui exige des candidates une instruction primaire suffisante et qui leur donne une instruction obstétricale plus solide en augmentant la durée de leurs études. Il n'en est malheureusement pas de même en ce qui concerne l'école de Cholon [63] ; les sages-femmes qui en proviennent n'ont pas donné jusqu'à ce jour des résultats très remarquables.

Cette école doit atteindre le même niveau que celle de Hanoï ; il sera possible de l'obtenir en lui donnant une nouvelle organisation dont les lignes générales se résument dans l'application d'une durée de scolarité plus longue et l'élimination des candidates illettrées. Un projet dans ce sens, établi par le directeur local de la Santé en Cochinchine, a été soumis en fin d'année au gouverneur de cette colonie,

PERSONNEL SECONDAIRE

Le nombre des infirmiers indigènes, malgré la notable augmentation dont il a été l'objet (de 1.085 le 1^{er} janvier 1916 il atteint 1.303 le 1^{er} janvier 1917), est encore insuffisant en raison des nombreux postes à pourvoir.

Pour parer aux difficultés rencontrées pour leur recrutement et qui ont été signalées dans les rapports des années précédentes, des arrêtés ont été pris qui ont réorganisé dans chacune des colonies de l'Union le personnel infirmier de l'Assistance.

Tous ces actes ont eu pour but d'entourer du plus de garanties possibles le recrutement de ce personnel et, en même temps, de lui assurer une meilleure situation administrative et des traitements plus avantageux.

Le nombre et les diverses catégories des formations sanitaires de l'Assistance en Indochine existant le 31 décembre 1916 sont indiqués dans le tableau ci-après :

Tableau des formations sanitaires de l'Assistance médicale
au 31 décembre 1916.

| FORMATIONS SANITAIRES | Tonkin | Annam | Cochin- chine | Cambod ge | Laos | Totaux |
|---|--------|-------|------------------|--------------|------|--------|
| Hôpitaux mixte | — | 1 | — | 4 | — | 5 |
| H ô p i t a u x indigènes ou ambulances | 30 | 13 | 18 | 4 | 4 | 69 |
| Maternités isolées | — | — | 20 | 1 | — | 23 |
| Crèches | — | — | — | 2 | | |
| Postes médicaux, c l i n i q u e s , dispensaires | 7 | 10 | 22 | 26 | 2 | 67 |
| Maisons de retraite et asiles d'incurables | — | — | 2 | 2 | — | 4 |
| Orphelinats | — | — | 1 | 1 | | 2 |
| L é p r o s e r i e s , villages de lépreux | 5 | — | 1 | 1 | — | 7 |
| Hôpitaux de c o n t a g i e u x , lazarets | 1 | — | — | 1 | — | 2 |
| Totaux | 43 | 24 | 64 | 42 | 6 | 179 |

[64] CONSTRUCTIONS EFFECTUÉES OU. ENTREPRISES EN 1916.

Bien que les circonstances actuelles n'aient pas permis de poursuivre avec toute l'activité désirable la réalisation du programme de constructions dressé en 1913, inscrit au titre de l'Assistance sur les crédits du budget d'emprunt et du budget général, et qui devait s'échelonner sur cinq années, on a néanmoins poursuivi en 1916 des travaux de constructions neuves ou d'aménagements de bâtiments existants.

Au Tonkin, de nouveaux hôpitaux, dont la construction avait été entreprise en 1915, ont été édifiés à Yên-bay et à Tuyên-quang ; celui de Yên-bay fonctionne, celui de Tuyên-quang, où quelques perfectionnements doivent être encore apportés, ne sera ouvert qu'au cours de 1917 et pourra hospitaliser 60 malades.

En Annam, de nouvelles constructions (1 pavillon pour malades, 1 pavillon mortuaire, logement du médecin résident, logement du médecin chargé du laboratoire) et des réfections importantes ont été faites à l'hôpital de Hué.

Le programme des constructions prévu pour l'hôpital de Vinh a été entièrement exécuté (une salle d'opérations, une buanderie avec salles de bains, cuisine avec magasin, logement de l'infirmier-chef).

En Cochinchine, ont été édifiés :

1 nouveau pavillon à Ba-ria.

- 1 pavillon pour les enfants assistés et
- 1 hangar spécialement réservé pour le décortilage du paddy à Bèn-tré
- 1 pavillon pour hospitalisation des filles publiques et des prisonniers à Can-tho.

La construction de la nouvelle formation sanitaire de Tay-ninh est en voie d'achèvement ; 2 pavillons sont déjà ouverts aux malades.

A Saïgon, on a entrepris la construction à la polyclinique municipale* de deux bâtiments nouveaux destinés à l'installation d'une pharmacie, d'un laboratoire et d'une salle de pansements gynécologiques.

Au Cambodge, malgré l'état de guerre, les travaux, soit de constructions neuves, soit d'aménagement de bâtiments déjà existants, ont été activement poursuivis en 1916.

Les bâtiments neufs achevés, construits ou ayant reçu un début de construction en 1916 ont été les suivants :

À l'Hôpital mixte de Phnom-Penh :

1 salle d'opérations et annexes ;

1 pavillon d'isolement pour Européens ;

1 pavillon pour les femmes détenues ;

1 magasin central pour les ravitaillements en matériel médical des postes médicaux du Cambodge.

[65]

À Battambang :

1 pavillon pour femmes indigènes;

1 pavillon (consultations — salle de pansements — salle d'opérations).

À Kampot :

1 pavillon pour malades ;

1 pavillon maternité ;

1 pavillon (salle de consultations — salle d'opérations — pharmacie).

Takéo : 1 pavillon pour femmes indigènes.

Tuk-méa : 1 pavillon constituant un poste médical.

Au Laos, la construction de l'ambulance de Luang-prabang, entreprise en juin 1915, n'est pas encore achevée et le fonctionnement de cette formation sanitaire utilise des locaux provisoires.

Il y aurait intérêt à construire, dans toutes les formations sanitaires des colonies de l'Union indochinoise, des fours incinérateurs dont l'utilité a été démontrée au cours de la guerre actuelle pour l'incinération des pansements souillés, ordures et détritiques organiques de toutes sortes. Ce sont des constructions d'un prix de revient infime, d'une édification facile et qui rendront les plus grands services.

