

## CHAPITRE V.

### LA S A N T E .

#### **Section I. — APERÇU HISTORIQUE.**

1. — L'occupation coloniale à ses débuts ne se prêtait guère à l'action médicale. C'est en 1897 que fut créé à Léopoldville le premier laboratoire du Congo. En 1908, la Colonie comptait 30 médecins et un pharmacien.

Sur les ordres du Roi Souverain, une Ecole de Médecine Tropicale fut créée à Bruxelles en 1906. Des commissions médicales et des missions spéciales furent envoyées sur place. Mais ce ne fut vraiment qu'en 1909 qu'une concentration des efforts fut réalisée par la création d'un Service Médical proprement dit. Ce service fut chargé de centraliser les renseignements, de coordonner les initiatives et d'organiser méthodiquement l'action médicale. Des laboratoires de recherche créés notamment à Elisabethville vinrent s'ajouter à celui de Léopoldville.

Après la guerre de 1914, plusieurs organisations appuyèrent l'action médicale générale : le Foréami (Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale), la Fomulac (Fondation Médicale de l'Université de Louvain), le Cemubac (Centre Médical de l'Université de Bruxelles), et enfin la Croix-Rouge du Congo et le Fonds Social du Kivu.

L'importance de la recherche médicale à la Colonie justifia bientôt et dès 1922, la création d'un service administratif spécialisé en matière d'hygiène publique. Des hôpitaux, de plus en plus nombreux, furent construits par l'Etat, les missions, les sociétés, les organismes philanthropiques. Les dispensaires se multiplièrent. Ils se chiffrèrent par dizaines d'abord, par centaines ensuite.

Ces dernières années, plusieurs médecins privés s'établirent au Congo.

2. - En 1920, le Service Médical du Gouvernement disposait de 150 lits pour Européens répartis entre 10 établissements et 3.040 lits pour indigènes répartis entre 34 établissements. En 1947, la situation générale se présentait comme indiqué ci-après :

**Tableau n° 8**

Désignation	Nombre d'établissements	Nombre de lits
<i>Etablissements de médecine générale pour Européens</i>		
Hôpitaux et maternités de l'Etat.	26	479
Autres hôpitaux et maternités subsidiés par l'Etat et privés	48	555
<i>Etablissements de médecine générale pour indigènes</i>		
Hôpitaux et maternités de l'Etat	55	12.204
Dispensaires ruraux de l'Etat	523	} 30.706
Autres hôpitaux et maternités subsidiés par l'Etat et privés	135	
Autres dispensaires ruraux subsidiés par l'Etat et privés	555	
<i>Formations spécialisées pour les soins aux indigènes sommeilleux, lépreux et tuberculeux</i>		
Formation de l'Etat.		1.749
Autres formations		5.421

En 1922, le personnel médical était composé de : 68 médecins, 7 pharmaciens. 71 agents sanitaires. 12 infirmières, 1 dentiste. Depuis lors, il n'a cessé de s'accroître, comme l'indique le tableau suivant

## EFFECTIF OU PERSONNEL MEDICAL

	MEDECINS		PHARMACIENS		DENTISTES		AGENTS SANITAIRES AUXILIAIRES MEDICAUX INFIRMIERES RELI- GIEUSES ET LAIQUES		
	Rétribués par l'Etat (1)	Autres (2)	Rétribués par l'Etat (1)	Autres (2)	Rétribués par l'Etat (1)	Autres (2)	Rétribués par l'Etat (1)	Autres (2)	
1925	95	72	8	3	1	1	A.S. etc.	48 97	13 (4) 2
1930	148	133	11	13	1	4	A.S. etc	121 29 (3)	34 183
1935	138	121	5	13	-	3	A.S. etc	158 106	58 -
1940	179	157	2	12	-	5	A.S. etc	198 281	106 -
1945	166	153	3	15	-	13	A.S. etc	159 357	142 (4) 40
1947	184	193	6	21	4	14	A.S. etc	256 384	125 -

- (1) Comprend le personnel médical de la Colonie, des districts urbains et, depuis 1935, des missions nationales.
- (2) Autres : FOREAMI – FORMULAC – CEMUBAC – FONDS SOCIAL DU KIVU – CROIX ROUGE – MISSIONS PROTESTANTES – SOCIETES PRIVEES – MEDECINS COLONS
- (3) Ce chiffre ne concerne que les infirmières laïques au service du Gouvernement. A ce nombre doit s'ajouter celui des infirmières religieuses desservant les nombreux hôpitaux du Gouvernement
- (4) Ce chiffre ne comprend qu'une partie des infirmières laïques ou religieuses au service des organismes privés. A ce nombre doit s'ajouter le chiffre des nombreuses infirmières religieuses ou missionnaires desservant les hôpitaux des Missions.

Le tableau ci-dessus ne mentionne que le personnel médical européen. A ces effectifs, il convient d'ajouter ceux du nombreux personnel auxiliaire indigène.

En 1947, par exemple, ce personnel indigène atteignait le total de :

- 2.549 auxiliaires indigènes divers rétribués par la Colonie.
- 453 auxiliaires indigènes divers pour les Missions et pour le Foreami.

3. – L'enseignement médical fut activement poussé. En 1933, l'Ecole de Médecine Tropicale devint l'Institut de Médecine Tropicale et fut transférée à Anvers. Des écoles du degré inférieur destinées aux Congolais furent installées dans un grand nombre de localités, des écoles du degré moyen ouvertes dans une dizaine de localités. En 1936, une école du degré supérieur fut créée à Léopoldville et, peu après, une autre à Kisantu.

4. – Les campagnes intensives menées entre autres contre la maladie du sommeil, les maladies vénériennes et le pian, appuyèrent l'immense effort fait par l'Etat, les missions, les entreprises privées et les organismes philanthropiques en vue d'améliorer le sort des indigènes.

### **Section II. — L'ACTION MEDICALE DANS L'AVENIR.**

L'amélioration de la santé publique est, dans l'ordre logique, le premier

objectif du Plan Décennal. Cette tâche dépasse toutefois le domaine strictement médical ; elle postule l'amélioration des conditions d'hygiène générale, et notamment de l'alimentation, de l'approvisionnement en eau potable, de l'habitation, de l'habillement, de l'hygiène corporelle. Ces matières font l'objet des chapitres précédents celui-ci est consacré à l'action médicale proprement dite.

#### **PARAGRAPHE I. — ASSISTANCE MEDICALE ET PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES.**

##### *1. Malaria et maladie du sommeil.*

Au premier plan du programme médical figure la lutte contre deux maladies qui revêtent un caractère endémique avec des incidents épidémiques : la malaria et la maladie du sommeil (trypanosomiase humaine). Elle nécessite la mise en oeuvre de tous les moyens dont dispose l'action médicale soit curative, soit prophylactique.

Pour l'une comme pour l'autre de ces maladies, il existe un agent transmetteur ; le combat contre l'anophèle et la glossine est essentiel et fera l'objet des campagnes intensives prévues au plan.

Mais toutes deux requièrent en outre une action préventive contre le germe causal (le plasmodium et le trypanosome), d'où le recours, non pas à des vaccins comme dans les maladies microbiennes, mais à la chimiothérapie prophylactique. Cette action est d'autant plus nécessaire que les populations sont, dans leur très grande majorité, atteintes de malaria endémique dans une proportion qui n'est guère inférieure à 50 %, et que la trypanosomiase se présente de telle manière que la chimiothérapie en masse donnera dans certains cas de meilleurs résultats que la recherche de cas individuels.

