

La financiarisation de la santé au Sénégal (1840-1960)



Valéry Ridde
Préface de Mor NDAO

La financiarisation de la santé au Sénégal (1840-1960)

Valéry Ridde



La financiarisation de la santé au Sénégal (1840-1960) Droit d'auteur © par Valéry Ridde est sous licence [License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/), sauf indication contraire.

Titre : La financiarisation de la santé au Sénégal colonial (1840-1960)

Un livre de Valéry Ridde

Design de la couverture : Kate McDonnell

Photo de la couverture : Entrée de l'Hôpital central européen, Dakar (Sénégal), 1930-1939. Photographie anonyme. Coll. du musée du quai Branly, Paris

Édition et révision linguistique : Alizée Harel et Érika Nimis

Cet ouvrage a été publié avec le soutien de la Faculté Sociétés & Humanités, Université Paris Cité et de Valéry Ridde/CEPED/IRD.

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-46-5

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-47-2

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2025

Ce livre est publié sous licence [Creative Commons CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) et disponible en libre accès à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/financiarisationsante/>

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionscienceetbiencommun.org

Table des matières

In memoriam	1
Préface	2
Mor NDAO	
Remerciements	5
Introduction générale	6
Sources et méthodes	19

I - UN BUDGET ET DES HÔPITAUX NE RÉPONDANT PAS AUX BESOINS

Introduction de la première partie	25
L'évolution du budget dédié à la santé	27
Des hôpitaux en nombre réduit	37
Le basculement budgétaire de 1926 vers les budgets locaux	49
La recherche d'économies et d'efficience	55

II - LES HÔPITAUX ET LES PAIEMENTS DES PATIENT·E·S

Introduction de la deuxième partie	67
Des tarifs, des recettes et des paiements	69
La prise en charge des indigent·e·s dans les hôpitaux	116
Les défis bureaucratiques des recouvrements	130

III - L'AMI : LA GRATUITÉ D'UNE SANTÉ PUBLIQUE INDIGENTE

Introduction de la troisième partie	145
Des discours de « sacrifice » à une réalité budgétaire réduite	147
Des indigènes qui doivent parfois payer	167
De l'imposition d'une taxe et de l'organisation de ristournes	171
Des primes pour les mamans et les matrones	187

IV - LA PRATIQUE PRIVÉE DE LA MÉDECINE

Introduction de la quatrième partie	195
La pratique privée des médecins coloniaux et ses défis	197
La régulation progressive de la pratique privée de la médecine	206
Attirer les confrères de la métropole et donner des ristournes au personnel médical colonial	221
La concurrence entre les médecins de l'administration coloniale et les praticiens libres	226
Les défis de la pratique privée des médecins africains	242

V - DES SOURCES DE LA MUTUALITÉ ET DE SES DÉFIS

Introduction de la cinquième partie	253
Les assurances vie et la matrice nord-africaine des mutuelles	258
Le premier congrès de la Mutualité coloniale (Alger et Tunis, 1905) et l'absence de l'AOF	262
La mutualité, instrument colonial loin de l'AOF	267
Le long processus de développement de la mutualité dans les colonies	274

Les premières mutuelles au Sénégal et en AOF dans les années 1910-20	279
--	-----

VI - UNE FINANCIARISATION COMPARABLE DANS LES AUTRES TERRITOIRES DE L'EMPIRE

Introduction de la sixième partie	299
Les patient·e·s payent aussi ailleurs en AOF	301
Les défis du financement pour le secteur de la santé après les années 1940	318
Des ristournes au personnel de santé aussi ailleurs en AOF	325
Une financiarisation semblable en dehors de l'AOF	329
Conclusion générale	337
Sources et bibliographie	343
Glossaire	367
À propos des Éditions science et bien commun	369

*À la mémoire d'Etienne Guillard, parti beaucoup trop tôt
et de Charles Becker, historien infatigable*

Préface

MOR NDAO

Par le passé, pendant la période coloniale, notamment au Sénégal, le projet de médicalisation des communautés nourrissait de grands espoirs et la médecine était couramment présentée comme la face positive de la colonisation. Des projets d'éradication des endémo-épidémies avec les campagnes d'immunisation de masse furent menées alors que sur le plan juridique une loi pour la protection de la santé publique fut adoptée dès 1904 et l'Assistance Médicale Indigène (AMI) mise en place en 1905. Malgré ces initiatives, consolidées par l'émergence de la médecine préventive et sociale à partir des années 1920 et de la médecine de masse après la Deuxième Guerre mondiale, force est de constater qu'au fil du temps, un basculement s'est opéré. Ainsi à « la santé pour tous », s'est progressivement substituée « la santé pour chacun·e » (à moins que ce ne soit « pour quelques-un·e·s »).

En dépit de nombreuses initiatives prises lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978, de l'Initiative de Bamako de 1988 et de la déclinaison des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2000, l'épineux problème de l'accès et de l'équité dans le domaine sanitaire se pose toujours avec acuité. Dans ce contexte, la place encore modeste offerte, dans les recherches, aux questions de la financiarisation de la santé au Sénégal justifie ce travail novateur du Professeur Valéry Ridde. Ainsi, en analysant une telle question, cet ouvrage aborde une thématique peu étudiée par la recherche. En effet, le déficit du financement des soins, outre les problèmes d'équipements sanitaires, du système d'information sanitaire et de qualification du personnel soignant, constitue l'un des défis majeurs du système de santé des pays africains. Le travail de Valéry Ridde est utile en ceci qu'il étudie un domaine jusque-là insuffisamment exploré, qui nous permet de mieux connaître la question et, ce faisant, de mieux appréhender l'avenir.

L'ouvrage est structuré autour de six grandes parties. La première partie, consacrée au budget de la santé, présente le contexte global du financement du secteur de la santé et des infrastructures présentes. L'auteur passe en revue l'évolution du budget de la santé durant la période coloniale de 1880 à 1959, interroge les arbitrages, la distribution du budget par population, la répartition géographique. Ces comparaisons lui

permettent de mettre l'accent sur la ligne de fracture, les disparités durant toute la période coloniale, entre le budget alloué à la santé et les besoins réels. Dans la deuxième partie, il est question des hôpitaux en nombre insuffisant et de leurs tarifications, des modifications budgétaires de 1926 dans un contexte d'ajustement et d'économie budgétaire. L'auteur analyse par ailleurs les tarifs, recettes et paiements de la patientèle dans les hôpitaux, sa prise en charge, les défis bureaucratiques des recouvrements, les arbitrages et impératifs des économies budgétaires, sans pour autant occulter la pratique privée du corps médical colonial et ses ristournes. Dans la troisième partie, l'auteur analyse, à travers le cas de l'Assistance Médicale Indigène (AMI), l'épineuse question de la gratuité dans un système sanitaire des moins reluisant. L'AMI, mise en place le 8 février 1905, constituait l'un des bras du projet de protection de la santé publique porté par la loi du 14 avril 1904. Cependant, en dépit de la gratuité des soins proclamée par l'AMI, force est de reconnaître que dans les faits, il en allait tout autrement. En effet, l'institutionnalisation d'une taxe d'hygiène et d'AMI remettait grandement en question la gratuité des soins affichée. À partir de 1930, la taxe d'hygiène annuelle était fixée à 10 francs alors que la contribution personnelle d'AMI variait de 4 à 8 francs en fonction des zones. L'avant-dernière partie est consacrée aux projets mutualistes. Face aux limites de l'AMI, l'idée d'une mutualité a été agitée à travers le premier congrès de la « Mutualité coloniale » à Alger et Tunis en 1905. Toutefois, l'Afrique-Occidentale française (AOF) fut peu concernée par le projet mutualiste de l'époque plus opérationnel en Afrique du Nord où il fut un véritable instrument de la colonisation. Il faut attendre la décennie 1910-20 pour voir apparaître les premières mutuelles au Sénégal et en AOF. La dernière partie explore la question de la financiarisation dans une perspective comparative. À partir des expériences menées dans la fédération de l'AOF, l'auteur compare les modalités de paiement, les ristournes au personnel de santé, les mécanismes de financiarisation identiques en dehors de l'AOF.