Matériel

En ce qui concerne les fournitures de médicaments et d'objets de pansements, le directeur local de la Santé au Tonkin déclare, dans son rapport annuel, que « la hausse des produits pharmaceutiques, l'augmentation des frets, des assurances maritimes et des risques de guerre, ont occasionné des dépenses supplémentaires très importantes, qu'on peut évaluer à un quart en plus au minimum. Ces dépenses imprévues et extraordinaires ont affecté directement les crédits budgétaires destinés aux achats de médicaments dont les quantités à livrer ont dû nécessairement être réduites dans une proportion équivalente aux majorations de dépenses —.

Toutes les formations sanitaires de l'Annam ont été complétées en matériel mobilier et médico-chirurgical. La pharmacie centrale d'approvisionnement*, créée en 1914, a continué à fonctionner d'une façon satisfaisante malgré les circonstances actuelles,

c'est-à-dire les difficultés d'approvisionnement rencontrées en France par le pharmacien adjudicataire. Toutes les demandes des postes ont reçu satisfaction.

Il n'y a rien de nouveau à signaler en ce qui concerne la Cochinchine.

Le matériel technique dont disposent les formations sanitaires du Cambodge est, en général, suffisant pour les besoins de la pratique courante. Le Cambodge paraît décidé à installer une pharmacie centrale; la question est actuellement [66] à l'étude, et doit incessamment être soumise au Gouverneur général. Les médicaments et objets de pansement ont été, comme les années précédentes, fournis aux formations sanitaires par un pharmacien civil agréé par l'Administration ; aucune formation n'a souffert du manque de médicaments.

En ce qui concerne les nomenclatures réglementaires, les cessions de médicaments et la comptabilité intérieure de l'Assistance, les mesures prescrites par les arrêtés des 23 avril et 9 mai 1910, par la circulaire n° 88-S. S. du 3 octobre 1914 du gouverneur général, et qui sont entrées en vigueur en 1915, ont continué à être appliquées sans soulever de difficultés.

Ressources budgétaires des Services sanitaires et médicaux.

Les ressources budgétaires et crédits divers affectés en 1916 aux Services sanitaires et médicaux se sont élevés à la somme totale de 2.345.118 piastres et 668.625 francs contre 2.096.861 piastres et 1.274.425 francs en 1910.

Fonctionnement administratif.

En ce qui concerne le fonctionnement administratif du Service de l'Assistance, le gouverneur général a signé le 10 janvier 1916 un arrêté déterminant les conditions dans lesquelles les soins gratuits sont dus par les médecins de l'Assistance aux fonctionnaires européens et indigènes dans les provinces ; ce même arrêté règle la question des soins à domicile et fixe un tarif des honoraires pour le cas où ces soins cesseraient d'être gratuits ; sa mise en application n'a présenté aucune difficulté, ni soulevé aucune objection.

[67] Mouvement des personnes assistées de 1913 à 1916 inclus (indigènes).

| | HOSPITALISÉS | | | | JOURNÉES DE TRAITEMENT | | | |
|--------------|--------------|--------|--------|--------|--|---------|---------|-----------|
| | 1913 | 1914 | 1915 | 1916 | 1913 | 1914 | 1915 | 1916 |
| Tonkin | 27.994 | 31.695 | 32.761 | 35.065 | 884.765 | 329.284 | 577.376 | 1.153.212 |
| | | | | | Y compris les lépreux isolés dans les léproseries régionales qui donnent, suivant les années, de 4 à 800.000 et même plus, journées d'hospitalisation. | | | |
| Annam | 9.396 | 12.634 | 14.125 | 19.466 | 240.793 | 226.693 | 275.445 | 351.951 |
| Cochin-chine | 24.726 | 23.675 | 25.901 | 31.086 | 495.811 | 463.448 | 480.842 | 492.873 |
| Cambodge | 3.813 | 3.925 | 4.640 | 4.835 | 78.398 | 79.550 | 89.763 | 93.598 |

| | | | | | | | | |
|--------------------|-------------|---------|---------|---------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Laos | 1.337 | 1.145 | 1.769 | 2.109 | 31.391 | 36.978 | 45.103 | 52.916 |
| Postes consulaires | 2.208 | 1.650 | 1.648 | 1.783 | 47.424 | 39.373 | 38.365 | 47.523 |
| Kouang-tchéou-wan | — | — | 42 | 55 | — | — | 788 | 821 |
| Totaux | 69.474 | 74.724 | 80.886 | 94.399 | 1.778.582 | 2.175.326 | 2.007.682 | 2.192.894 |
| | CONSULTANTS | | | | CONSULTATIONS | | | |
| Tonkin | 173.216 | 209.607 | 190.107 | 231.686 | 423.411 | 433.415 | 433.902 | 692.212 |
| Annam | 178.374 | 197.891 | 195.053 | 190.738 | 472.198 | 540.910 | 555.762 | 566.947 |
| Cochinchine | 127.214 | 120.828 | 121.104 | 156.451 | 402.924 | 373.441 | 420.070 | 363.861 |
| Cambodge | 51.426 | 50.975 | 58.143 | 65.244 | 167.096 | 150.594 | 153.719 | 164.525 |
| Laos | 23.090 | 28.562 | 32.266 | 34.095 | 69.119 | 70.331 | 91.193 | 101.885 |
| Postes consulaires | 45.918 | 46.843 | 41.598 | 34.156 | 153.642 | 133.518 | 121.909 | 123.058 |
| Kouang-tchéou-wan | — | — | 3.361 | 5.211 | — | — | 11.309 | 14.686 |
| Totaux | 599.236 | 654.706 | 641.632 | 717.581 | 1.688.390 | 1.702.209 | 1.787.864 | 2.027.174 |

[68] HYGIÈNE ET SALUBRITÉ PUBLIQUES

Le Conseil supérieur d'hygiène ne s'est pas réuni en 1916.

Les Comités locaux et les Commissions provinciales se sont à peu près régulièrement réunis et se sont occupés de diverses questions d'hygiène individuelle, rurale, urbaine ou générale.