Pour la malaria, la chimiothérapie prophylactique au moyen de la quinine joue un rôle de premier plan, en raison non seulement de l'efficacité mais aussi de l'abondance de cette substance. Le Congo Belge en est producteur. La chimiothérapie quinique n'exclut d'ailleurs nullement l'emploi dit produits anti-paludiques synthétiques. L'action médicale curative est susceptible de sauver des dizaines de milliers de vies humaines chaque année. En matière de paludisme, cette action sera particulièrement utile chez les jeunes enfants et doit être appliquée sur toute l'étendue du territoire. Chez les adultes, elle s'impose principalement là où la malaria est d'origine plus récente, notamment dans les régions d'altitude. Elle aura lieu dans les hôpitaux et dans les dispensaires ruraux : la vulgarisation de l'emploi de la quinine sans un minimum de surveillance médicale n'apparaît pas comme désirable.

Le traitement de la maladie du sommeil peut être entrepris dans les établissements existants mais doit être appliqué, en ordre principal, par des équipes itinérantes chargées du recensement médical des populations rurales. L'extension de la maladie est telle qu'elle nécessite l'organisation d'un contrôle constant sur environ 50 % du territoire. Au cours des 20 dernières années, l'action médicale a atteint quelque 500.000 malades, qui furent ainsi arrachés à la mort. L'indice d'infection nouvelle est tombé au quart de ce qu'il était il y a vingt ans. Mais la bataille n'est pas gagnée. L'apparition de chimio-résistances nécessite la mise en oeuvre de moyens nouveaux et toujours plus puissants.

En plus de l'action esquissée ci-dessus, il est nécessaire de faire l'éducation des populations. La lutte des organismes officiels contre les insectes sera complétée par l'action individuelle des habitants qui doivent apprendre à s'en préserver et aussi à les détruire.

Enfin, la recherche scientifique doit être développée. Le plan prévoit d'ailleurs une extension considérable du nombre des laboratoires. En raison de la position centrale du Congo Belge dans la zone d'infection et de l'importance du problème de la maladie du sommeil pour nos populations, un Bureau Permanent de la Trypanosomiase a été créé à Léopoldville. Tous les pays menacés par ce fléau y participent et la collaboration des autorités britanniques, françaises, portugaises et belges y est organisée.

## 2. --- Tuberculose pulmonaire.

Rare chez les Européens, qui font l'objet d'un contrôle sévère avant leur arrivée, cette affection semble se développer parmi les indigènes, chez qui elle se caractérise par une évolution rapide. Les renseignements qu'on possède quant à son extension replie sont encore imprécis. Il importe aujourd'hui d'étudier de manière approfondie la propagation de la tuberculose dans les diverses régions de la Colonie. La mission Cemubac vient de le faire pour le Maniema et le Kivu. Aussitôt le dépistage terminé, il conviendra de passer au traitement de la maladie et à l'isolement des malades dans des sanatoria appropriés. D'autre part, la vaccination par le B.C.G. doit être généralisée sans retard dans tous les centres où le contrôle est possible.

Rappelons, d'ailleurs, que la lutte contre la tuberculose doit aller de pair avec une politique de logement, d'alimentation rationnelle et d'hygiène en faveur des collectivités indigènes. La tuberculose, il ne faut pas l'oublier, est avant tout une maladie sociale.

## 3. — Maladies vénériennes.

Après la malaria, elles constituent l'endémie la plus importante de la Colonie. Quoique les cas soient très nombreux, ces maladies ne semblent pas être en progrès. Bien administrés, les traitements se révèlent très efficaces, mais leur application rationnelle se heurte à de nombreuses difficultés, notamment l'insouciance des malades qui abandonnent le traitement dès que les signes apparents de l'infection ont disparu. Seul un service social puissant, organisé, recherchant les malades insouciants ou récalcitrants, peut assurer une fréquentation régulière des dispensaires. Encore est-il très difficile d'atteindre l'élément instable de la population composé de travailleurs itinérants, de visiteurs, d'insoumis, etc...

Pour lutter efficacement contre les endémies vénériennes, il faut tenir compte de leur mode de propagation. Traiter la population d'un centre urbain ou d'un camp de travailleurs est une entreprise vaine si l'on néglige de traiter la population des villages suburbains ou voisins. Pour être efficaces, les efforts des sociétés privées et de l'Etat doivent être coordonnés.

## 4. — Pian.

Cette maladie, bien que très répandue encore, est plutôt en régression. Son incidence sociale est limitée. L'efficacité des traitements est un puissant moyen de propagande en faveur de la fréquentation des hôpitaux.

## 5. --- Lèpre.

Cette grave maladie, dont l'incidence sociale est considérable, est très répandue. Les recensements effectués jusqu'à présent permettent de conclure que le nombre des lépreux atteint au moins 60.000. Le traitement étant peu efficace, il est essentiel de pouvoir isoler les contagieux dont le nombre actuel atteint environ vingt mille.

Il existe déjà de nombreux villages agricoles destinés à l'isolement des lépreux: mais leur organisation devrait être améliorée. Il faudrait notamment séparer les enfants des parents et prendre les dispositions permettant de leur assurer une éducation complète à l'abri de la contagion. Dès à présent, on s'efforce de donner aux malades isolés les conditions d'une existence normale. Il conviendrait de perfectionner encore cette organisation de manière à donner aux malades l'impression de se trouver dans un village ordinaire avec des services sociaux développés (groupements sportifs, récréatifs, etc...)

## 6. -- Affections des voies respiratoires.

La pneumonie et la broncho-pneumonie prennent chez le noir une tournure

dangereuse due principalement à une sensibilité particulière au pneumocoque. La mortalité due au pneumocoque, était de 21,5 % en 1930, de 8.44 % en 1947. Le traitement par les sulfamides ou la pénicilline permet d'augurer pour l'avenir une nouvelle baisse de la mortalité due à cette maladie.

7. — *Dysenterie amibienne. helminthiases, bilharzioses.*

La dysenterie amibienne est très répandue, surtout dans les agglomérations. Quoique rarement mortelle, elle a un effet débilant qui entraîne une incidence sociale qu'on aurait tort de négliger. Outre les campagnes de dépistage et le traitement des malades identifiés, c'est surtout vers l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable, l'éloignement des déchets et la lutte contre les mouches, qu'il convient d'orienter les efforts.

Il en va de même pour les helminthiases, très répandues dans tout le Congo, et la bilharziose qui sévit dans certaines régions.

8. -- *Filarioses.*

La destruction des vecteurs par l'emploi d'insecticides est le meilleur moyen de combattre ces affections très répandues et socialement assez graves parce qu'elles provoquent l'impotence (elephantiasis) et la cécité par onchocercose.

9. — *Affections de l'appareil digestif.*

En dehors des helminthiases et de la dysenterie, les indigènes sont aussi particulièrement sensibles aux affections de l'appareil digestif, en raison d'habitudes alimentaires défectueuses et du manque d'hygiène générale. La dysenterie bacillaire notamment, est pour eux une affection meurtrière et prend fréquemment une allure épidémique. Le taux élevé de la mortalité infantile est dû en grande partie aux affections du tube digestif résultant d'une alimentation anti-hygiénique ou insuffisante. On s'efforcera donc de développer chez les populations la pratique de l'hygiène et le souci d'une alimentation rationnelle.

10. — *Affections mentales.*

Les affections mentales sont assez fréquentes pour justifier la création de Centres de traitements spécialisés (Asiles, Centres de rééducations, etc...)