L'ouvrage de Valéry Ridde, d'une bonne facture scientifique, nous renseigne, à bien des égards, sur la financiarisation de la santé, le problème de l'accès et de l'équité en contexte colonial. Si l'équité peut être vue comme la reconnaissance des droits de toutes et tous, la question est de savoir si, dans le cadre du système de santé colonial, toutes les populations et toutes les régions bénéficient des mêmes droits et avantages. Analyser le problème de l'accès et de l'équité équivaldrait à poser la question du droit à la santé, des grandes inégalités non seulement à l'intérieur d'un même système mais devant la maladie et la

mort. Dans tous les cas, l'analyse et l'évaluation des politiques sanitaires indiquent que le système de santé au Sénégal durant la colonisation, du reste discriminatoire, n'offrait pas un accès égal aux soins pour tou-te-s. Ce travail de recherche remarquable, conduit avec une rigueur méthodologique, pose clairement des problématiques novatrices, clarifie le cadre conceptuel, mobilise des techniques de recherche pertinentes, non sans privilégier une approche pluridisciplinaire et un croisement des sources.

Directeur de recherche à l'IRD (au laboratoire CEPED), ancien professeur agrégé de santé publique à l'École de santé publique de l'université de Montréal et titulaire d'une chaire de recherche en santé publique appliquée des Instituts de Recherche en Santé du Canada, Valéry Ridde ouvre, pour la recherche, des perspectives en mettant à la disposition du monde de la recherche, des connaissances importantes dans un domaine majeur sans la maîtrise duquel l'avenir de nos populations et de nos États risque d'être hasardeux.

*Mor NDAO, Professeur Titulaire des Universités,
Inspecteur général de l'Éducation et de la Formation,
Directeur de l'École doctorale Études sur l'Homme et la Société ETHOS,
Université Cheikh Anta Diop de Dakar.*

Remerciements

Après plusieurs années de travail, il n'est jamais facile de se souvenir de toutes les personnes qui ont bien voulu trouver le temps de m'aider, tant la tâche était immense et mes connaissances de la démarche historique réduites. J'ai donc bénéficié du soutien de très nombreuses personnes que j'aimerais ici remercier infiniment, en espérant n'en avoir oublié aucune.

Pour leur soutien dans la collecte de données au Sénégal, dans les hôpitaux et institutions : Aminata Diop, Adja Astou Sangaré, Sokhna Kane, Adama Faye, Moussa Diaw;

Pour leur aide dans les dédales des nombreuses archives à Dakar, Paris, Toulon et ailleurs, que je découvrais : Babacar Diouf, Antony Kitts, Sandrine Aufray, Biram Ba, Nizha El Kharbili, Jean-François Vincent, Ysée Ridde, Éric Belouet;

Pour leurs conseils d'historiens avisés soutenant la démarche d'un néophyte chercheur en santé publique : Charles Becker, Kalala Ngalamulume, Michel Dreyfus;

Pour leur soutien en recherche iconographique : Xavier Ricou et Jean-Marie Milleliri;

Pour leur relecture d'une partie du livre : Charles Becker, Christian Dagenais, Denis Cogneau et James Ridde;

Pour son soutien global à la production de l'ouvrage : Érika Nimis, qui n'a pas manqué de me rappeler l'importance de rendre le livre rigoureux mais accessible.

Introduction générale

Savez-vous ce qu'est une politique coloniale? C'est une structure de pouvoir, un système destiné à consolider la domination d'une nation sur les pays qu'elle occupe et les populations qu'elle a soumises. Celui qui adhère à un tel système, lui attribue une légitimité, le met en œuvre et le défend, est un colonialiste. Sont également colonialistes ceux qui l'approuvent passivement, ceux qui le soutiennent et ceux qui lui sont reconnaissants.

Pramoedya Ananta Toer, *Le Monde des hommes*, [1980], 2021 : 301.

Fin 2022, alors que je me lance dans l'écriture de cet ouvrage, la maternité Le Dantec¹, située à Dakar (Sénégal) est détruite. Elle était non seulement un symbole architectural du style soudano-sahélien mais aussi un symbole des structures médicales coloniales. Construite en 1930 par le gouvernement de l'Afrique occidentale française (AOF²) et l'architecte Henry Adenot, elle était aussi appelée la « maternité africaine ». Quel symbole pour lancer un livre à caractère historique.

Aujourd'hui, il est presque impossible de se soigner sans payer dans les hôpitaux publics du Sénégal et ailleurs dans la région. Même les personnes les plus pauvres, que l'on nomme parfois les indigent·e·s, n'ont pas forcément un accès aux soins gratuits dans le système de santé actuel alors qu'une politique publique existe en leur faveur. Et lorsqu'elles arrivent à disposer d'une prise en charge gratuite par les services sociaux (dont les procédures d'accès restent complexes) ou la bourse de sécurité familiale (transfert monétaire), elles sont souvent contraintes de trouver des moyens pour payer les médicaments prescrits (mais pas

1. Cette maternité est située au sein de l'hôpital central indigène en 1914, qui ensuite prendra le nom d'hôpital central africain en 1946 et enfin d'hôpital Le Dantec en 1954. C'est avec la loi Lamine Gueye de 1946 que le terme « indigène » a été remplacé par celui d'Africain, explique Camara (2020).

2. Les territoires africains sous domination française ont été regroupés en 1895 pour l'AOF et en 1910 pour l'Afrique Équatoriale Française (AEF) (Borrel, Boukari Yabara, Collombat, & Deltombe, 2023).

nécessairement disponibles dans le poste de santé) et certains examens demandés. Cette situation s'explique certainement par la prolifération des idées (néo)libérales des réformes des politiques de santé depuis les années 1970, poussées par des organisations internationales comme la Banque mondiale (Gorsky & Sirrs, 2023), puis la généralisation du paiement direct dans les structures de santé, incitée par l'OMS et l'UNICEF à travers l'initiative de Bamako dans les années 1980 (Ridde, 2021b; Van Lerberghe & de Brouwere, 2000). C'est le cœur de mes recherches depuis 20 ans. Le Sénégal sera d'ailleurs un précurseur de l'importation de ces idées avec l'échec d'un programme américain dans le Sine Saloum à la fin des années 1970 qui souhaitait organiser 600 cases de santé, en partie auto-financées par les populations villageoises et leur paiement des soins (Keita, 2007).

Nous sommes au cœur d'un processus historique de financiarisation des politiques publiques qui « requiert un travail conséquent tant idéologique, visant les conceptions de l'action publique, que sociotechnique de transformation des dispositifs de gestion, dont les conséquences sur les transformations de l'action publique » (Buffa, Chiapello, Ronal & Thyrdard, 2021 : 7). C'est dans cette perspective que je propose dans cet ouvrage une analyse sur le temps long de l'histoire de ces politiques de financement de la santé au Sénégal et en Afrique de l'Ouest francophone. Il faut en effet essayer de montrer comment cette financiarisation transforme « le langage et les instruments qui l'organisent et à y importer des pratiques et des modes de pensée issus du monde financier » (Buffa et al., 2021 : 6).

L'objectif de mon livre est à la fois de montrer la permanence des instruments de financiarisation des politiques publiques de santé, ancrés dans l'approche libérale et fondamentale au capitalisme de la santé (Batifoulier & Da Silva, 2022) et à la bureaucratisation néolibérale du monde (Hibou, 2012), à travers des exemples (le paiement des patient·e·s dans les hôpitaux, la pratique privée des médecins coloniaux, leurs primes et leurs ristournes, les mutuelles de santé) mais aussi les conséquences sur l'accès aux soins et le fonctionnement des systèmes de santé d'un empire bon marché (Cogneau, 2023), où la France a délaissé les secteurs sociaux des territoires colonisés, contrairement aux discours prononcés (Shriwise & Schmitt, 2023).

Dans le cadre de la 10^{ème} assemblée mondiale de la santé de 1957, des groupes techniques s'étaient penchés sur le rôle de l'hôpital. Si la question du financement n'était traitée que dans une page sur 34 du rapport de cette assemblée, on y remarque, déjà, un débat sur la peur de

l'explosion des dépenses si l'on n'impose pas une partie du paiement des soins directement aux patient·e·s. Les rapporteurs affirmaient cependant que les gouvernements ont « une responsabilité financière à assumer les soins donnés à l'hôpital, ne serait-ce que pour les soins aux indigent·e·s » (OMS, 1957). Cependant, il est clairement précisé dans ce rapport que « le trait essentiel des soins hospitaliers est qu'il ne doit pas y avoir de barrières financières entre le patient et l'assistance médicale dont il a besoin au moment où il tombe malade, ou victime d'un accident ou de toute autre circonstance malheureuse » (OMS, 1957 : 33). On verra dans la conclusion de cet ouvrage que ces réflexions ont perduré durant des décennies, sans jamais vraiment avoir dépassé les déclarations de principes, ce que j'avais déjà relevé dans un ouvrage collectif (Ridde & Jacob, 2013) et dans ma thèse concernant les politiques de santé du Burkina Faso des années 2000 (Ridde, 2007).