Enfin, les médecins provinciaux, bien que surchargés de travail en raison de la pénurie du personnel médical en Indochine, ont continué, en 1916, à faire les plus louables efforts pour l'application des mesures d'hygiène et la diffusion dans la masse de la population indigène des notions d'hygiène et de préservation contre les maladies transmissibles.

Tonkin

Le Comité local d'hygiène du Tonkin s'est réuni deux fois en 1916 ; il a étudié en particulier un projet d'arrêté municipal pour Hanoï et pour Haïphong concernant la protection des aliments destinés à être absorbés sans cuisson préalable et des denrées alimentaires vendues par les bouchers, charcutiers, tripiers.

Les Commissions provinciales d'hygiène se sont réunies à peu près régulièrement dans les divers centres du Tonkin ; elles ont étudié les principales questions suivantes :

- Voirie et hygiène du centre urbain ;
- Alimentation en eau potable ;
- Comblement des mares ;
- Débroussaillage des abords des agglomérations ;

Écoulement des eaux ;
Lieux d'aisance, vidanges, évacuation des matières usées, etc.

Annam

On a continué à poursuivre, dans la mesure des moyens d'action disponibles, le programme d'hygiène publique fixé par les instructions des 31 janvier 1907 et 14 janvier 1913, par l'arrêté local du 15 septembre 1905 et par l'ordonnance royale du 25 novembre 1908.

Les principales questions relatives à l'hygiène de la colonie avaient été soumises à l'examen du Comité local d'hygiène au début de 1915 ; le Comité ne s'est pas réuni en 1916. Il en a été de même de la plupart des Commissions d'hygiène et des Commissions sanitaires provinciales, la pénurie des crédits ne permettant pas, dans les circonstances actuelles, de donner suite aux vœux exprimés par leurs membres.

[69] En ce qui concerne l'alimentation en eau potable dans les divers centres provinciaux, un rapport d'ensemble avait été établi en 1914 et des propositions avaient été formulées par la Direction locale de la Santé. Les projets avaient en même temps été élaborés pour les provinces du Nord et du Centre-Annam. La pénurie des crédits n'a pas encore permis la réalisation de ces projets, notamment dans les centres de Thanh-hoa, Vinh, Tourane et Qui-nhon.

Comme suite à la question de la répression des fraudes, qui avait été résolue à Hué par la nomination d'une commission spéciale d'hygiène (arrêté du 23 janvier 1915), chargée de contrôler les boissons et denrées alimentaires, d'inspecter les logements et établissements insalubres, etc., une circulaire en date du 4 décembre 1916 du Résident supérieur a fixé les conditions dans lesquelles devront fonctionner le contrôle des produits livrés à la consommation, le prélèvement de ces produits et les poursuites à exercer le cas échéant.

Service de l'état-civil. — En conformité des instructions du Gouverneur général du 31 janvier 1907 et de l'arrêté du 16 janvier 1913, rendant exécutoires les dispositions de l'ordonnance royale du 20 décembre 1912, des instructions ont été données à tous les administrateurs chefs de province pour la création d'un service d'état-civil dans les principaux centres urbains. L'importance de ce service est, en effet, indiscutable au point de vue de la protection de la santé publique. La constatation des décès permet de dépister les cas suspects de maladies contagieuses et de prendre immédiatement les mesures de protection nécessaires ; quant à celle des naissances, elle permet d'exercer une surveillance sur les pratiques obstétricales et sur la mortalité infantile, le médecin profilant de cette occasion pour faire aux mères toutes les recommandations nécessaires sur les premiers soins à donner aux nouveau-nés.

Hygiène des centres. — Malgré l'impression favorable produite au premier abord par plusieurs centres urbains, il reste encore un sérieux progrès à réaliser à peu près partout ; des questions importantes et urgentes relatives à l'eau potable, à l'écoulement des eaux de pluie et des eaux usées, au service de la voirie et des vidanges etc., ne sont encore qu'imparfaitement ou non solutionnées.

Hygiène des chantiers. — Les chantiers de construction du chemin de fer de la ligne de Vinh-Dông-ha, et ceux de la route d'Annam au Laos par Napé et par Cam-lô, ont été l'objet d'une surveillance sanitaire constante.

La situation y a d'ailleurs été satisfaisante, sauf toutefois, et pendant quelque temps, sur les chantiers de la route de Ha-trai.

Cochinchine

L'application des mesures d'hygiène publique a commencé à porter ses fruits, en diminuant les pertes de vies humaines ; mais, par contre, la soumission aux [70] règles de l'hygiène individuelle dépendant du degré d'instruction et de la bonne volonté de chacun, l'action du médecin s'est trouvée souvent très limitée. D'excellents résultats ont été surtout obtenus dans la partie éclairée de la population.

Pour faire pénétrer nos idées sur l'hygiène, dans la population de la campagne, il faut compter sur les efforts des médecins auxiliaires, qui sont en contact plus étroit avec leurs compatriotes que ne peut l'être le médecin européen.

Les Commissions sanitaires se sont réunies d'une façon régulière dans les provinces pour traiter les questions particulières à chaque cas et faire appliquer les arrêtés. Elles ont fait abattre des logements insalubres ou contaminés, elles ont prescrit des travaux intéressant l'hygiène (travaux de drainage, canalisations de toutes sortes, comblement des mares).

Les questions d'hygiène ont reçu en Cochinchine un tel développement, pendant l'année 1916, qu'il convient d'en signaler les principales.

À Bac-liêu, les décortiqueries chinoises qui attirent souvent des rats et des souris ont été éloignées de la ville ; on a continué la démolition de nombreuses habitations insalubres ou menaçant ruine ; un quai d'un kilomètre en béton armé a été terminé ; des mesures de police ont réprimé les dépôts d'immondices dans les caniveaux, l'élevage des animaux dans la zone urbaine ; les chiens errants ont été capturés et on a abattu ceux dont les propriétaires ne se sont pas faits connaître.

À Biên-hoà, dont la qualité de l'eau potable laissait à désirer, on a fait une révision complète du bassin de captation, des réservoirs et des filtres de l'usine des eaux ; ces travaux semblent avoir amélioré la qualité de l'eau.

À Bê-n-tré, on a poursuivi le comblement des mares ; des modifications vont être apportées à l'égout collecteur, dont le fonctionnement est défectueux ; le dépotoir qui était situé à 150 mètres de l'hôpital a été déplacé à 1 kilomètre de la ville ; un lazaret complet va être construit ; l'éclairage électrique a remplacé l'éclairage à acétylène.