\*  
\* \* \*

En résumé, pour combattre les maladies endémiques et autres, il y a lieu de lieu de mettre en oeuvre un plan d'ensemble comportant :

- 1°) des campagnes de dépistage et de traitements;
- 2°) l'application de la chimio-prophylaxie individuelle et collective
- 3°) des campagnes de désinsectisation (lutte contre les vecteurs ou contre hôtes intermédiaires);
- 4°) des campagnes d'éducation;
- 5°) l'installation de constructions hospitalières générales et spéciales (Hôpitaux - dispensaires - lazarets - sanatoria - pavillons spéciaux asiles, etc...)
- 6°) la construction de laboratoires, d'écoles, de dépôts pharmaceutiques.

Une entreprise d'une telle ampleur ne peut être assurée du succès qu'à la condition d'être menée avec méthode et continuité, ce qui implique une parfaite coordination des efforts et une coopération systématique de tous les organismes ou institutions intéressés au progrès de la Colonie.

On trouvera plus loin l'exposé de ce programme de coopération.

## PARAGRAPHE II — PROTECTION MEDICALE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.

Quoique, dans certaines régions, la natalité parmi les indigènes soit insuffisante et que le bilan démographique y soit déficitaire, il n'en est pas de même dans l'ensemble du territoire.

Aucune statistique rigoureusement exacte n'a pu encore être établie pour l'ensemble de la population concernant la natalité et la mortalité annuelles de la population indigène.

La population était estimée au Congo Belge au 31-12-47 à :

Hommes	3.122.571
Femmes	3.274.636
Garçons	2.250.876
Filles	2.113.270
	<hr/>
	10.761.353

La population extra-coutumière représentait dans ce total :

Hommes	673.895 (	
Femmes	459.303 (	
Garçons	281.529 (	soit 15,58 %.
Filles	262.720 (	
	<hr/>	
	1.677.443	

La population coutumière

Hommes	2.448.676 (	
Femmes	2.815.333 (	
Garçons	1.969.351 (	soit 84,42 %
Filles	1.850.550 (	
	<hr/>	
	9.083.910	

La natalité est différente dans les milieux coutumiers et dans les milieux extra-coutumiers: elle est en général supérieure dans les milieux coutumiers. Le taux de la natalité peut être estimé dans l'ensemble à 31,50 pour mille.

La mortalité varie, elle aussi, dans les deux milieux : elle est plus faible dans les milieux extra-coutumiers. Pour l'ensemble, on peut en fixer le taux à 25 pour mille.

La balance générale est donc favorable, mais l'écart entre les deux taux est trop faible pour une population primitive plus délicate que celle des pays civilisés.

Parmi les causes de l'état actuel de la population, il est hors de doute que la mortalité chez les nourrissons joue un rôle de premier plan ; mais ce facteur important n'est pas le seul ; il faut signaler aussi le taux élevé de la mortalité foetale, la fréquence des accidents de l'accouchement et la mortalité de la première enfance.

Quelle est l'influence exacte de chacun de ces facteurs ? Nous ne possédons à ce sujet aucune statistique générale, encore que les enquêtes partielles ne laissent aucun doute sur leur importance et notamment sur le taux excessif de la mortalité du nourrisson et des enfants de 0 à 2 ou 3 ans. Les rapports du Foréami tendent à démontrer que les enfants qui ne bénéficient pas des consultations de nourrissons meurent, au Kwango, dans la proportion d'environ 17 %<sub>i</sub> au cours de la première année. Parmi ceux qui bénéficient de ces consultations, la mortalité est deux fois moindre.

L'action entreprise dans toute la Colonie durant l'année 1946 a atteint, avec plus ou moins de régularité, 93.000 enfants de 0 à 2 ou 3 ans, avec une moyenne de

présences aux consultations de 47.000 soit 50 %. Le nombre d'inscrits ne dépasse pas le 1/4 du nombre probable des enfants vivants et âgés de 0 à 2 ans.

L'action en faveur des femmes enceintes et des accouchées se développe d'une manière satisfaisante mais elle est encore insuffisante : en 1946, sur la base de 30 ‰ de natalité, on a compté environ 322.830 grossesses arrivant à terme et au moins 35.000 grossesses à fin malheureuse. Durant cette année, les formations sanitaires de toute nature ont observé 59.411 grossesses; 43.620 accouchements d'enfants vivants ont eu lieu dans les maternités. De plus, 4.428 cas de mortalité et d'avortement (1.955 + 2.473) ont été observés. Ainsi, l'action médicale a atteint 18 à 19 % des cas de grossesses et 13 à 14 % des femmes enceintes ont été soignées d'une manière effective et continue.

Enfin, l'action médicale s'est occupée aussi des enfants de 2 à 5 ans. Les premiers centres médicaux de pédiatrie viennent d'être organisés à la Colonie.

\*

\* \*

Il faut créer au Congo une oeuvre médicale africaine pour la protection de la mère et de l'enfant. Cette oeuvre doit réunir les représentants du Gouvernement et des organismes privés. Sans être un service gouvernemental, elle sera en relation suivie avec la Direction Générale des Services Médicaux. Elle s'inspirera des principes qui président à l'organisation et au fonctionnement de l'Oeuvre Nationale de l'Enfance en Belgique. Ses attributions consisteront à coordonner, guider et développer toutes les organisations publiques et privées qui ont pour but la protection médicale de la mère et de l'enfant. Elle disposera de crédits qu'elle distribuera aux formations qui s'engageront à observer ses directives.

L'Oeuvre de la Mère et de l'Enfance Indigènes (O.M.E.I) déjà existante, paraît qualifiée pour servir de base à l'organisation nouvelle.

La protection médicale des mères et des enfants doit être développée dans quatre domaines : 1) consultations pré-natales ; 2) création de maternités ; 3) consultations post-natales ; 4) centres de pédiatrie.

#### 1. — *Consultations pré-natales.*

Les consultations pré-natales auront lieu dans des hôpitaux ou des maternités pourvus d'un personnel médical européen qualifié.

Déjà instituées dans de nombreuses formations sanitaires, ces consultations doivent être multipliées et leur fréquentation doit être encouragée par la distribution de divers objets utiles et par une propagande persuasive dans les milieux indigènes.

Les locaux nécessaires à ces consultations comportent au minimum une salle d'attente et une salle d'examen équipées pour l'examen gynécologique. Des fichiers appropriés devront être tenus à jour.

Outre les affections obstétricales, le médecin s'occupera plus spécialement de l'état de nutrition de la mère, des affections vénériennes et du paludisme.

La surveillance pré-natale sera facilitée, durant les dernières semaines de la grossesse, par l'utilisation de caravansérails situés à proximité des hôpitaux et des maternités, où les futures mères attendront le moment de l'accouchement.

#### 2. — *Les maternités.*

Il est hautement souhaitable de multiplier le nombre des maternités. lesquelles constituent, outre leur destination propre, des centres d'attraction pour les consultations pré-natales et post-natales.

Des maternités devraient aussi être établies dans tous les hôpitaux des zones rurales et des centres. On peut admettre toutefois que, dans les très grands centres, elles forment des établissements à part. On admettra aussi que des maternités

soient établies dans les missions religieuses et dans tous les autres établissements disposant au moins d'une accoucheuse européenne diplômée.

Chaque maternité devrait être doublée de locaux (caravansérail) destinés à recevoir les femmes qui attendent le moment de l'accouchement.