À cette époque au Sénégal, le premier plan de développement socio-économique de 1961-64 mettait l'accent sur la question de l'équité de la distribution des soins (Touré, 1983), bien que sa mise en œuvre ait pris un retard important car la prévention était sous-financée (Dione, 2004) comme aujourd'hui. Selon Sow (1995), 55% de l'investissement global du plan était prévu pour le secteur hospitalier, surtout dans la région du Fleuve. Finalement, il explique que le taux de réalisation du plan n'aura été que de 28% pour 742 millions de francs CFA. Le rapport de l'enquête coordonnée par Anne Retel-Laurentin (1960)³ présente une image nationale claire de l'ampleur des inégalités régionales de recours aux soins (figure 1).

3. On retrouve les travaux de cette médecin coloniale, ethnologue au Congo colonial dans les analyses de Nancy Rose Hunt (2024) qu'elle évoque avec beaucoup d'intérêt quant à la qualité du travail.

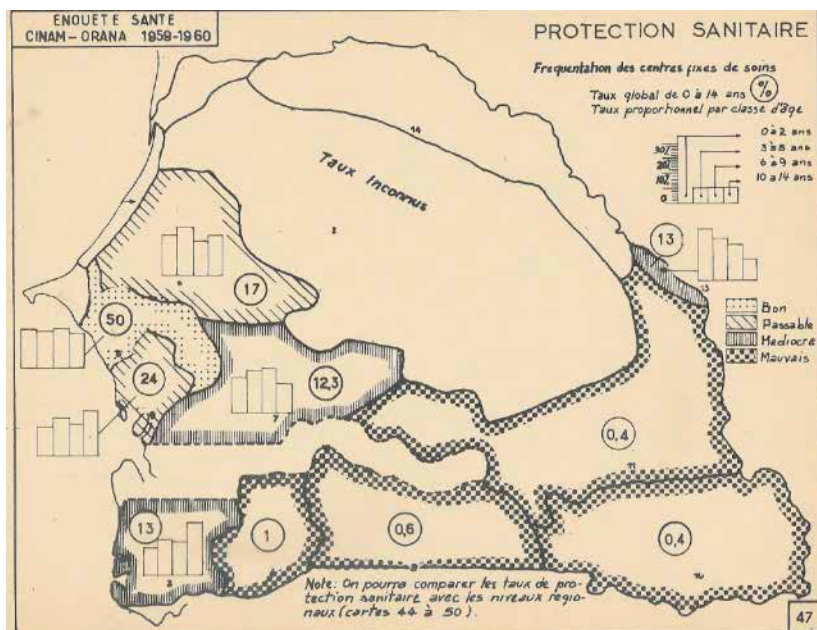


Figure 1 : Fréquentation des enfants de moins de 15 ans dans les centres de santé au Sénégal en 1959-1960

Selon le ministre de l'époque, M. Sar, le plan d'investissement du Sénégal en matière de santé s'élevait à 2,7 milliards de francs CFA dont 40% (!) pour l'hôpital de Saint-Louis, auxquels il faut ajouter 410 millions pour la construction des hôpitaux régionaux et des centres médicaux. En 1941, les réformes d'ampleur souhaitées pour l'AOF, notamment par le médecin général Ricou, font de Dakar le cœur du projet selon l'historienne canadienne Pearson (2018).

Les réformes hospitalières et la recherche d'une autonomisation de leur gouvernance et de leurs financements, idéal libéral historique (Gorsky, Vilar-Rodríguez & Pons-Pons, 2020) et actuel (Gelly & Spire, 2022; Hibou, 2012; Mills, Bennett, Russell & Attanayake, 2001), y compris au Sénégal (Lemière, Turbat & Puret, 2012), ont rendu nécessaire le besoin d'instaurer des modalités de paiement dans les hôpitaux du Sénégal (Balique, 1996; Daff et al., 2020; Paul, Ndiaye, Sall, Fecher & Porignon, 2020).

Mais cela a-t-il été toujours le cas? Comment fonctionnait le financement des hôpitaux avant la décolonisation? Que devaient payer les patient-e-s qui fréquentaient les hôpitaux durant la période coloniale française? L'affirmation des médecins responsables coloniaux Sanner et Habay (1952), dans leur rapport sur l'organisation de la santé publique en AOF que ces paiements des particulier-e-s étaient négligeables était-elle fondée? Les médecins payés par l'État français réalisaient-ils des actes à titre privé et lucratif? La chercheuse belge Monique Van Dormael (1997) avait-elle raison d'affirmer, comme tant d'autres, que la gratuité des soins et des médicaments était systématique dans les services coloniaux?

Il semble que l'histoire des modalités de financement et de paiement des soins n'ait pas encore fait l'objet d'études spécifiques de la part des historien-ne-s de la santé au Sénégal⁴ contrairement à l'Europe (Gorsky et al., 2020) ou la France (Domin, 2016). Cette carence semble une constante dans l'histoire de la santé et des politiques de santé en Afrique selon les historiens (Clark & Doyle, 2021), notamment en raison des défis d'accès aux sources (Gorsky et al., 2020). En effet, les historien-ne-s se sont plus intéressé-e-s aux maladies et à leur prévention qu'aux systèmes de santé ou à la prise en charge par les hôpitaux, sans évoquer en détail les questions financières, certainement jugées trop techniques ou rébarbatives (Bado, 1999; Bado, 1996; Becker & Collignon, 1998; Becker, 2023; Camara, 2020; Chippaux, 1980; Cooper, 2010; Cuisinier-Reynal, 1997; Echenberg, 2002; Ndoye & Poutrain, 2004; Ngalamulume, 2021; Pam, 2020). Ces questions ont cependant été abordées en quelques lignes dans des analyses historiques de l'économie politique de la santé au Sénégal, sans s'attacher aux détails que nous allons évoquer dans cet ouvrage (Keita, 2007; Snyder, 1973). Plus récemment, au cœur de la pandémie de COVID-19, le numéro hors-série (10, 2020) de la *Revue sénégalaise d'Histoire* sur les leçons du passé concernant les épidémies et les sociétés confirme cette orientation de la recherche historique en santé et le peu d'intérêt pour les questions financières (Ndao, 2020). Dans son mémoire, Badiane (2004) est un des rares à rendre compte, bien que de manière réduite, du fonctionnement financier de l'hôpital Le Dantec de Dakar. L'un des excellents textes sur l'histoire des systèmes de santé pendant la période coloniale en Afrique de l'Ouest évoque le rôle important de

4. Comme ailleurs en Afrique semble-t-il (Alonou, 1994; Bado, 1999; Caldwell, 1987; Hunt, 2024). Par exemple, le dossier thématique sur la santé de la revue d'histoire Outre-mer publié en 2005 n'aborde pas ces enjeux (Delaunay, 2005).

l'État mais n'aborde que très peu les questions du financement de la santé (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000). Pourtant, le colonisateur utilise l'hôpital et les médecins de brousse comme des instruments et des alliés de la colonisation (Alonou, 1994; Peiretti-Courtis, 2021; Lasker, 1977). Nous verrons comment les mutuelles de santé s'inscrivent aussi dans cette démarche, mais cela a été moins étudié. Enfin, l'une des rares (très récentes) fines analyses au sujet du financement de la santé concerne un pays d'Afrique du Nord, l'Algérie, et nous permet de proposer, plus loin, des parallèles très utiles à notre démarche d'analyse historique pour l'Afrique de l'Ouest (Clark, 2021).