À Châu-dôc, un certain nombre d'habitations en briques avec toitures en tuiles ont remplacé des paillotes.

La ville de Saïgon a continué en 1916 les magnifiques travaux d'assainissement qui ont permis de transformer un marécage en une ville coquette, moderne et saine ; des immeubles insalubres ont été condamnés, d'autres ont été réparés ; de nouveaux égouts, des ponceaux, des caniveaux ont été construits ; le boulevard Galliéni, long de 1.870 mètres et large de 40 mètres, a été construit ; une chaussée en latérite et un pont en béton armé ont été établis sur la rade de Cau-kho.

À Tra-vinh, on a construit de nombreux caniveaux et des égouts ; les fosses septiques, dont le fonctionnement avait été reconnu défectueux, ont subi des transformations, suivant les données d'hygiène les plus récentes et présentent actuellement toutes les garanties nécessaires ; des nouveaux marchés ont été construits dans l'intérieur de la province.

[71] A Vinh-long, le sol du marché aux poissons a été refait en béton armé avec caniveaux en pente permettant un écoulement rapide des eaux de lavage et de pluie ; des quais ont été construits sur la rive gauche du rach Lang-ho ; les travaux d'assainissement du camp des miliciens, commencés en 1913, ont été achevés en 1916 ; toutes les mares qui existaient en 1915 dans l'intérieur de la ville ont été comblées et mises à la cote des rues.

Cambodge

Les travaux d'assainissement de Phnom-penh ont été poursuivis en 1916, des améliorations ont été apportées dans divers centres urbains, les Commissions d'hygiène se sont réunies régulièrement.

À Phnom-penh, le réseau d'égouts a été complété par la pose de 632 mètres de buses en ciment armé, les travaux de remblai ont été activement poursuivis, 310.226 mètres cubes de terre ont été extraits, et le Benh-Déchô, vaste marécage situé en pleine ville, a été comblé en partie — 641 mètres de canalisation d'eau ont été posés — des immeubles insalubres ont été détruits et remplacés par des maisons à étage et confortables.

À Kompong-cham, un service de bouage et vidanges a commencé à fonctionner d'une manière satisfaisante.

À Kompong-thom, on a procédé au remblayage du centre urbain.

Viandes de boucherie. — Certains médecins ont signalé que l'abattage des animaux et l'habillage des viandes se faisaient dans des conditions défectueuses, au point de vue propreté et surveillance à exercer.

Des propositions ont été faites au résident, supérieur pour que, dans les centres dépourvus d'abattoirs, il soit édifié des abattoirs provisoires où les bouchers seraient astreints à abattre et débiter les animaux destinés à la consommation. À signaler que la visite des viandes de boucherie a permis, au cours de l'année écoulée, la saisie de nombreux porcs malades.

Laos

L'hygiène individuelle et des groupes laisse encore beaucoup à désirer, et il faudra de longues années pour obtenir des améliorations appréciables, que ne peuvent comprendre que ceux qui vivent au contact des Européens ; le Laotien est naturellement mou et indolent.

L'hygiène des centres urbains a été poursuivie ; dans toutes les provinces, il a été fait autour des villes des débroussailllements, des comblements de mares, des drainages pour évacuation des eaux de pluie.

Il existe des marchés à peu près partout, surveillés et tenus très propres par les soins de la police, des abattoirs dont la viande, dans les points où se trouvent des médecins et des infirmiers, n'est vendue qu'après examen et estampillage. Le service de vidange avec tinettes mobiles et des bouages se généralise.

De grandes améliorations devront être apportées en ce qui concerne l'alimentation en eau potable : en saison sèche, elle est insuffisante à Luang-prabang, Vientiane, Paksé : la nappe d'eau baisse avec le lit du fleuve, et l'on est obligé d'aller la chercher dans des puits à une grande profondeur.

La déclaration des décès par les autorités indigènes, qui est obligatoire, est pratiquement impossible en raison des distances et de l'éloignement des villages ; aussi, nombre de cas de maladies contagieuses échappent-ils à la connaissance de l'Administration.

Établissements d'hygiène. — Les laboratoires d'hygiène du Tonkin et de l'Annam ont pratiqué de nombreuses analyses demandées, les unes par les divers services publics de la Colonie, d'autres par des services médicaux particuliers et, enfin, une faible proportion, par des sociétés privées et des particuliers.

Le laboratoire d'hygiène du Cambodge, n'étant pas encore suffisamment outillé, a procédé seulement à quelques analyses courantes.

Le laboratoire de chimie du service général à Hanoï a fait des analyses de contre-expertises exigées par la législation sur la répression des fraudes.

Les maladies épidémiques figurent pour un chiffre très important dans la statistique générale des maladies de l'Indochine, surtout si l'on considère que de nombreux cas ne sont pas déclarés par les indigènes aux autorités administratives et médicales.

La situation épidémiologique ne s'est pas améliorée depuis 1910 ; elle donne 12.909 cas de maladies contagieuses dont 8.147 suivis de décès, contre 13.209 cas avec 7.342 décès en 1915.

C'est également au choléra que sont dus presque les trois quarts des cas, la plus grande partie s'est déclarée en Annam, dont la situation sanitaire, au point de vue épidémiologique, a été relativement médiocre en comparaison de la situation des autres colonies de l'Union.

Prophylaxie en général.

SERVICE D'ÉTAT-CIVIL. — DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES

Au Tonkin, il n'existe un service d'état-civil que pour la ville de Hanoï. Dans les provinces, la constatation des décès n'est faite, par les médecins européens ou indigènes de l'Assistance, que dans les centres qui en sont pourvus.

[73] Le service d'état-civil a fonctionné d'une façon assez satisfaisante en Annam dans les centres urbains : en conformité des instructions du 31 janvier 1907 et de l'arrêté du 16 janvier 1913 du gouverneur général, rendant exécutoires les dispositions de l'ordonnance royale du 20 décembre 1912, des instructions avaient été données à tous les administrateurs chefs de province pour la création d'un service d'état-civil dans les principaux centres urbains.