Le nombre de lits d'une maternité doit être calculé d'après le nombre moyen probable des accouchements en comptant que chaque accouchée séjournera au minimum 5 et, au maximum 10 jours à la maternité après l'accouchement.

### 3. -- *Consultations post-natales.*

Au Congo, les consultations post-natales, bien qu'essentiellement destinées aux soins des nourrissons, doivent être mises à profit en vue d'apprendre aux mères les rudiments indispensables de la puériculture. Ces consultations, dont le nombre est insuffisant, devraient prendre une grande extension et revêtir un caractère de plus en plus médical. Pour chacune d'elles, on aura recours aux services d'au moins une infirmière européenne diplômée, agissant conformément aux instructions d'un médecin.

Ces consultations devraient en principe être réservées aux enfants de 0 à 2 ans ; les statistiques feront la distinction entre les enfants de 0 à 1 an, et ceux qui ont de 1 à 2 ans. Un règlement général déterminera les soins et particulièrement les actes médicaux que ces consultations devront comporter.

### 4. -- *Centres de pédiatrie.*

Des centres de pédiatrie spécialement destinés aux enfants de 2 à 5 ans devraient être installés sans retard et tout d'abord dans les cités indigènes des grandes et moyennes agglomérations.

A partir de 5 ans, les enfants devraient bénéficier de l'inspection médicale scolaire.

Après le stade de l'alimentation au lait maternel, les enfants indigènes ne peuvent généralement bénéficier d'un régime comportant l'utilisation de lait animal. Il est indispensable de rechercher les moyens propres à remédier à cette carence.

## **Section III. -- LES REALISATIONS PROJETEES.**

L'importance des besoins exposés ci-dessus nécessite la collaboration de toutes les organisations existantes, qu'elles soient gouvernementales, para-gouvernementales ou privées. Il appartient au Gouvernement de coordonner leurs efforts, de les guider et de les soutenir. Il faut rendre hommage aux résultats magnifiques obtenus jusqu'ici par l'initiative privée. Le Gouvernement s'abstiendra de se substituer à elle : il n'interviendra qu'à sa demande ou lorsqu'elle se sera avérée insuffisante.

Les trois tableaux, établis par province, qu'on trouvera en annexe, synthétisent le Plan Médical du Gouvernement.

Quant aux Plans des organismes para-gouvernementaux et privés, il n'a été possible d'en donner qu'un aperçu général.

### **PARAGRAPH I. - LE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL.**

Le programme du Gouvernement tend à répondre aux besoins qui viennent d'être exposés.

Il renforce *l'assistance médicale* par la construction d'hôpitaux et de dispensaires; il prévoit la création d'établissements spéciaux pour certains groupes de malades, notamment les lépreux, les tuberculeux, les aliénés, les incurables ;

il améliore l'efficacité et la rapidité de l'action par l'achat de *matériel de transport* qui acheminera les malades vers les centres hospitaliers ;

il organise la lutte contre les vecteurs de maladies et notamment les insectes par des «Campagnes *intensives*» ;  
il se soucie de la protection *de la mère et de l'enfant* en consentant un crédit massif à l'œuvre qui sera créée à cette fin ;  
il favorise le développement de la *recherche scientifique* par la création de 4 nouveaux laboratoires et par l'amélioration des laboratoires existants ;  
il se préoccupe des problèmes d'*hygiène publique* qui seront mieux étudiés dans des laboratoires spéciaux ;  
il comporte l'établissement de trois *stations climatiques* à l'usage des Européens fatigués par le climat des zones de basse altitude :  
il permettra la construction des *habitations* nécessaires au personnel européen et indigène desservant les nouveaux centres hospitaliers ;  
enfin, il prévoit des crédits spéciaux pour la formation du *personnel médical* chargé de ces centres. Ces crédits ont été extraits du Plan Médical et ont été inscrits dans le Plan de l'Enseignement. Le total prévu pour l'Enseignement médical est de 62.600.000 frs.

Afin de mieux marquer ce que le Plan Décennal consacre, d'une part à la population rurale coutumière, composée presque exclusivement d'indigènes, et d'autre part, à la population des centres, composée d'indigènes extra-coutumiers et d'Européens, deux divisions ont été établies : l'une se rapportant aux zones rurales, l'autre aux centres. Une petite part seulement des *crédits* est réservée à des constructions relevant de la Direction Générale des Services Médicaux. Ces constructions sont : un dépôt central médical et pharmaceutique, un bâtiment destiné à abriter des activités assumées en vertu d'engagements internationaux et un guest-house qui hébergera des savants et des médecins stagiaires.

Pour assurer à l'exécution du Plan une plus grande souplesse et l'adapter aux ressources en matériel et en personnel, aux possibilités financières et aux nécessités d'une politique conjoncturale des dépenses publiques, il a été jugé utile de le diviser en tranches de priorité, ce qui n'implique évidemment pas dans l'esprit de ses auteurs qu'il ne faille pas l'exécuter intégralement dans un délai de dix ans.

Ce Plan Décennal comporte avant tout d'importants investissements dont les répercussions sur le Budget Ordinaire de la Colonie seront considérables et doivent être calculées avec la plus grande précision possible. Les pages suivantes traiteront successivement des investissements à prévoir et de leur incidence sur le Budget Ordinaire.

## I. — LES INVESTISSEMENTS.

Ils peuvent se répartir en trois catégories

A. Investissements destinés à la Direction Générale des Services Médicaux ; B. Investissements à effectuer dans les grands centres ; C. Investissements à effectuer dans les zones rurales.

### A. — Investissements destinés à la Direction Générale des Services Médicaux.

De cette Direction Générale doivent dépendre les bâtiments nécessaires à l'exécution d'engagements internationaux : Bureaux africains de la Tsé-Tsé et de la trypanosomiase et, éventuellement, un Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Les dépenses qu'entraînera la construction de ces bâtiments dépasseront les sommes prévues ci-après. Toutefois, les autres pays participant à l'activité de ces organismes s'étant engagés à payer leur quote-part, ces sommes représentent la dépense qui sera effectivement à charge du Congo Belge. A cela vient s'ajouter le coût de la construction d'un Dépôt Central Médical et Pharmaceutique (D. C. M. P).

De plus, il y a lieu de prévoir la construction d'un guest-house pour savants étrangers, professeurs d'Université, médecins stagiaires et étudiants.

**B. --- Investissements à effectuer dans les Grands Centres.**

1. Il est parfois malaisé de faire le départ entre les grands centres et les zones rurales. Cette division est cependant indispensable à la clarté de l'exposé. On trouvera ci-après l'énumération des chefs-lieux considérés comme des centres grands ou moyens, les autres chefs-lieux de territoires étant considérés comme chefs-lieux de zones rurales.

Parmi les 123 territoires du Congo Belge. 29 ont pour chef-lieu un centre grand ou moyen. Dans 19 d'entre eux, le Service Médical est assuré directement par le Gouvernement ; dans les 10 autres par des organismes distincts de lui. (Il sera question plus loin des 94 autres territoires).