En effet, selon Piketty (2019), les recherches sur les budgets coloniaux restent limitées mais confirment les faibles investissements en matière sociale et éducative, ce qui avait été confirmé par la thèse de Touré (1991) pour le Sénégal. Au-delà des enjeux politiques et idéologiques, les colonies devaient être autosuffisantes sur le plan budgétaire (Coquery-Vidrovitch, 1979). Les colonies avaient leurs budgets propres dont les sources provenaient notamment de la capitation et des taxes douanières. Les emprunts ont d'abord servi à la construction des infrastructures et plus secondairement à la santé. La plupart des emprunts des années 1930 ont été remboursés, notamment grâce à l'inflation des années 1940. Cependant, cela n'était pas suffisant et les colonies ont continué à emprunter (Coquery-Vidrovitch, 2022). La thèse de Jacques Marseille a été récemment infirmée et Denis Cogneau (2023) montre très bien que les colonies n'ont été que très peu soutenues financièrement par la métropole.

Cette recherche vise donc à étudier la manière dont la financiarisation de la santé était déjà à l'œuvre durant la période coloniale notamment en rendant compte des modalités de financement des hôpitaux, des paiements demandés aux patient·e·s lorsque les malades se rendaient dans une structure de santé, de la pratique privée réalisée par les médecins coloniaux et des tentatives du mouvement mutualiste. Avant d'entrer dans les détails de cette recherche, il m'a paru essentiel de revenir rapidement sur le contexte colonial des données que je vais présenter, notamment pour les personnes moins habituées à cette période historique (encadré 1).

Contexte colonial et histoire de la santé

Lorsque j'ai commencé à rédiger cet ouvrage, j'avais pensé m'adresser à deux publics cibles principaux : d'abord, à des historien-ne-s qui n'avaient pas encore étudié la financiarisation des soins et, ensuite, à des expert-e-s du financement de la santé en Afrique qui ont une certaine culture historique. Ainsi, il ne me paraissait pas opportun de reprendre en détail les analyses historiques de la colonisation française en AOF, au risque de plagier les historien-ne-s de cette période ou simplement de leur faire perdre du temps de lecture avec des notions et des situations qu'ils et elles connaissent parfaitement. De même, j'espérais que les expert-e-s du financement de la santé en Afrique, même les plus jeunes, aient un minimum de recul historique sur la période coloniale du continent où ils et elles inscrivent leurs études, leurs pratiques ou leurs analyses. Cependant, il est fort possible que cet ouvrage intéresse aussi un lectorat plus large issu de tous les continents ou des personnes n'ayant pas le recul historique suffisant pour appréhender le vocabulaire et les données présentées au regard de la période coloniale. Car en effet, il est essentiel d'interpréter les informations que je présente dans ce livre dans le contexte de l'époque, pour éviter toute interprétation erronée, d'autant plus que je mobilise des sources d'archives coloniales qui reflètent, avant tout, les mentalités de ceux et celles qui les ont créées. Ainsi, afin d'inscrire la lecture de ce livre dans le contexte d'une histoire coloniale de la santé, il m'a semblé utile de revenir sur quelques jalons historiques (voir l'encadré 2 pour les dates clefs) et conceptuels. Le lectorat pourra évidemment se référer aux ouvrages listés dans la bibliographie ainsi qu'aux bibliothèques qui donnent accès à de nombreux autres ouvrages scientifiques sur cette période désormais largement étudiée. Ce rapide retour devrait donc permettre de mieux comprendre la thèse défendue dans cet ouvrage ainsi que les données empiriques présentées pour montrer que la financiarisation de la santé était déjà bien en place durant la période coloniale.

La colonisation de la France dans certains pays du continent africain est ancienne, notamment pour l'Algérie (1830), première colonie du second empire colonial (Cogneau, 2023; Frémeaux, 2012). Au Sénégal, les troupes coloniales françaises se sont

emparées du fort de Saint-Louis sur l'île de N'dar dès 1659 (Barthélémy, 2022). C'est donc à partir de la côte, notamment de Saint-Louis que l'expansion coloniale française se réalise en Afrique subsaharienne. Précédés par les commerçants et les missionnaires, les militaires combattent les résistances locales en vue d'une « pacification » (Klein, 2020), terme employé par la propagande coloniale. L'expansion coloniale française se fait à travers des actions politiques, mais aussi des massacres orchestrés par les militaires et une conquête des territoires, très hétérogène, face aux résistances des communautés locales (Surun, 2023; Borrel et al., 2023; Frémeaux, 2012). Au Sénégal, Louis Faidherbe, gouverneur à deux reprises (1854-1861 et 1863-1865), apporte ses méthodes brutales de son expérience algérienne. En 1895 est créée l'Afrique occidentale française (AOF) dont le Sénégal fait partie. L'occupation militaire se transforme en processus de colonisation (Barthélémy, 2022).

Le droit colonial français va créer deux catégories de personnes : les citoyens français et les sujets indigènes. Le terme « indigène », dont la Première Guerre mondiale va renforcer la visibilité (Bancel & Blanchard, 2022), et que l'on retrouve dans toutes les archives coloniales que j'ai exploitées, renvoie à la question du régime de l'indigénat. Il est au cœur des discriminations raciales et consiste, bien que cela varie d'un territoire à l'autre, en trois mesures principales qui ne s'appliquent qu'aux « indigènes » : i) l'internement/éloignement administratif; ii) la séquestration des biens collectifs ou individuels; iii) les amendes collectives ou individuelles. En d'autres termes, il s'agit d'une manière « arbitraire de sanctionner et de gouverner, réservée aux 'indigènes' » (Thénault, 2023 : 482). Le premier décret concernant l'indigénat au Sénégal date de 1887 (Thénault, 2022). Parmi les nombreuses infractions réprimées, on retrouve plusieurs mesures de santé publique comme les enterrements en dehors des lieux autorisés ou le respect des mesures sanitaires imposées par les autorités pendant les épidémies. L'absence de paiement des impôts, que je vais évoquer dans l'ouvrage, est évidemment aussi réprimée par ces textes.

Le Sénégal est un cas particulier car il dispose de quatre communes, les plus anciennes, de plein exercice : Saint-Louis, Gorée, Rufisque et Dakar. L'idée est notamment d'appliquer une politique dite d'« assimilation », ce qui n'a pas été facile pour ces

quatre communes, car elles ne disposaient pas de tous les avantages du régime de la métropole (Légier, 1968). Cependant, les habitant·e·s de ces communes ont bénéficié de quelques droits spécifiques comparativement aux autres populations colonisées du territoire, notamment exempté·e·s des règles liées au statut d'« indigène ». Le régime de l'indigénat sera seulement aboli à la fin de la Seconde Guerre mondiale, de même que le travail forcé, pourtant encore très présent pendant la guerre (Coquery-Vidrovitch, 2023).

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, la prospérité et la puissance de la France sont remises en cause. Albert Sarraut (1872-1962), ministre des Colonies, décide de lancer une mise en valeur de l'Empire en 1921. Son projet de loi suggère un programme de développement surtout centré sur les infrastructures mais aussi pour assurer la reproduction d'une force de travail dont la demande s'accroît (Coquery-Vidrovitch, 1979; Becker & Collignon, 1999). L'objectif annoncé est de faire en sorte que les colonies puissent soutenir le redressement de la France (Dimier, 2005). Le financement de ce plan ne sera jamais assuré, notamment « faute d'ambition politique » (Coquery-Vidrovitch, 2023 : 103), mais aussi à cause d'une réduction du paiement des réparations de guerre promis par l'Allemagne (Cogneau, 2023). De plus, la crise des années 1930 va provoquer le lancement de programmes d'infrastructures des États coloniaux financés par de nombreux emprunts à très long terme garantis par la métropole.

C'est ici qu'il faut présenter l'analyse économique détaillée de Denis Cogneau (2023) qui montre combien les colonies n'ont que peu coûté financièrement à la France. Il s'agissait, pour reprendre le titre de son ouvrage, d'un « empire bon marché ». D'abord, les dépenses militaires ont toujours été les plus importantes, plus de 80% de l'ensemble de l'effort budgétaire au cours de la période coloniale. Cependant, avant 1940, cela représente moins de 1% du revenu annuel de la France. Ainsi, Cogneau estime qu'entre 1833 et 1939, l'entreprise coloniale n'a coûté aux contribuables de la métropole que 0,5% du revenu national. En effet, les territoires finançaient leurs dépenses civiles essentiellement par les impôts prélevés sur les populations locales (notamment la très régressive

capitation⁵), comme je l'expliquerai dans ce livre pour l'Assistance médicale indigène (AMI), ainsi que sur les communautés de colons et d'expatrié-e-s, ces deux dernières ayant parfois bénéficié d'un traitement de faveur. Cependant, l'argent public de la métropole pour les colonies a beaucoup augmenté après la Seconde Guerre mondiale, fin de la période d'étude de mon analyse. Mais la dépense publique en général a surtout beaucoup augmenté entre 1925 et 1955. Il convient cependant de préciser que les dépenses publiques étaient surtout orientées vers les besoins des colons et des entreprises françaises. Les dépenses sociales n'étaient pas une priorité. Pour le dire plus clairement encore, « le financement des dépenses civiles par la métropole a été pratiquement nul entre 1900 et 1945, sauf en AEF », ce sont les dépenses militaires qui ont été prépondérantes (Cogneau, 2023 : 402).