En Cochinchine, il n'existe, dans les diverses provinces, un service d'état-civil que pour les Européens.

Quant à la déclaration des maladies contagieuses, malgré les pénalités prévues, il est encore impossible d'obtenir de la population indigène la déclaration immédiate et aussi de tous les cas de maladies transmissibles et ce, pour des raisons déjà antérieurement exposées, entre autres, le zèle plus ou moins actif des notables qui en sont chargés et la crainte de l'application des mesures prophylactiques.

Au Laos, une raison supplémentaire entre en ligne de compte : la déclaration des maladies contagieuses et des décès n'est guère possible, pratiquement, vu les distances et l'éloignement des villages, et nombre des cas de maladies transmissibles échappent ainsi à la connaissance de l'administration.

ISOLEMENT DES CONTAGIEUX, LAZARETS TRANSPORT DES CONTAGIEUX DÉSINFECTIONS INHUMATIONS

Rien de particulier à signaler en 1916.

Les mesures de prophylaxie spéciales sont examinées ci-après, à propos de chaque maladie.

Variole

| Indigènes | cas | décès |
|-----------|-------|-------|
| 1915 | 989 | 157 |
| 1916 | 1.316 | 244 |

On a noté seulement chez les Européens 2 cas de variole au Tonkin et 1 cas en Annam.

Cette augmentation en 1916 touche surtout la Cochinchine, puis, moins fortement, le Tonkin.

Au Tonkin, la variole, qui avait donné 390 déclarations d'indigènes et 10 d'Européens en 1915, a fourni 551 déclarations d'indigènes et 2 d'Européens en 1916.

En Cochinchine, les résultats satisfaisants des vaccinations antérieures s'étaient faits sentir jusqu'en 1915, ainsi que le montre le total des cas, pour chaque année, depuis 1911 : [74]

| Année | Cas |
|-------|-------|
| 1911 | 1.666 |
| 1912 | 666 |
| 1913 | 506 |
| 1914 | 31 |
| 1915 | 79 |

Le nombre de cas déclarés de variole est monté en 1916 à 406. Ce grand nombre de déclarations paraît marquer une recrudescence de la maladie. Le service de la vaccine mobile n'a pas fonctionné en 1916, mais, dans les provinces, les médecins européens et indigènes et les infirmiers vaccinateurs ont multiplié leurs tournées. Cette recrudescence peut être due, cependant en partie, à ce que les déclarations sont faites plus soigneusement ; mais il ne faut pas se dissimuler non plus que beaucoup d'adultes échappent aux vaccinations et que nombre d'enfants reviennent à chaque séance et sont inoculés tous les ans, deux et même trois fois, alors que d'autres enfants âgés de 5 ou 6 ans sont encore vierges de toute immunisation.

Dans quelques provinces de Cochinchine, au lieu de s'en tenir à un simple pointage anonyme des sujets vaccinés, on remet à chacun d'eux une carte détachée d'un registre à souches portant le nom du sujet et de ses parents, son âge, le nom du village et la date de la première inoculation. Ce système, qui permet aux notables de dépister les abstentionnistes et de les obliger, dans la mesure du possible, à se rendre aux séances de vaccine, devrait être étendu à tout le territoire de l'Union, où il donnerait vraisemblablement des résultats appréciables.

Vaccinations. — Le nombre des vaccinations pratiquées en Indochine, pendant l'année 1916, est légèrement supérieur au nombre des vaccinations faites en 1915 : 1.372.656 vaccinations et revaccinations ont été pratiquées en 1916 contre 1.352.246 en 1915.

Il est intéressant de constater que le nombre des vaccinations s'est maintenu, à peu de chose près, au même niveau que les années précédentes, malgré la grande pénurie du personnel et la suppression des services de vaccine mobile.

Dans toutes les colonies de l'Union, faute du service de la vaccine mobile, la prophylaxie de la variole s'est poursuivie, à l'aide des vaccinations pratiquées par les médecins provinciaux et par les infirmiers, soit dans les chefs-lieux, soit dans l'intérieur des provinces, pendant leurs tournées médicales.

Choléra

| Indigènes | cas | décès |
|-----------|-------|-------|
| 1915 | 9.894 | 6.326 |
| 1916 | 9.774 | 6.987 |

L'année 1916 a donc été une année de choléra comme l'année 1915 : la maladie a sévi partout et avec [75] intensité et n'a pas non plus épargné les Européens qui ont fourni 35 cas et 4 décès.

La répartition par colonie des cas et décès indigènes est la suivante :

| | Cas | Décès |
|-------------------|-------|-------|
| Tonkin | 3.999 | 2.128 |
| Annam | 4.084 | 3.543 |
| Cochinchine | 472 | 243 |
| Cambodge | 183 | 131 |
| Laos | 755 | 687 |
| Kouang-tchéou-wan | 281 | 255 |
| Total | 9.774 | 6.987 |

La maladie a éprouvé à peu près tout le Tonkin, et surtout du mois de février au mois de septembre. C'est pendant les mois de mai, juin et juillet que l'épidémie a été la plus forte. Les foyers les plus importants ont été : Quang-yên (620 cas), Vinh-yên (567 cas), Hanoï (529 cas), Haïphong (459 cas), Nam-dinh (416 cas), Ha-dong (233 cas).

Le nombre de cas a plus que doublé en Annam ; alors qu'il était de 1.816 en 1915, il a fourni 4.084 cas en 1916. Le plus grand nombre a été constaté de janvier à juillet. Les provinces les plus atteintes ont été : Nghê-an (1.229 cas), Ha-tinh (761 cas), Quang-binh (633 cas), Thanh-hoa (609 cas), Thua-thiên, Hué (302 cas).

Quant aux cas déclarés en Cochinchine, leur nombre a été très inférieur à celui de l'année précédente : 472 cas contre 3.791 en 1915 ; il en a été de même pour le Cambodge qui donne 183 cas en 1916 contre 782 en 1915.