Le tableau suivant donne, par province, la répartition de ces chefs-lieux

**REPARTITION DES CENTRES.**

**Tableau n°10.**

Provinces	Nom du Centre	Etat	Privés	Nom des occupants privés
Léopoldville	Boma	1		Otraco
	Matadi	1		
	Thysville		1	
	Léopoldville	1		
	Kikwit	1		
Kasai	Luluabourg	1		Forminière
	Lusambo	1		
	Tshikapa		1	
	Port-Franqui	1		
	Luebo	1		
Equateur	Coquilhatville	1		
	Libenge	1		
	Lisala	1		
Orientale	Stanleyville	1		Vicikongo Kilo-Moto
	Buta	1		
	Niangara	1		
	Paulis	1		
	Aketi		1	
	Watsa		1	
Kivu	Bukavu	1		C.F.L.
	Kindu		1	
	Kasongo	1		
Katanga	Elisabethville	1		U.M.H.K.  U.M.H.K. Simkat Géomines B.C.K.
	Jadotville		1	
	Albertville	1		
	Kolwezi		1	
	Mitwaba		1	
	Manono		1	
	Kamina		1	
TOTAL		19	10	

Dans chacun des centres, il est prévu un hôpital pour indigènes et un autre pour Européens. Les hôpitaux gérés directement par l'Etat sont déjà construits, sauf celui de Luluabourg qu'on bâtit actuellement et le nouvel hôpital pour indigènes

qui doit encore être construit à Léopoldville. Plusieurs d'entre eux nécessitent des agrandissements ou des améliorations.

De nouveaux laboratoires de bactériologie ou d'hygiène publique doivent être créés. Certaines installations existantes devront être améliorées. Il y a lieu notamment de construire de toutes pièces deux laboratoires, l'un à Luluabourg et l'autre à Costermansville ; il faut, en outre, reconstruire ceux d'Elisabethville et de Stanleyville, aussi ces deux derniers sont-ils prévus comme nouveaux établissements à construire.

Des établissements spéciaux au bénéfice des tuberculeux, des aliénés ou des incurables seront édifiés.

Trois stations climatiques seront ouvertes au Kivu, à Kisantu et à Moanda.

Le programme comporte aussi la construction d'habitations pour le personnel européen (personnel Etat et infirmières religieuses) et pour le personnel indigène.

On trouvera ci-après un tableau présentant, dans l'ordre de sa réalisation, le programme d'équipement médical de la Direction Générale des Services Médicaux et des Centres.

#### TABLEAU RECAPITULATIF DU PROGRAMME D'EQUIPEMENT MEDICAL DES CENTRES.

(y compris la Direction de Léopoldville)

Tableau n° 11

	PRIORITE I		PRIORITE II		PRIORITE III	
	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)
Dépôt Central médical et pharmaceutique	1	25.000	—	—	—	—
Bâtiment international	1	5.000	—	—	—	—
Guest-House	1	5.000	—	—	—	—
Hôpitaux Européens :						
nouveaux	3	9.000	2	16.000		
anciens	5	7.000	4	8.000	1	4.000
Hôpitaux Indigènes						
nouveaux	3	102.000	—	—	—	—
anciens	10	38.000	2	8.000	2	40.000
Dispensaires						
nouveaux	7	7.000	1	1.000	—	—
anciens	3	1.500	—	—	7	3.500
Laboratoires de bactériologie						
nouveaux	4	39.000	1 (1)	5.000	—	—
anciens	1	7.000	1	2.000	1	4.000
Laboratoires d'hygiène	7	13.000	2	3.500	—	—
Etablissements spéciaux						
Tuberculeux	6	30.000	—	—	4	
Aliénés	1	5.000	4	30.000	2	
Incurables	—	—	—	5.000	6	
Stations climatiques	—	—	1	—	2	5.500
Habitations pour :						
personnel européen	101	51.750	21	10.500	18	9.000
religieuses	110	11.000	44	4.400	58	5.800
indigènes	610	30.500	280	14.000	280	14.000
Total		386.750		106.900		133.800

(1) 2me branche du laboratoire de Luluabourg.

C. — Investissements à effectuer dans les zones rurales.

Des 123 territoires à desservir médicalement, 29 ont fait l'objet du sous-titre « Investissement dans les grands centres ». Les 94 autres ne sont pourvus que de chefs-lieux modestes et sont traités sous la présente rubrique. A ces 94 chefs-lieux de territoires, il y a lieu d'ajouter 7 postes qui ne sont pas chefs-lieux de territoires, mais qui seront pourtant dotés chacun d'un hôpital rural, soit au total 101 postes à desservir.

Outre les installations hospitalières des chefs-lieux, il faut également prévoir dans chacun des territoires, l'occupation médicale de l'intérieur.

\*

\* \*

Une partie des chefs-lieux et de l'intérieur sont occupés ou sont destinés à être occupés par des organismes autres que le Gouvernement lui-même.

Le tableau suivant donne le détail de cette occupation par ces organismes privés ou parastataux,

**OCCUPATION MEDICALE EN ZONES RURALES PAR D'AUTRES ORGANISMES QUE LE GOUVERNEMENT.**

Tableau n° 12

Organisme assurant l'occupation	Région	Chefs-lieux de territoires occupés	Installation à l'intérieur des territoires
Foreami	Kwango	4	6
Forminière	Kasaï	1	2
Fomulac	Bas-Congo	1	1
Vicicongo	Province Orientale	—	1
Fonds social du Kivu	Kivu	1	1
Fonds du Bien-Etre Indigène	Province de: Léopoldville	1	1
	Kasaï	—	1
	Equateur	—	1
Total :		8	14

Il en résulte que le Gouvernement a la charge de  $101 - 8 = 93$  centres d'hospitalisation qui se répartissent en 86 chefs-lieux de territoires et 7 autres postes. Dans ces 93 postes, 42 hôpitaux doivent être construits de toutes pièces ou doivent être reconstruits entièrement: dans 50 d'entre eux, les installations sont à améliorer ou à agrandir. Ces 93 hôpitaux ruraux sont, classés comme suit en priorité I, II, III

	Priorité I	Priorité II	Priorité III
Nouveaux	29	9	5
Anciens	34	16	—
	63	25	5

Dans les zones rurales, aucun hôpital pour Européens n'a été prévu. Si la nécessité s'en faisait sentir, c'est en annexe aux Centres Médicaux Chirurgicaux ruraux (C. M. C.) que de telles installations devront être construites.

Des habitations seront mises à la disposition de tout le personnel nécessaire à l'extension de l'occupation médicale : médecins, personnel européen subalterne, indigènes.

\*

\* \*

Les dispensaires de l'intérieur sont généralement construits à charge des Caisses Administratives de Chefferies. Toutefois, dans certaines régions, les C. A. C. sont pauvres. Aussi, a-t-il été jugé utile de prévoir la construction d'un certain nombre de dispensaires à charge du Gouvernement.

On peut estimer que chaque territoire doit être pourvu d'au moins 4 dispensaires. Le nombre de ceux-ci serait donc, au minimum, de  $123 \times 4 = 492$ . Un certain nombre de ces dispensaires sont déjà construits en matériaux définitifs ; d'autres seront édifiés par les C. A. C. Il est suffisant d'en prévoir à charge du Gouvernement 90 en priorité I et 90 en priorité III.

\*

\* \*

La création d'établissements de cure a été décidée, en ordre principal, pour les lépreux, et en moins grand nombre, pour les tuberculeux. Peut-être faudra-t-il plus tard rapprocher des grands centres les établissements pour tuberculeux. Quant aux lépreux, on estime que 13.000 d'entre eux doivent encore être hébergés aux frais du Gouvernement ; un crédit de 130.000.000 francs répartis en trois rangs de priorité, est destiné à ces travaux,

\*

\* \*

Le Plan prévoit l'acquisition de matériel de longue durée. Il s'agit notamment, en priorité I, de 180 ambulances, soit environ 2 par territoire ; celles-ci s'ajoutant à celles qui existent déjà. En priorité II et III 180 ambulances de remplacement. Le Plan prévoit aussi l'acquisition de huit bateaux et d'autres installations de longue durée comme, par exemple, des appareils de R. X.