Durant la colonisation, la médecine a « toujours été l'apanage des médecins militaires » et de leurs structures de santé (Diop, 1983 : 138). En général, l'État colonial est le principal employeur des professionnel-le-s de santé (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000) et les médecins ont un rôle central dans l'entreprise coloniale, même si ils et elles soignaient aussi les populations locales. Cependant, la condescendance, la déshumanisation et le racisme sont plus la norme que l'exception de la relation entre les soignant-e-s et les soigné-e-s (Peiretti-Courtis, 2023), à l'image de la relation de l'administration coloniale avec les « indigènes » (Frémeaux, 2012), de culture théorisée comme inférieure (Dimier, 2005). Les services de santé coloniaux sont dirigés par un homme, médecin des troupes coloniales qui est, de fait, le chef de service de santé. À ce titre, c'est lui qui prépare les projets de budgets que j'évoquerai plus loin. Il dispose aussi du droit de contrôler les dépenses et les documents justificatifs provenant des structures de santé. Les directeurs des hôpitaux ou des « ambulances » sont des médecins du corps de santé des troupes coloniales, nommés « médecin-chef ». Dans les hôpitaux, un officier administrateur est chargé du service administratif. Dans les années 1930, au moment où Albert Sarraut est encore ministre des Colonies, la gratuité des soins pour les « indigènes » participe clairement au processus colonial. Une

5. Au Sénégal avant 1911, même les nouveau-nés étaient éligibles (Cogneau, 2023).

note de 1933 signée par le président de la République Albert Lebrun le confirme : « Dans tous les pays de l'Union française, l'AMI a été créée selon un même schéma. Elle a été basée aussi sur un même principe : la gratuité des soins. Ce principe était justifié : il fallait mener des populations neuves, de plus souvent arriérées (sic), aux concepts modernes de traitement des maladies, et de contrôler leur état sanitaire presque toujours très déficient ». L'AMI vise aussi clairement à assurer la collaboration des populations locales au projet colonial, notamment sur le plan économique pour une meilleure exploitation du patrimoine local (Dimier, 2005). C'est de cette histoire dont il sera question en détail dans ce livre.

-2-

Quelques dates clés du contexte de la financiarisation de la santé

1868 : première occurrence de la catégorie des particulier·e·s à leurs frais (PALF) dans les archives étudiées

1873 : première occurrence des procédures de cessions (ventes) de médicaments

1880 : début de la construction de l'Hôpital principal de Dakar

1890 : demande de caution pour les personnes hospitalisées (hospices civils) afin de garantir le paiement des frais

1890 : création de la « mutuelle de la Colonisation française » (Algérie)

1890 : l'hôpital militaire de Dakar est autorisé à vendre des médicaments aux fonctionnaires et particuliers

1895 : création de l'AOF

1900 : octroi de l'autonomie financière des colonies

1902 : Dakar devient capitale de la Fédération

1905 : lancement de l'Assistance médicale indigène (AMI)

1905 : premier congrès de la « Mutualité coloniale » organisé à Alger

1906 : création du corps des aides-médecins indigènes (soutien AMI)

1911 : autorisation des mutuelles de santé « La Corse » à Dakar et de la société amicale du Sine-Saloum à Kaolack

1913 : annonce de la présence d'une mutuelle maternelle au Sénégal

1918 : autorisation de la mutuelle de santé « Union amicale des indigènes sénégalais »

1918 : création de l'École de médecine et de sage-femmes de Dakar

1924 : l'Hôpital indigène de Dakar devient la responsabilité de la commune

1926 : basculement du financement des formations sanitaires du service général du budget de la Fédération de l'AOF aux budgets locaux de chaque colonie

1930-38 : imposition d'une taxe spécifique à l'AMI pour contribuer à son financement

1930 : disparition de la fédération de la Mutualité coloniale créée en 1908

1931 : projet de création en Côte d'Ivoire de sociétés indigènes d'assistance mutuelle contre la maladie

1931 : création de l'Institut d'Hygiène Sociale (Polyclinique) à Dakar

1944 : création du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) et ouverture de l'École africaine de médecine et de pharmacie (EAMP)

1945 : le franc des colonies d'Afrique subsaharienne et de Madagascar devient le franc des colonies françaises d'Afrique (CFA), perdant sa parité avec la monnaie de métropole

1950 : création de l'École d'infirmiers et infirmières d'État de Dakar

1951 : création du Centre fédéral de transfusion sanguine de l'AOF à Dakar avec la rémunération des donneurs et donneuses de sang

1952 : création de la section locale pour l'Afrique subsaharienne de l'Ordre national des médecins

1954 : l'Hôpital central indigène de Dakar est nommé Hôpital Le Dantec

1957 : création de l'Université de Dakar

1958 : l'Hôpital principal de Dakar est affecté au budget de la France d'outre-mer

Après la présentation des méthodes employées pour l'écriture de cet ouvrage, je décris le contexte global, notamment le budget alloué au secteur de la santé et l'importance des infrastructures sanitaires dans une première partie. Puis, le cœur des analyses est séparé dans cinq autres parties. La deuxième partie concerne les modes de financement des hôpitaux et la manière dont les patient·e·s devaient ou pouvaient payer. La troisième partie analyse la manière dont ces enjeux financiers étaient aussi largement présents dans le « système de santé » organisé spécifiquement pour les « indigènes » autour d'une gratuité toute relative. Dans la quatrième partie, j'aborde la pratique privée de la médecine par les professionnel·le·s de la santé coloniaux, qu'ils et elles soient civil·e·s ou militaires. Puis, dans la cinquième partie, je cherche à montrer que la solution (coloniale) de la mutualité n'a pas été mobilisée en faveur des populations de l'AOF. Enfin, dans la sixième partie, je prends un peu de distance avec ces résultats essentiellement centrés sur le Sénégal pour les comparer avec les autres pays de la région, et parfois plus loin. L'idée, dans la conclusion, est de montrer comment la permanence de ces solutions s'explique notamment par la survivance des approches et des idées libérales des « faiseurs » de politiques publiques, pour reprendre un terme consacré de l'étude des politiques publiques (Lipsky, 2010).

Sources et méthodes

Pour réaliser cette recherche, j'ai entrepris une analyse des publications scientifiques, de plusieurs journaux de l'époque et une étude des archives des hôpitaux et des archives nationales au Sénégal. J'ai notamment exploité la série H (Fonds de l'AOF) et la série HS (santé et assistance publique – Fonds Sénégal colonial). Une recherche a aussi été effectuée dans les archives de l'Institut national de l'audiovisuel en France (INA) sans trop de succès à part une courte présentation de l'Hôpital de Dakar en 1958 (N° de notice : CAF96078512) mais sans données utiles à notre analyse. La collecte des données dans les archives nationales a bénéficié du soutien de Moussa Diaw, spécialiste de l'information documentaire et responsable des archives d'un hôpital du Sénégal. Pour les archives hospitalières, nous avons reçu l'appui de trois stagiaires de l'École des Bibliothécaires Archivistes et Documentalistes (EBAD) de Dakar qui se sont réparti la collecte entre Dakar et Saint-Louis. La consigne était large, soit de repérer toutes les informations concernant l'objet de recherche, que ce soit dans les rapports annuels, les rapports comptables, les documents de travail, les contrôles financiers, etc. Les directeurs des hôpitaux actuels de Dakar et de Saint-Louis ont donné leur autorisation pour l'exploration de leurs archives. Des réunions régulières ont été organisées entre les membres de l'équipe afin d'ajuster le processus de collecte de données. Moussa Diaw a organisé les données et j'ai réalisé le dépouillement ainsi que toutes les recherches dans les archives sénégalaises et internationales et bien sûr, l'écriture de cet ouvrage dont seront tirés quelques articles scientifiques de synthèse rédigés avec des collègues.