Au Laos, le choléra a sévi épidémiquement du mois d'avril au mois de septembre, avec une prédominance marquée en juillet et en août. Luang-prabang, la province du Cam-mon et le Tran-ninh furent atteints. La maladie avait été importée dans ces deux provinces par des indigènes venant de l'Annam, soit pour faire du commerce, soit pour fuir des foyers épidémiques. En vue d'éviter la propagation de la maladie, des postes sanitaires furent placés sur les principales routes faisant communiquer l'Annam (provinces de Vinh, de Ha-tinh et de Dong-hoi) avec le Laos (provinces de Cam-mon, de Savannakhet et de Tran-ninh). Il y eut au total; au Laos, 755 cas et 687 décès contre 360 cas et 279 décès en 1915 ; Luang-prabang à lui seul donne 298 cas. Cette ville avait été contaminée par l'eau de la rivière Nam-khan, affluent du Mékong ; de Luang-prabang d'ailleurs le choléra descendit le long du Mékong jusqu'à Paklay. À rappeler que chaque année à la même époque, le choléra sévit dans cette région sur le Mékong et ses affluents.

Le territoire de Kouang-tchéou-wan a fourni 281 cas avec 2.55 décès. La délégation de Taiping à elle seule se signale par 195 cas, tous mortels. [76] Aucun cas n'avait été déclaré en 1915.

Sur le total de 9.774 cas de choléra déclarés en 1916 dans toute l'Indochine, un certain nombre concerne des tirailleurs ou des ouvriers indigènes qui, recrutés pour la Métropole, étaient groupés dans divers centres de l'Annam et du Tonkin, où ils attendaient le moment de leur embarquement.

Mais cependant, le nombre de ces indigènes nouvellement recrutés, qui furent atteints de choléra, fut moins important qu'on ne le croit généralement, puisque sur les milliers de recrues, 495 cas de choléra ont été seulement observés.

Le choléra, on le sait, est endémique en Indochine. A peu près d'une façon continue, il se manifeste par des cas isolés, dits sporadiques, qui, sous l'influence de causes

générales favorisantes, provoquent de loin en loin l'écllosion de foyers épidémiques et la diffusion de l'infection.

Il n'est pas douteux que ces causes générales favorisantes aient existé au moment où le recrutement a été ordonné.

Des masses humaines, aussi importantes que celles qui ont été mises en mouvement à la fois au début de cette année 1916, ne sauraient être tout d'abord remuées sans aléas sanitaires, dans un pays où la population a une méconnaissance tout à fait entière de l'hygiène et de la propreté la plus élémentaire. Ces mouvements constituaient donc un danger par eux-mêmes.

Ils constituaient aussi une innovation, une première expérience, et une levée de gens valides aussi grosse que celle qui a été opérée en deux mois n'avait jamais été effectuée en Annam et au Tonkin.

Ensuite, certaines régions de l'Annam et du Bas-Tonkin étaient alors littéralement en proie à la misère la plus noire : des inondations énormes, très étendues d'un côté, la sécheresse prolongée outre mesure de l'autre, avaient rendu à peu près nulle les récoltes de riz de la dernière saison de l'année 1915. Des provinces très riches en temps ordinaire, et très denses comme population, étaient peuplées de gens faméliques pour lesquels le recrutement était devenu une planche de salut.

De fait, le nombre des volontaires dans les provinces particulièrement miséreuses a été tout à fait élevé : malheureusement, chez ces gens qui avaient souffert, il y avait, à n'en pas douter, de nombreux porteurs de germes cholériques, qui attendaient simplement l'occasion favorable pour se manifester. Cette occasion a été trouvée : pour les uns dans l'abondance et, avec l'abondance, dans les excès alimentaires ; pour les autres dans les conditions défectueuses d'installation et les conditions climatériques, le froid surtout. Empêcher, dans des conditions pareilles, l'écllosion d'une affection endémique dans les groupements constitués, était chose presque impossible.

Dans les mois qui avaient précédé le début des opérations de recrutement, le choléra avait déjà fait son apparition dans la plupart des provinces de l'Annam ; et au Tonkin, dès la seconde décade de février, il était [77] officiellement déclaré dix cas dans la province de Ninh-binh, limitrophe de l'Annam, et la province de Nam-dinh, voisine de cette dernière, devait elle aussi, dans plusieurs de ses villages, être peu après touchée par l'infection.

Ce point est important à énoncer : il démontre clairement que les opérations de recrutement ne doivent pas être, d'une façon absolue, mises en cause dans le développement du choléra en Annam et au Tonkin pendant l'année 1916. Signalons d'ailleurs qu'en 1915, où aucun recrutement n'avait été fait, l'Indochine avait déjà présenté 9.894 cas de choléra, c'est-à-dire un peu plus qu'en 1916.

Dès les premières manifestations de l'infection dans les groupes de recrues, des mesures prophylactiques furent prises pour en empêcher l'extension et la propagation dans les populations civiles voisines ; entre autres mesures, il était indispensable d'abandonner les cantonnements ou immeubles réquisitionnés en pleine ville, comme à Hanoï et à Nam-dinh, et de dégager certains casernements où, sous l'affluence du début, avaient été réunis en groupes trop denses les indigènes reconnus aptes par les commissions d'incorporation ; dans ce but, en dehors des centres urbains, on construisit de vastes camps avec des paillotes isolées ou isolables les unes des autres, ayant chacune leurs cabinets d'aisance indépendants et en nombre suffisant, et leurs lavabos ou postes de savonnage.

Une telle organisation avait le grand avantage de faciliter la surveillance générale de chaque groupement constitué et, à l'occasion, son isolement. Mais en réalité le seul moyen qui pouvait devenir efficace était la vaccination anticholérique.

Comme la colonie n'avait pas à sa disposition immédiate de vaccin tout préparé, le laboratoire de bactériologie de Hanoï fut mis à contribution et, avec des moyens réduits, put mettre à la disposition du Service de Santé militaire, au commencement de

mai, quelques milliers de doses de vaccin, qui avait été essayé avec des résultats tout à fait encourageants par les médecins de l'Assistance en Annam. La vaccination anticholérique étant loin d'être au point, il convenait, en effet, d'user d'une certaine prudence dans son emploi.

Les inoculations, commencées dès les premiers jours de mai, étaient terminées fin juin et, avec elles, le choléra disparaissait des contingents.

L'expérience de ces inoculations, qui n'ont produit en général que peu ou pas de réactions locales ou générales, est donc de bon augure pour l'avenir.