\*

\* \*

Il prévoit encore des crédits pour campagnes de prophylaxie (désanophélisation au D. D. T., produits chimiques, matériel divers, personnel spécial). Ces campagnes ne seront pas seulement organisées dans les milieux ruraux, mais également dans les milieux urbains.

\*

\* \*

La protection de la mère et de l'enfant est déjà assurée en grande partie par les Centres Médico-Chirurgicaux et hôpitaux centraux. Toutefois, il convient de prévoir un important supplément destiné notamment à doter les missions religieuses de matériel et à créer de nouveaux centres de pédiatrie.

Le tableau ci-après reprend les diverses réalisations qui seront poursuivies en zone rurale, à charge du budget de la Colonie :

**TABLEAU RECAPITULATIF DU PROGRAMME D'EQUIPEMENT MEDICAL DES ZONES RURALES A CHARGE DE LA COLONIE.**

Tableau n° 13.

	PRIORITE I		PRIORITE II		PRIORITE III	
	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)	Nombre	valeur (en 1.000 Frs)
Centres médico-chirurgicaux :						
nouveaux	29	203.000	9	63.000	5	35.000
anciens	34	115.000	16	54.250	—	—
Dispensaires	90	22.500	—	—	90	22.500
Habitations pour :						
Européens	291	145.000	49	24.500	30	15.000
Indigènes	1.386	69.300	500	25.500	622	31.160
Etablissements spéciaux pour :						
Lépreux	7.725 (1)	77.250	2.950	29.500	3.000	30.000
Tuberculeux	—	—	6	30.000	—	—
Matériel de longue durée	—	—	—	13.500	120	24.000
Transport	180 + 5 (2)	38.500	60 + 3 (3)	—	—	—
Autre	—	27.500	—	13.500	—	27.440
Campagnes intensives	—	72.000	—	12.000	—	24.000
Protection de la Mère et de l'enfant	—	100.000	—	—	—	—
<b>Totaux :</b>		<b>871.050</b>		<b>265.520</b>		<b>209.100</b>

(1) Nombre de malades : compter environ 400 à 500 lépreux par établissement.

(2) 180 ambulances — 5 embarcations

(3) 60 ambulances — 3 embarcations

**D. — Programme complet des investissements.**

Le programme complet des investissements à effectuer par la Colonie peut être résumé comme suit :

**RECAPITULATION GENERALE DU PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS A CHARGE DE LA COLONIE (en milliers de francs)**

Tableau n° 14.

	Priorité I	Priorité II	Priorité III	Total
Equipement des centres	386.750	106.900	133.800	627.450
Equipement rural	871.050	265.250	209.100	1.345.400
<b>Total</b>	<b>1.257.800</b>	<b>372.150</b>	<b>342.900</b>	<b>1.972.850</b>

On voudra bien se reporter au tableau de développement annexé à ce document pour trouver la répartition par province des investissements indiqués ci-dessus.

**II. — LES CHARGES RECURRENTES.**

Ces charges comprennent l'entretien des bâtiments et du matériel, les frais de personnel blanc et indigène, ainsi que les frais de fonctionnement. Ces divers postes ont été évalués d'après le total à charge de la Colonie, indépendamment de leur imputation budgétaire. Les calculs ont été effectués sur une base forfaitaire et supposent une marge d'approximation.

A supposer réalisée l'entièreté du programme d'investissements, les frais récurrents seraient de :

	(en millions de francs)
Pour la priorité I.	400
Pour la priorité II.	106
Pour la priorité III.	128

Total : 634 par an

On trouvera ci-après la répartition normale de ces dépenses au cours de la période décennale.

(EN MILLIERS DE FRANCS)

Tableau n° 15

	PRIORITE I	PRIORITE II	PRIORITE III	PROGRAMME TOTAL
1ère année	40.000	11.000	12.800	63.800
2ème année	80.000	22.000	25.600	127.600
3ème année	120.000	33.000	38.400	171.400
4ème année	160.000	44.000	51.200	255.200
5ème année	200.000	55.000	64.000	319.000
6ème année	240.000	66.000	76.800	382.800
7ème année	280.000	77.000	89.600	446.000
8ème année	320.000	88.000	102.400	510.400
9ème année	360.000	99.000	115.200	574.200
10ème année	399.127,5	105.171,25	127.711,75	632.545,50

PARAGRAPHE II — LES PROGRAMMES DES ORGANISMES PARA-GOUVERNEMENTAUX ET PRIVÉS.

Il est malaisé sinon impossible de chiffrer avec exactitude la dépense que représentera l'exécution des programmes prévus par les missions et les sociétés, concernant leurs hôpitaux et leurs innombrables dispensaires disséminés sur l'étendue du territoire. Une enquête permet toutefois d'évaluer à environ 800 millions les dépenses d'investissements afférentes à ces programmes, sommes qui viennent s'ajouter aux chiffres du programme gouvernemental proprement dit.

Quant aux dépenses récurrentes, elles peuvent être évaluées à 3 milliards pour la décade.

**Section IV. — LES LABORATOIRES CENTRAUX DE BIOLOGIE.**

Dans d'autres parties du prescrit ouvrage est évoquée la nécessité de développer des laboratoires pour les recherches relevant de diverses disciplines: agriculture, botanique, géologie, chimie. Ces laboratoires seront créés et gérés par la Colonie.

D'autres laboratoires seront organisés à l'initiative d'organismes privés et pourront éventuellement être agréés par l'Etat : il s'agit notamment de ceux qui auront pour objet le contrôle du conditionnement des produits.

De son côté, l'Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale, qui a pour mission de coordonner les efforts scientifiques, d'assister les organismes existants et d'en créer là ou il n'en existe pas encore, s'intéressera aux diverses activités qui se manifestent dans ce domaine. C'est ainsi que Irsac a accepté de poursuivre les recherches scientifiques en matière d'alimentation et de nutrition des indigènes.

Dans l'ensemble de l'équipement scientifique du Congo, une place spéciale doit être réservée aux *Laboratoires de Biologie humaine ou animale*. Ils font l'objet des propositions qui suivent.

Pour la médecine humaine, la Colonie est dotée, dès à présent, de six laboratoires principaux situés à Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville, Blukwa, Lubero et Elisabethville ainsi que de petits laboratoires d'hygiène à Boma, Matadi, Léopoldville et Elisabethville. Le programme médical exposé ci-dessus prévoit la création de deux nouveaux laboratoires provinciaux à Costermansville et Luluabourg. Ces laboratoires médicaux se divisent en deux catégories :

1. — Ceux dont l'activité est consacrée, en ordre principal, à la recherche

scientifique et accessoirement à des analyses cliniques, tant a cause des nécessités locales, que pour se procurer les matières qui serviront de base à leurs recherches.

2. - Les laboratoires pour lesquels la recherche scientifique n'est qu'un but accessoire.