J'ai aussi effectué une recherche des thèses et des mémoires en histoire sur le sujet. Des recherches ont aussi été entreprises dans les archives du secteur de la santé de l'IMTSSA (Institut de médecine tropicale du service de santé des armées) à Toulon, de l'ANOM (Archives nationales d'outre-mer) à Aix-en-Provence, du ministère du Travail aux Archives nationales de Pierrefitte et concernant les sociétés de secours mutuels au ministère de la Santé à Paris. J'ai étudié les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* publiées de 1899 à 1940, ainsi que d'autres revues médicales (dont à Dakar, *Dakar médical* et le *Bulletin de la société médicale d'Afrique Noire de langue française*) ou coloniales (*Revue de l'histoire des*

colonies françaises, *Bulletin du comité d'études historiques et scientifiques*, etc.). L'ensemble des 38 numéros de 1898 à 1940 (presque 1000 pages chaque) a été étudié en cherchant de manière systématique les mots clefs suivants : particulier, prix, dépense-s, budget, hôpital-aux, gratuit-é-ement, facture, Sénégal; afin d'y repérer les éléments empiriques utiles. En outre, plusieurs mots clefs (médecin, médicament, hôpital, dispensaire, payant, gratuit) ont été utilisés avec le *Journal des voyages et des aventures de terre et de mer* de 1877 à 1949, sans succès, confirmant les défis des sources pour un tel sujet. Des recherches dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* n'ont pas donné non plus de résultats utiles (il y a quelques articles sur l'hygiène hospitalière durant la période coloniale mais qui ne traitent pas des questions budgétaires), ainsi que la *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux* qui existe depuis 1959 mais ne dispose que d'un article descriptif sur l'hôpital principal de Dakar (sans mention des questions financières), dont le contenu a été repris « au fil du temps », en changeant l'auteur signataire... (Carayon, 2000; Cuisinier-Reynal, 1997; Klotz, 2021). Le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* et la *Gazette des hôpitaux civils et militaires* ont aussi été exploités mais ils évoquent, eux aussi, très peu les questions budgétaires. Les médecins étaient évidemment centrés sur les aspects cliniques ou de prévention. Enfin, j'ai exploré la base de données de tous les périodiques de la collection Medica avec les mots clefs suivants : Sénégal, Hôpitaux, Dakar (encadré 3).

-3-

Des défis historiques des archives sur le financement de la santé

Au-delà du peu d'intérêt que la financiarisation de la santé a obtenu dans le champ des études historiques en AOF, il m'apparaît important de relever les défis que j'ai rencontrés lors de mon étude qui a démarré en juillet 2022 avec la collaboration de Moussa Diaw, archiviste. Mais ce que l'analyse des Archives m'a aussi appris est que ces défis sont séculaires, les historien-ne-s se trouvant face à des carences que les bureaucrates de l'administration hospitalière avaient déjà relevées. Par exemple, j'ai trouvé un rapport aux Archives de Dakar où M. Lasne, économiste de l'hôpital central africain, tente de reconstituer les dépenses de 1936 à 1949 dans son rapport de 1949. Il affirme que l'absence de certains documents à l'hôpital ne lui a pas permis d'effectuer un travail complet... ce

qui sera aussi une constante en ce qui me concerne, mais plus de 70 ans après! Ce défi s'inscrit évidemment dans celui, plus large, des archives coloniales (Dulucq, 2009). Dans leur exploitation, il m'a donc fallu sans cesse m'assurer de la pertinence des sources, lire et relire en détail les longs dossiers pour vérifier que je ne manquais pas des données utiles, vérifier les calculs des nombreux tableaux ou données chiffrées que j'ai dû remettre en forme pour les analyses proposées dans ce livre, comprendre les échanges de courriers entre les différents paliers de l'administration pour reconstituer les histoires et études de cas, etc. Ainsi, par la mobilisation de cette myriade de sources de données (dont des recherches produites par des étudiant·e·s et chercheur·euse·s des pays concernés, rarement disponibles dans les bases de données internationales), mon objectif était de pouvoir trianguler au maximum les informations afin de pallier les carences ou les biais inhérents aux archives coloniales.

Donc, non seulement j'ai varié les sources, mais aussi les sites, les pays, les types de structures médicales afin de disposer d'une vision large des situations contextuelles permettant de mieux comprendre la financiarisation de la santé pendant la période coloniale mais aussi sa diversité. J'ai toujours vérifié les calculs des tableaux présentés dans les Archives mais aussi tenté de réaliser de nouveaux calculs pour mieux mettre en exergue certaines données, parfois ignorées par les administrateurs d'origine, par exemple en calculant de simples pourcentages ou des corrélations montrant le poids des catégories coloniales et « raciales » de l'époque. L'une des grandes limites de mon travail est qu'il repose sur des sources coloniales, la plupart du temps rédigées par l'administration coloniale et donc presque jamais par les personnes qui doivent en subir la violence et les conséquences. Les enquêtes populationnelles, comme c'est aujourd'hui la norme, n'existaient pas vraiment et si parfois les documents administratifs relatent les situations individuelles des « indigènes », elles sont toujours rapportées par l'administration coloniale et les prismes de l'époque. Dans la mesure du possible, j'ai donc cherché à relater les situations des personnes concernées en tenant compte de ces limites importantes, faute d'avoir pu trouver d'autres sources.

La période d'étude concernée par l'ouvrage est la période coloniale, à partir de la date de la création du premier hôpital au Sénégal jusqu'à la date de l'indépendance (avril 1960). Je mobilise quelques données

immédiatement postindépendance puisque l'hôpital central est resté, longtemps après l'indépendance, sous la gestion du gouvernement français. La comparaison s'avère en effet intéressante et pourrait donner lieu à d'autres recherches sur l'influence des bailleurs de fonds.

Je m'intéresse spécifiquement à la situation du Sénégal et de ses hôpitaux car, non seulement l'accès aux archives est facilité à Dakar (où j'ai vécu de fin 2019 à début 2024), mais aussi parce que ce pays reste celui où la présence et la fréquentation des formations sanitaires est certainement la plus importante dans la région à cette période. Évoquant les réformes pensées avant la seconde guerre mondiale, notamment par le médecin général Ricou, Pearson (2018) explique que Dakar était le cœur du projet colonial. C'était en effet depuis le Sénégal, avec l'arrivée de Faidherbe, nommé gouverneur de la colonie en 1854, que la conquête française en Afrique de l'Ouest s'était organisée (Coquery-Vidrovitch, 2022). À titre d'illustration, en 1950, les formations sanitaires du Sénégal représentent 41% du total des entrées en AOF et 37% du total des journées d'hospitalisation. À lui seul, l'hôpital central africain de Dakar représente plus de journées d'hospitalisation que le Dahomey, la Guinée et le Niger réunis.

Avant d'évoquer le cœur de mon sujet, la financiarisation de la santé, il m'a semblé essentiel de comprendre le contexte budgétaire global de la santé durant cette période coloniale. Une excellente analyse détaillée de cette évolution a été proposée il y a maintenant quelques années (Becker, Diakhaté, & Fall, 2008) et je tente de la compléter à partir des sources primaires.

I - UN BUDGET ET DES HÔPITAUX NE RÉPONDANT PAS AUX BESOINS

Introduction de la première partie

Le nombre des lits d'hôpitaux est si dérisoire devant celui des malades.

Memmi, 1973 : 142.

Que retenir?

Dans cette partie, je présente et confirme le contexte de rareté des ressources dévolues au secteur de la santé pendant la période coloniale. Non seulement les hôpitaux coloniaux sont rares et ne disposent que de peu de budget, mais ils doivent déjà réaliser des économies.

À partir de 1926, s'opère un basculement budgétaire : les dépenses des établissements de santé sont transférées aux budgets locaux de chaque colonie de l'Afrique occidentale française (AOF), exacerbant les défis de financement. L'administration coloniale commence à formaliser le principe et la possibilité pour certain·e·s malades de payer leur hospitalisation, en même temps qu'elle recherche l'efficacité de l'organisation des services.