En même temps, les mesures qu'exigeaient vis-à-vis de l'extérieur les règlements de police sanitaire maritime, étaient appliquées ; un arrêté déclarant la contamination du port de Haiphong fut pris par le gouverneur général le 15 juin et rapporté le 7 septembre.

[78] Peste
En Indochine et sur le territoire de Kouang-tchéou-wan

| Indigènes | cas | décès |
|-----------|-----|-------|
| 1915 | 976 | 767 |
| 1916 | 844 | 534 |

Il y a donc une très légère diminution.

Les cas et décès se répartissent par colonie de la façon suivante :

| | Cas | Décès |
|-------------------|-----|-------|
| Annam | 357 | 234 |
| Cochinchine | 272 | 123 |
| Cambodge | 184 | 169 |
| Kouang-tchéou-wan | 29 | 8 |
| Tonkin | 2 | — |
| Total | 844 | 534 |

Dans le Sud-Annam, l'endémo-épidémie pesteuse continue à régner, comme les années précédentes, dans les provinces de Phan-thiêt, Phan-ri, Phan-rang, où elle a causé 240 décès sur 350 cas. 70.753 vaccinations ont été pratiquées en ces trois provinces et les opérations de dératisation ont permis la destruction de 26.046 rats.

Le nombre de cas a été un peu plus élevé que celui enregistré l'an dernier ; mais si on rapproche ces chiffres de ceux de 1914, on est amené à conclure qu'une amélioration très marquée s'est produite dans la situation sanitaire de cette région et que la maladie s'y trouve partout en voie de diminution.

Il est regrettable, toutefois, que les désinfections des habitations indigènes soient le plus souvent illusoires ; la seule mesure efficace serait de les brûler, mais c'est un moyen extrême auquel on n'ose se résoudre que difficilement.

En Cochinchine, 272 cas de peste ont été déclarés en 1916 contre 121 en 1915 ; ces cas se sont produits durant toute l'année, avec cependant un maximum fréquent dans la période qui s'étend du mois de février au mois de juillet. La province la plus atteinte a été Cholon (140 cas), puis celle de Gia-dinh (36 cas) ; 32 cas ont été signalés à Saïgon.

Il s'agit d'anciens foyers qui se sont rallumés. Tous les cas signalés sont des cas de peste bubonique, rarement septicémique.

Sur 205 cas de peste déclarés au Cambodge, 154 sont survenus à Phnompenh ayant occasionné 140 décès ; les autres se répartissent entre Kompongcham, Soai-rieng, Prey-veng et Ta-kéo. La majorité des cas revêtent la forme [79] bubonique ou généralisée ; à Phnom-penh, il aurait été observé un cas de peste pneumonique.

1.579 injections de vaccin antipesteux ont été pratiquées à Phnom-penh ; toutes les mesures prophylactiques prévues par les arrêtés en vigueur ont été intégralement appliquées ; cependant, l'abandon, dans des pagodes, de malades contagieux, est encore trop fréquent ; il empêche de connaître le domicile ou lieu de provenance du malade et de prendre les mesures de protection qui seraient nécessaires. Les équipes de dératisation ont détruit 46.049 rats.

Dans l'intérieur du Cambodge, les mesures prophylactiques prévues contre la peste sont observées mais la dératisation semble beaucoup délaissée ; à Kompong-cham, 1.476 rats seulement ont été capturés, et rien n'a été fait à ce point de vue dans les autres circonscriptions.

Très peu de cas de peste ont été signalés dans le territoire de Kouang-tchéou-wan :

| Indigènes | cas | décès |
|-----------|-----|-------|
| 1915 | 387 | 338 |
| 1916 | 29 | 8 |

2 cas non suivis de décès ont été déclarés au Tonkin.

Dysenterie

| | cas | décès |
|-----------|-----|-------|
| Européens | 95 | 0 |
| Indigènes | 487 | 10 |

Ces chiffres indiquent une diminution notable de la dysenterie en Indochine depuis 1915, où l'on avait 201 cas et 2 décès Européens, 512 cas et 54 décès indigènes.

Cette affection qui, naguère, faisait tant de victimes en Cochinchine, a diminué de fréquence et de gravité. La dysenterie bacillaire est heureusement influencée par le sérum et la dysenterie amibienne guérit très rapidement sous l'influence de l'émétine ; quant à sa complication, l'hépatite suppurée, elle s'est réduite à des proportions inespérées depuis l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique des dysenteries amibiennes.

À Saïgon, un seul décès du à la dysenterie a été enregistré en 1916 avec le diagnostic : « dysenterie chronique ». Et le médecin de la municipalité [René Montel] écrit dans son rapport annuel : « Pour la première fois depuis 16 années que nous habitons en Cochinchine et peut-être depuis la conquête, il n'a pas été inscrit à l'état-civil un seul décès avec le diagnostic d'hépatite suppurée — et il donne le tableau suivant qui, dit-il, « parle éloquentement ».

| ANNÉE | DÉCÈS PAR HÉPATITE SUPPURÉE | DÉCÈS PAR DYSENTERIE |
|-------------------|-----------------------------|----------------------|
| Traitement ancien | | |
| 1908 | 20 | 18 |
| 1909 | 25 | 22 |

| | | |
|-------------------------|----|----|
| 1910 | 22 | 17 |
| 1911 | 12 | 8 |
| 1912 | 23 | 17 |
| Découverte de l'émétine | | |
| 1913 | 9 | 8 |
| 1914 | 3 | 9 |
| 1915 | 1 | 2 |
| 1916 | 0 | 1 |

Paludisme

Le paludisme est toujours l'affection qui tient la tête, de beaucoup, par ordre de fréquence, dans le tableau nosologique de l'Indochine. 11.946 individus ont été traités en 1916 pour cette affection contre 9.777 en 1915.

La quininisation thérapeutique et préventive reste l'arme la plus efficace contre le paludisme, dans un pays comme l'Indochine, où la prophylaxie anophélienne (destruction des moustique et de leurs larves, par pétrolage ou comblement des mares, et par des travaux d'assainissement divers) rencontre des difficultés pratiquement insurmontables. Le service de quinine d'État, institué par l'arrêté du 4 décembre 1909, continue à fonctionner normalement et chaque année des sommes importantes sont inscrites aux divers budgets locaux pour son fonctionnement.