Il n'en sera pas longtemps question dans le présent exposé, puisqu'ils font l'objet de programmes particuliers. Qu'il suffise donc, à leur sujet, de retenir ce qui suit : les laboratoires de parasitologie de Coquilhatville, de Costermansville et de Luluabourg (à construire) seront dotés d'un outillage scientifique leur permettant d'effectuer des recherches ; les laboratoires spéciaux de Lubero et de Blukwa feront des recherches scientifiques sur la peste ; les laboratoires d'hygiène publique de Matadi et de Boma pourront entreprendre des recherches notamment sur les ecto-parasites et d'autres matières d'hygiène publique ; quant aux laboratoires d'hygiène publique de Léopoldville et d'Elisabethville, ils doivent être intégrés dans le programme général que nous allons développer.

#### **PARAGRAPHE I — ORGANISATION DES LABORATOIRES CENTRAUX.**

Pour des raisons techniques, géographiques et de pathologie locale, le Congo doit être pourvu d'au moins trois laboratoires destinés à la recherche scientifique dans tous les domaines : bactériologie, virologie, parasitologie, anatomie, histologie, toxicologie etc... Il est avantageux, en effet de centraliser la production et la recherche dans des laboratoires centraux et de grouper les différentes disciplines de la biologie à l'instar des Instituts Pasteur.

A cette fin, on se propose d'aménager à Léopoldville, Elisabethville et Stanleyville, trois laboratoires centraux comportant, outre la section médicale, une section vétérinaire et une section de chimie biologique. Chacun de ces laboratoires centraux pourra être complété par un laboratoire mobile léger destiné à assister les missions prophylactiques et les formations chimiques de l'intérieur.

On centralisera, dans ces trois laboratoires, toutes les activités qui sortent du cadre des analyses courantes et l'on répartira entre eux les activités de production et de recherche. Certaines disciplines exigent un outillage très spécial qu'il y aura lieu de réserver à tel ou tel laboratoire central plus particulièrement chargé de certains travaux et disposant des services du spécialiste intéressé. On pourra, par exemple, répartir les activités spéciales comme suit:

Léopoldville	Service de la trypanosomiase Service de la rage
Stanleyville	Service de la fièvre jaune Service de la B.C.G.
Elisabethville	Service du vaccin antivariolique

Il est évidemment difficile d'évaluer avec précision les besoins auxquels auront à faire face ces trois laboratoires centraux. Pourtant les quelques observations suivantes permettent de s'en faire une idée :

1°) le nombre d'analyses demandées au laboratoire médical de Léopoldville est passé de 17.000 en 1937 à 67000 en 1947 et ce montant reste nettement en-dessous des besoins;

2°) de nombreux produits biologiques ont dû être commandés à l'étranger, par suite de l'excès de la demande;

3°) la production du B.C.G., encore inexistante devra être organisée en vue de la vaccination de certaines populations indigènes;

4°) le procédé Bordet-Wasserma, pour la lutte antivénérienne, est de plus en plus répandu; la demande s'accroît sans cesse. A Léopoldville, on fait déjà plus de 1.500 réactions par semaine et ces chiffres devraient être doublés;

- 5°) les autopsies doivent être systématisées afin d'améliorer les données de l'histopathologie;
- 6°) il importe d'organiser le contrôle des médicaments;
- 7°) en matière vétérinaire, le programme à longue échéance, développé ailleurs, imposera aux laboratoires un effort considérable.

## **PARAGRAPHE II — COMPOSITION DES LABORATOIRES CENTRAUX.**

Chacun des trois laboratoires centraux comportera :

- une section médicale;
- une section vétérinaire;
- une section de chimie;
- des annexes (salle d'autopsie, pavillon pour l'inoculation et l'observation des animaux, élevages, magasins, ateliers, etc..)

Au cours de la présente décennie, le laboratoire central de Léopoldville devra comporter le personnel européen suivant, auquel viendra s'ajouter un personnel supplémentaire nécessaire pour des activités spéciales.

1. Dispensaire et analyses cliniques	2 médecins	2 techniciens
2. Bactériologie	2 médecins	2 techniciens
3. Histopathologie	2 médecins	2 techniciens
4. Parasitologie	2 biologistes	2 techniciens
5. Médecine vétérinaire	2 médecins	3 techniciens
6. Chimie	1 chimiste	2 techniciens
7. Activités spéciales	1 médecin	1 technicien
7. Divers	1 secrétaire	
	1 comptable	
	1 artisan mécanicien et électricien.	
	1 agent chargé du contrôle des élevages.	

Le personnel indigène peut être évalué à : 15 auxiliaires diplômés (sous statut), 50 travailleurs divers.

Les laboratoires centraux d'Elisabethville et de Stanleyville ne prendront pas le même développement. Le personnel européen proposé pour ces deux laboratoires centraux, en 1959, est de 10 médecins, 2 pharmaciens, 2 chimistes, 3 vétérinaires, 21 techniciens et 8 divers; le personnel indigène de 20 auxiliaires diplômés et de 75 travailleurs.

## **PARAGRAPHE III. — MOYENS NECESSAIRES.**

Le programme qui vient d'être exposé sera réalisé progressivement, à l'initiative des services de l'Etat et avec la collaboration scientifique de l'Irsac. Il servira de cadre général aux différentes réalisations inscrites dans les chapitres consacrés aux secteurs intéressés (programme médical et programme d'élevage).

Les crédits afférents aux sections médicales et vétérinaires prévues par les programmes particuliers, soit quelque 43.500.000 frs, devront être complétés si l'on désire que les laboratoires centraux répondent aux conditions exigées par la recherche scientifique et satisfassent aux demandes.

Une subvention annuelle de quelque 25 millions de frs sera accordée à cette fin.

On envisagera la possibilité de donner à ces laboratoires une gestion financière plus souple, dès que leur installation sera terminée.

Leurs recettes courantes couvriront une partie croissante des dépenses en personnel et entretien.

**Tableaux de Répartition par Provinces des  
Investissements de la Colonie en Matière  
Médicale.**

**REPARTITION PAR PROVINCE DES INVESTISSEMENTS**

PRIORITE I	LEOPOLDVILLE		EQUATEUR	
	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)
<b>A. ZONES RURALES</b>				
Centres Médico- chirurgicaux :				
nouveaux	—	—	7	49.000
anciens	9	28.000	7	24.500
Dispensaires	14	3.500	19	4.750
Habitations pour :				
Européens	30	15.000	57	28.500
Indigènes	240	12.000	256	12.800
Etablissements spéciaux pour :				
Lépreux	500*	5.000	2.225*	22.250
Tuberculeux	—	—	—	—
Matériel de longue durée :				
Transports	<b>32</b>	7.000	35	7.500
Autres	—	2.500	—	5.000
Campagnes Intensives	—	12.000	—	12.000
Protection de la mère et de l'enfant	—	—	—	—
Total :		85.000		166.300
<b>B. CENTRES</b>				
Dépôt Central Médical et Pharmaceutique	1	25.000	—	—
Bâtiments internationaux	1	5.000	—	—
Hôpitaux pour Européens :				
nouveaux	—	—	1	1.000
anciens	—	—	2	2.000
Hôpitaux pour Indigènes :				
nouveaux	1	75.000	—	—
anciens	1	5.000	3	10.000
Dispensaires :				
nouveaux	1	1.000	1	1.000
anciens	1	500	2	1.000
Laboratoires de Bactériologie :				
nouveaux	—	—	—	—
anciens	1	7.000	—	—
Laboratoire d'hygiène	1	2.000	1	3.000
Etablisse. spéciaux pour :				
Lépreux	—	—	—	—
Tuberculeux	1	5.000	1	5.000
Aliénés	—	—	—	—
Incurables	—	—	—	—
Stations climatériques	—	—	—	—
Guest-House	1	5.000	—	—
Habitations pour :				
Européens	11	6.750	15	7.500
Religieuses	20	2.000	10	1.000
Indigènes	250	12.500	60	3.000
Total :		151.750		34.500
<b>TOTAL GENERAL</b>		236.750		200.800

\* Il s'agit du nombre de malades à héberger.