Depuis la période coloniale, peu de progrès semblent avoir été réalisés dans l'organisation et le financement des systèmes de santé. Ainsi, quelques décennies plus tard, si la Déclaration d'Abuja de 2001 des chefs d'État et de gouvernement africains indique un engagement à ce que 15% du budget de l'État soit dévolu au secteur de la santé, elle n'est actuellement toujours pas respectée et ne l'était pas plus durant la période coloniale, même si l'on évoquait, déjà à l'époque, la pertinence de taux semblables. Cependant, l'hospitalo-centrisme était déjà en marche, préférant, comme aujourd'hui, les grandes structures aux soins de santé primaires. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP) réunie à Alma-Ata en 1978 n'aura pas eu d'impact, alors que l'engagement annoncé était de réorienter les services de santé en faveur des SSP.

Avant d'entrer dans les détails de l'ouvrage, il est essentiel de comprendre le contexte budgétaire global, notamment les carences, importantes et permanentes, de l'Empire colonial français (Cogneau, 2023), mais aussi l'organisation du système de soins au Sénégal durant la période où je vais étudier sa financiarisation.

L'évolution du budget dédié à la santé

Avant 1895, il est difficile de disposer de données solides et fiables concernant le budget de la santé. Ainsi, selon le mémoire de Ly (2010) citant un ouvrage de Lapeyssonnie (1988), le budget de la santé au Sénégal aurait été de 261 772,54 francs en 1856, pour passer à 39 646 francs en 1877 (Becker, Diakhaté & Fall, 2008). Dans leur analyse de l'évolution de ce budget de la santé au Sénégal, Becker et ses collègues (2008) évoquent qu'il serait ensuite passé de 918 057 francs en 1878 à 1 202 799 francs en 1880 et 129 630 francs en 1881.

Dans sa thèse concernant la période de 1895 à 1914, Angélique Diop (1983) démontre que le système de santé durant la colonisation était un système... colonial¹ et un secteur peu prioritaire (comme en France à l'époque (Dr F., 1880)) pour les responsables politiques de la métropole (comme pour les autres puissances coloniales (Caldwell, 1987)). Pam (2022) nous rappelle que « la politique sanitaire de la France au Sénégal [s'est organisée] dans une perspective de domination et d'exploitation coloniale » (p. 64). En effet, bien avant la Déclaration d'Abuja où les États africains se sont engagés en 2001 à accorder 15% de leur budget au secteur de la santé, Diop (1983) montre que le budget consacré à ce système n'a jamais été à la hauteur des besoins... alors que les réponses sanitaires étaient cantonnées aux besoins des militaires, des colons et de leur administration, sans vraiment s'intéresser à ceux des populations. L'analyse détaillée de Ngalamulume (2012) pour la ville de Saint-Louis confirme la négligence des services de santé à l'égard des populations locales, au profit des colonisateurs.

1. Sur la manière dont les campagnes de vaccination et le fonctionnement de l'Institut Pasteur ont été impactés par cette approche, voir le cas de la Côte d'Ivoire. La thèse de Domergue-Cloarec présente aussi une analyse incroyable de l'état de santé déplorable des travailleurs durant la Seconde Guerre mondiale! Doit-on y voir un lien avec le fait que la France, après la création de l'OMS en 1946 et la création tardive du comité régional pour l'Afrique installé à Brazzaville, enverra des rapports lacunaires sur la situation sanitaire dans la région (Domergue-Cloarec, 1986)?

Diop (1983) a reconstitué l'évolution du budget de la santé et de la part qu'il tenait dans le budget global de la colonie de 1880 à 1913 (tableau 1). On constate une évolution positive mais avec des montants bruts faibles qui s'accroissent à la fin de la période, notamment à cause des besoins de lutte contre les épidémies. En effet, « les dépenses des hôpitaux ne cessent de diminuer... Ceci répond aux besoins d'une nouvelle politique caractérisée par une médecine prophylactique et collective » (Diop, 1983 : 158). Après 1904, l'augmentation s'explique certainement par le nouveau besoin créé par les dépenses pour faire fonctionner l'Assistance médicale indigène et d'Hygiène (Gouvernement général de l'Afrique occidentale française, 1931), que j'analyse en détail plus loin dans la troisième partie. Plus de un million de francs seront octroyés en 1914 pour lutter contre la peste (Becker et al., 2008). Cependant, le Gouverneur général de l'AOF William Ponty est embarrassé, car le Trésor ne dispose alors pas de suffisamment de fonds pour payer les indemnités promises aux Lébous pour la destruction de leurs maisons dans le cadre des actions de lutte contre la maladie (Echenberg, 2002).

Année	Budget en francs	% du budget de la colonie
1880	62 672	2,3
1885	68 083	2,9
1886	131 133	3,9
1889	157 118	5,5
1892	205 909	5,6
1895	200 512	4,9
1898	198 224	4,7
1900	227 909	4,1
1904	274 000	4,0
1909	527 300	7,2
1913	775 312	9,1

Tableau 1 : Évolution du budget de la santé entre 1880 et 1913 selon A. Diop (1983)

Dans une conférence sur l'AOF prononcée à Berlin le 15 mars 1907, le député français Lucien Hubert, relatée dans la *Revue Coloniale* (numéro 46) explique que le dernier fond d'emprunt a permis d'allouer 3 millions

de francs à l'Assistance médicale indigène (AMI) et que 500 000 francs devaient servir à la construction d'un hôpital de 150 lits pour les populations africaines à Dakar.

Dans un rapport du 9 novembre 1925, le ministre des Colonies André Hesse indique que face au budget qu'il trouve insuffisant et afin de sauver « l'avenir des races indigènes » (sic) ainsi que la mise en valeur de ces pays », il lance un appel à « l'initiative privée ». Ainsi, il demande « à tous les grands noms et toutes les grandes maisons qui représentent les intérêts de la France en Afrique [d']apporter leur concours ». En effet, si le secteur privé n'a investi que secondairement dans « l'aventure coloniale » (Coquery-Vidrovitch, 1979), il ne le fera guère plus pour le secteur de la santé.

Dans sa présentation de l'AMI, 70 ans avant la Déclaration d'Abuja, le Gouverneur général Jules Carde invoque l'argument du « développement économique », pour fixer à 12% le seuil du budget dédié à la santé, ce qui lui permet par ailleurs de justifier l'usage du paiement direct auprès des malades, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce livre :

Les différents budgets locaux ont prévu de la manière la plus large le fonctionnement des services sanitaires et les crédits qui s'y rapportent représentent, selon les colonies, de 7 à 11% des ressources totales. À mesure que l'Assistance se développera et que son personnel augmentera, d'autres dépenses seront à prévoir; il n'est pas douteux que les colonies sont prêtes à faire tous les sacrifices nécessaires, toutefois le développement économique ne saurait en être compromis et, pour ce motif, il est prudent de considérer la proportion de 12% comme un maximum que les crédits des services sanitaires ne pourront dépasser. (Gouvernement du Sénégal, 1931)

2. Dans les instructions sur le fonctionnement des services de l'AMI en 1926, le Gouverneur général annonce que son but est « de développer les races indigènes en qualité et en quantité (sic) ». Ainsi « l'assistance médicale ainsi comprise doit viser directement les causes essentielles qui empêchent l'accroissement des races ». Pour mieux comprendre l'histoire de l'« ordre racial » et son imbrication dans le gouvernement des colonies, voir l'excellent ouvrage d'Aurélia Michel (2020).