Lèpre

Les lépreux existant au Tonkin, au 1^{er} janvier 1917, étaient au nombre de 2.479, sur lesquels 1.601 étaient internés dans les diverses léproseries, 104 isolés à domicile, sous la surveillance administrative, et 774 non encore internés.

Aucune modification n'a été apportée, depuis 1916, au fonctionnement des léproseries régionales du Tonkin dont le service médical est rattaché au Service d'Assistance de la province dans laquelle chacune de ces léproseries se trouve située. Toutes les questions afférentes à ces établissements sont centralisées par le directeur local de la Santé, conformément aux dispositions de l'arrêté du 29 avril 1915.

En Annam, conformément aux instructions du Département et de la circulaire du gouverneur général du 25 août 1914, le recensement des lépreux a été [81] effectué dans les diverses provinces, d'entente entre l'Administration et le Service médical, et a donné 1.883 lépreux.

L'absence des crédits n'a pas encore permis de donner suite aux projets d'installation de villages d'isolement.

En Cochinchine, il existait, au 31 décembre 1916, 180 lépreux internés à la léproserie de Cùlao-Rông* (province de My tho) ; ce chiffre ne représente qu'une faible partie des lépreux de la Cochinchine. Beaucoup de lépreux sont autorisés à rester auprès de leur famille : celle-ci s'engage à pourvoir à leur subsistance et à assurer leur isolement. Il ne faut pas se dissimuler que cette mesure humanitaire rend en fait l'isolement des lépreux illusoire.

En 1914, le recensement prescrit par le gouverneur général avait révélé l'existence de 2.163 lépreux dans les provinces. Mais la création de villages de lépreux, mise alors à l'étude, n'est pas encore solutionnée. Il y aurait cependant lieu de prendre des mesures rapides, la léproserie de Culao-Rong étant insuffisante.

Il n'existait au Cambodge aucune organisation pour l'isolement et le traitement des lépreux jusqu'en 1915, où la création de léproseries, d'une organisation analogue à celle des léproseries du Tonkin, a été décidée ; la léproserie, créée à titre d'essai au village de Troeng (Kompong-cham), par arrêté du gouverneur général du 7 juin 1915, n'a commencé à fonctionner qu'en décembre 1916 et il est impossible d'émettre actuellement une appréciation sur les avantages que peut présenter la création de ces établissements.

POLICE SANITAIRE MARITIME

Ce service a continué à fonctionner très régulièrement pendant l'année 1916 dans les divers pays de l'Union, conformément aux règlements en vigueur.

Aucune mesure sanitaire à l'arrivée, aucune mesure quarantenaire officiellement prescrite n'a été prise dans les ports de la colonie vis-à-vis des provenances de l'extérieur.

En ce qui concerne les mesures sanitaires au départ : 1° — l'arrêté du gouverneur général en date du 15 juin 1916, déclarant le port de Haiphong contaminé de choléra, a été rapporté le 7 septembre ; 2° — les régions de Phan-rang et de Phan-thiêt étant toujours atteintes de peste, l'arrêté du gouverneur général du 16 février 1914 déclarant ces régions contaminées n'a pas été rapporté, et leurs provenances continuent à être l'objet d'une surveillance particulière au départ : visite et vaccination antipesteuse des équipages des jonques.

L'outillage du service sanitaire maritime du port de Haiphong laisse fort à désirer.

[82] La construction d'un pavillon pour quarantaines européens, entreprise en 1910 au lazaret de Binh-dông, est achevée.

La création d'un lazaret à Moncay a été demandée à différentes reprises et sans résultat par les agents de la Santé et l'autorité administrative de la province ; cette demande se justifie pleinement par l'importance des relations de Moncay avec les régions chinoises voisines d'une part et le port de Haiphong d'autre part.

Les mêmes raisons justifient la nécessité d'un lazaret à Hongay ; ce port est en relations constantes avec Hong-kong et les ports du Sud de la Chine, où la peste sévit à l'état endémo-épidémique.

Le lazaret de Tourane a été presque, entièrement démoli par un typhon en 1915 ; celui de Qui-nhon est insuffisant.

Rien à signaler par ailleurs au point de vue du fonctionnement du service.

Ont été arraisonnés dans les ports de l'Indochine :

Vapeurs 2.071
Jonques de mer 5.665
Navires de guerre 4

POSTES MÉDICAUX CONSULAIRES

Le poste médical consulaire de Yunnan-fou continue à prospérer davantage chaque année et contribue au développement de l'influence française au Yunnan.

Il a été donné en 1916 à l'hôpital 79.456 consultations à 19.782 consultants, et il y a eu 264 hospitalisations.

Le service des consultations payantes, organisé en 1913, à côté de celui des consultations gratuites, donne de plus en plus toute satisfaction. Il avait été institué non seulement pour augmenter les ressources de l'hôpital, mais encore pour ne pas éloigner une bonne partie de la population chinoise appartenant aux classes aisées et à qui il

répugnait manifestement d'être confondue avec les indigents. Les malades riches et aisés, appartenant aux classes dirigeantes ou commerçantes, il ne peut que s'ensuivre de bons résultats au point de vue de l'extension de l'influence française.

Il n'y a plus eu de médecin au poste consulaire de Mong-tseu, jusqu'au mois d'avril 1917, date à laquelle un médecin major de 2^e classe des troupes coloniales y fut affecté. Jusqu'à l'arrivée de ce médecin, le service a été assuré, une fois par semaine, par le médecin de la Compagnie des chemins de fer du Yunnan dont le siège est à Amitchéou.

Un médecin aide-major a été affecté en avril 1917 au poste médical de Pak-hoi qui était dépourvu de titulaire depuis le 29 juin 1910.

Oubône est toujours sans médecin.

[83] L'hôpital Doumer et l'École de médecine de Canton ont continué à fonctionner malgré la réduction de leur personnel médical à 2 médecins au lieu de 3 ; mais en raison de cette pénurie de personnel médical, il est difficile d'exiger que de grands progrès soient réalisés par ces établissements.

À Hoi-hao, rien de particulier à signaler.

En résumé, à part Yunnan-fou, tous les postes médicaux consulaires ont été très gênés dans leur fonctionnement par suite de la pénurie de personnel médical.