DE LA COLONIE EN MATIERE MEDICALE

Tableau n° 16.

KASAI		ORIENTALE		KIVU		KATANGA		TOTAL	
Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)
8	56.000	5	35.000	6	42.000	3	21.000	29	203.000
2	7.000	6	21.000	5	17.500	5	17.500	34	115.500
14	3.500	15	3.750	10	2.500	18	4.500	90	22.500
60	30.000	54	27.000	51	25.500	39	19.500	291	145.500
240	12.000	240	12.000	210	10.500	200	10.000	1.386	69.300
1.400*	14.000	2.000*	20.000	1.000*	10.000	600*	6.000	7.725*	77.250
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	6.000	30	6.000	30	6.000	30	6.000	185	38.500
—	5.000	—	5.000	—	5.000	—	5.000	—	27.500
—	12.000	—	12.000	—	12.000	—	12.000	—	72.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	100.000
	145.500		141.750		131.000		101.500		871.050
—	—	—	—	—	—	—	—	1	25.000
—	—	—	—	—	—	—	—	1	5.000
1	5.000	1	3.000	—	—	—	—	3	9.000
—	—	2	2.000	—	—	1	3.000	5	7.000
1	20.000	1	7.000	—	—	—	—	3	102.000
3	14.500	1	2.000	1	3.500	1	3.000	10	38.000
1	1.000	1	1.000	1	1.000	2	2.000	7	7.000
—	—	—	—	—	—	—	—	3	1.500
1	5.000	1	12.000	1	10.000	1	12.000	4	39.000
—	—	—	—	—	—	—	—	1	7.000
1	2.000	1	1.500	1	2.000	2	2.500	7	13.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5.000	1	5.000	1	5.000	1	5.000	6	30.000
—	—	—	—	1	5.000	—	—	1	5.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	12.000	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	5.000
24	—	18	9.000	18	9.000	15	7.500	101	51.750
20	2.000	20	2.000	20	2.000	20	2.000	110	11.000
96	4.800	72	3.600	72	3.600	60	3.000	610	30.500
	71.300		48.100		41.100		40.000		386.750
	216.800		189.850		172.100		141.500		1.257.800

PRIORITE II	LEOPOLDVILLE		EQUATEUR	
	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)
<b>A. ZONES RURALES</b>				
Centres Médico- chirurgicaux :				
nouveaux	1	7.000	2	14.000
anciens	2	7.000	3	10.000
Dispensaires	—	—	—	—
Habitations pour :				
Européens	5	2.500	18	9.000
Indigènes	60	3.000	100	5.000
Etablissements spéciaux pour :				
Lépreux	—	—	1.000*	10.000
Tuberculeux	1	5.000	1	5.000
Matériel de longue durée :				
Transports	10	2.000	12	3.000
Autres	—	1.000	—	2.500
Campagnes Intensives	—	2.000	—	2.000
Protection de la mère et de l'enfant	—	—	—	—
Total :		29.500		61.000
<b>B. CENTRES</b>				
Hôpitaux pour Européens :				
nouveaux	—	—	—	—
anciens	1	2.000	1	2.000
Hôpitaux pour Indigènes :				
nouveaux	—	—	—	—
anciens	1	5.000	—	—
Dispensaires :				
nouveaux	—	—	—	—
anciens	—	—	—	—
Laboratoires de Bactériologie :				
nouveaux	—	—	1	—
anciens	—	—	—	2.000
Laboratoire d'hygiène	1	1.500	—	—
Etablissem. spéciaux pour :				
Tuberculeux	—	—	—	—
Aliénés	1	10.000	—	—
Stations climatériques	—	—	—	—
Habitations pour :				
Européens	3	1.500	3	1.500
Religieuses	10	1.000	6	600
Indigènes	100	5.000	30	1.500
Total :		26.000		7.600
TOTAL GENERAL		55.500		68.600

(1) 2me branche Luluabourg

\* Il s'agit du nombre de malades à héberger.

Tableau n° 17.

KASAI		ORIENTALE		KIVU		KATANGA		TOTAL	
Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)
2	14.000	1	7.000	2	14.000	1	7.000	9	63.000
3	10.500	3	10.500	1	3.500	4	12.250	16	54.250
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	5.000	5	2.500	6	3.000	5	2.500	49	24.500
100	5.000	92	4.600	98	4.900	50	2.500	500	25.000
800*	8.000	750*	7.500	400*	4.000	—	—	2.950*	29.500
1	5.000	1	5.000	1	5.000	1	5.000	6	30.000
11	2.500	10	2.000	10	2.000	10	2.000	63	13.500
—	2.500	—	2.500	—	2.500	—	2.500	—	13.500
—	2.000	—	2.000	—	2.000	—	2.000	—	12.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	54.500		43.600		40.900		35.750		265.250
—	—	—	—	1	1.000	1	15.000	2	16.000
—	—	—	—	1	2.000	1	2.000	4	8.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	3.000	2	8.000
—	—	—	—	—	—	1	1.000	1	1.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5.000 (1)	—	—	—	—	—	—	1	5.000
—	—	—	—	—	—	—	—	1	2.000
—	—	—	—	—	—	1	2.000	2	3.500
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5.000	1	10.000	—	—	1	5.000	4	30.000
—	—	—	—	—	5.000	—	—	—	5.000
3	1.500	3	1.500	3	1.500	6	3.000	21	10.500
6	600	6	600	6	600	10	1.000	44	4.400
48	2.400	36	1.800	36	1.800	30	1.500	280	14.000
	14.500		13.900		11.900		33.500		107.400
	69.000		57.500		22.800		69.250		372.650



Tableau n° 18.

KASAI		ORIENTALE		KIVU		KATANGA		TOTAL	
Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)	Nombre	Valeur (en 1.000 frs)
1	7.000	—	—	2	14.000	1	7.000	5	35.000
14	3.500	15	3.750	10	2.500	18	4.500	90	22.500
6	3.000	6	3.000	6	3.000	4	2.000	30	15.000
140	7.000	100	5.000	100	5.000	62	3.100	622	31.100
500*	6.000	600*	6.000	400*	4.000	200*	2.000	3.000*	30.000
20	4.000	20	4.000	20	4.000	20	4.000	120	24.000
—	5.000	—	5.000	—	5.000	—	5.000	—	27.500
—	4.000	—	4.000	—	4.000	—	4.000	—	24.000
	39.500		30.750		41.500		31.600		209.100
—	—	—	—	—	—	—	—	1	4.000
—	—	—	—	—	—	—	—	2	40.000
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	500	1	500	1	500	1	500	7	3.500
—	—	—	—	—	—	—	—	1	4.000
1	5.000	—	—	1	5.000	1	5.000	4	20.000
—	—	—	—	—	—	1	5.000	2	10.000
1	3.000	1	3.000	1	3.000	1	3.000	6	18.000
—	—	—	—	—	—	—	—	2	5.500
2	1.000	2	1.000	2	1.000	4	2.000	18	9.000
6	600	6	600	6	600	10	1.000	58	5.800
30	1.500	48	2.400	36	1.800	30	1.500	280	14.000
	11.600		7.500		11.900		18.000		133.800
	51.100		38.250		53.400		49.600		342.900