Il semble que plus tard, cette proportion ait augmenté, passant de 11,9% en 1931 à 13,91% en 1938³. Le rapport annuel de 1932, retrouvé aux Archives de Toulon, indique que les dépenses totales du Sénégal sont de 119 millions dont 13 pour la santé, soit 11% du budget total. Mais ce rapport communique une autre information rarement trouvée, soit le fait que 58% de ces dépenses de santé sont destinées à l'AMI. Pour l'année 1937, le rapporteur avait d'abord dactylographié que ce pourcentage était « légèrement plus », mais il a ensuite corrigé à la main pour remplacer par « beaucoup moins », signe des défis de conserver des données à jour. Le rapport de l'année 1939 annonce une augmentation budgétaire de 20 334 540 francs, donc 14,08% du budget global de la colonie. Ces 20 millions représentent un peu plus de 18% de l'ensemble des crédits alloués aux services sanitaires de l'AOF, selon les données du rapport de 1940 sur « l'œuvre sanitaire de la France ». Selon ce rapport, la loi du 22 février 1931 a prévu 120 millions de crédits sanitaires qu'il fallait « prélever sur les emprunts coloniaux destinés à l'AOF ». Les fonds spéciaux d'emprunt sont des ajouts aux fonds supplémentaires du budget général. Dans les années 1930, une partie des emprunts coloniaux pour les travaux publics ont été alloués aux crédits sanitaires (75 millions, soit l'équivalent du budget local dédié à la santé sur quatre années, de 1936 à 1939), s'ajoutant ainsi aux budgets locaux. Ces crédits spéciaux (dépensés de 1931 à 1939) sur fonds d'emprunt ont servi à construire des dispensaires et des postes de santé (4,6%) et des hôpitaux (12,7%), en plus de l'alimentation en eau potable (9,7%) et de la lutte contre les maladies (56%). Dans son rapport de tournée dans plusieurs pays de l'AOF, un médecin explique que les fonds d'emprunt pourraient servir au commandant de cercle pour améliorer l'état des postes de consultation. Alors que 75 millions de francs auraient été réservés pour l'AEF, ce sont 120 millions de dotation pour l'AOF. On notera cependant que dans ces crédits, certains ont été utilisés pour soutenir des instituts (Pasteur, École d'application) ou des hôpitaux (coloniaux) basés en métropole (Marseille, Paris). Sur les 75 millions dépensés fin 1940 en AOF, il est difficile de préciser les dépenses réalisées

3. Rapport médical annuel du Sénégal, 1938 : 11,9% en 1931 (17 M); 10,70% en 1932 (12,789 M); 12,02% en 1933 (12,869 M); 12,50% en 1934 (13,270 M); 13,70% en 1935 (11,348 M); 14,05% en 1936 (12,750 M); 12,69% en 1937 (12,887 M) et 13,91% en 1938 (16,8 M).

dans les hôpitaux, car le rapport des travaux (arrivé à Clermont-Ferrand le 9 mai 1941), ne fournit pas de détails dans le contexte du début de la seconde guerre mondiale.

Le rapport annuel de 1939 explique que ce sont non pas 120, mais 128 millions qui ont été mis à la disposition des services de santé dont 41 millions (32%) de fonds d'emprunt, les années précédentes ayant bénéficié en moyenne d'un budget d'environ 10 millions de francs. Une liste des constructions médicales y est aussi présentée mais, encore une fois, sans les détails de leurs coûts. Ce rapport de 1939 évoque par ailleurs la création de la Maternité indigène de Dakar et de la nouvelle École de médecine.

L'utilisation des 41 millions de fonds d'emprunt est cependant précisée pour l'ensemble de l'AOF. Beaucoup de dépenses ont été effectuées pour des travaux d'aménagement et d'assainissement, de lutte contre les maladies (fièvre jaune, trypanosomiase, lèpre, tuberculose). Trois dépenses concernent des infrastructures de santé : aménagement de dispensaires et de maternités (dont les lieux ne sont pas indiqués, pour 8 millions de francs), installations sanitaires du port de Dakar (186 000 francs), aménagement à l'Hôpital central indigène de Dakar (10,5 millions). Ces dépenses représentent 46% du total des 41 millions de l'année 1939, celles des autres années ne sont pas indiquées.

Plus tard, cette proportion semble se maintenir au même niveau, jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale où l'augmentation importante⁴ s'explique certainement par un accroissement des dépenses de santé publique pour lutter contre les maladies (sommeil, paludisme, lèpre, méningite) (Becker et al., 2008). En outre, cela montre aussi sûrement le besoin pour la France de se donner une autre « image », car la France coloniale finit par vouloir agir en faveur du développement... mais nous

4. Cette hausse est globale, pour l'ensemble des dépenses de la colonisation (voir Huillery, 2008, 2014). En outre, la thèse de Huillery (2014 : 30) montre que le paiement des salaires de la haute administration coloniale a été prioritaire sur les dépenses sociales : « En moyenne, sur les 25 années observées entre 1907 et 1957, les dépenses consacrées aux 130 fonctionnaires français ont représenté 13,5% des dépenses totales de l'AOF, alors que l'éducation et la santé ne représentaient ensemble que 11,7% des dépenses totales de l'AOF » (ma traduction). Les données de 1935 à 1940 sont reprises également dans le mémoire de Sène (1991).

verrons dans la troisième partie que cela ne fut pas vraiment le cas, lorsque l'on étudie l'importance donnée à l'AMI. L'insuffisance des crédits pour la santé semble une constante coloniale (Domergue, 1978).

Les données fournies dans le tableau 2⁵ sont présentées à titre indicatif avant de développer le contexte de l'étude. Il n'est en effet jamais facile de faire la distinction entre les différents types de budgets dans les sources d'archives. J'ai cependant cherché à rester au plus proche de leur désignation comme « budget santé » dans les documents exploités. Après la seconde guerre mondiale, l'arrivée du FIDES (Fonds d'investissement pour le développement économique et social) après 1946 rend aussi la comparaison difficile.

Année	Budget santé (francs)	Budget total de la colonie (%)	Budget santé des colonies (%)
1933	12 869 291	12,02	20,67
1934	13 270 028	12,50	22,34
1935	11 348 690	13,70	20,66
1936	12 750 000	14,05	24,91
1937	12 887 150	12,60	21,34
1938	16 805 350	13,91	19,76
1939	20 334 540	14,08	18,18
1940	21 396 290	13,62	
1942	24 785 180	16,10	
1943	30 144 475		
1944	28 668 854		
1945	27 684 000	8,04	
1946	65 973 595	11,02	
1947	87 953 130	8,09	
1948	160 107 000	9,40	
1949	313 806 000	6,36	
1950	407 300 000	12,9	
1951	435 178 495	10,0	
1952	490 946 000	10,7	
1953	506 580 000	9,58	
1955	601 600 000	9,7	
1956	755 564 500	10,4	
1957	937 676 800		
1959	1 142 613 000	6,12	

Tableau 2 : Évolution du « budget santé » au Sénégal (1933-1959) – Sources : diverses données d'archives

5. Je suis disponible pour évoquer les défis de cohérence et justifier mes choix dans la production de ces données face à des archives parfois discordantes.

L'augmentation importante du « budget santé » en 1948 est confirmée par le rapport annuel des services pharmaceutiques, qui montre que le total des sorties est passé de 3,5 millions en 1946, à 7,9 millions en 1947 pour atteindre 14,8 millions de francs en 1948. L'augmentation s'inscrit dans un contexte de croissance du financement des dépenses publiques des Empires par la France, notamment à travers le lancement du FIDES (Cogneau, 2023). En outre, l'AMI du Sénégal et de la Mauritanie bénéficie largement de ces sorties, soit pour le Sénégal 2,3 millions en 1946, 3,6 millions en 1947 et 7,8 millions de francs en 1948, soit 52% du total, et si on ajoute la part pour l'AMI de Mauritanie, cela donne 59%. Il semble que l'approvisionnement des hôpitaux ne soit pas compris dans ces montants. En 1953, les dépenses de santé seraient la seconde priorité budgétaire après l'enseignement.

Entre 1955 et 1959, les sources budgétaires de la santé du Sénégal sont variables. En 1955 et 1956, seul le budget local est mobilisé. En 1957 s'ajoute le FIDES (voir en conclusion des données concernant ce fonds), puis il disparaît. En 1958, le budget fédéral s'ajoute au budget local et en 1959, on ne retrouve que le budget local.

À partir des données populationnelles présentées dans le rapport annuel de 1948, on peut tenter une comparaison des budgets accordés à la santé, *per capita*, entre population européenne et africaine (tableau 3). Comme on ne connaît pas la répartition de ce budget selon les structures fréquentées par ces personnes, restons sur une division simple entre le budget et la population. Il est probable que les données de ce tableau sous-estiment la part des budgets consacrés aux hôpitaux, qui sont bien plus importants que ceux pour l'AMI. Mais leurs différences abyssales donnent une idée de l'allocation des ressources *per capita* selon les deux grands groupes de population, confirmant l'orientation budgétaire en faveur de la population européenne (surtout française) au détriment des populations africaines. Bien que cette analyse ne tienne pas compte de l'inflation entre 1935 et 1948, les populations africaines reçoivent entre 45 et 108 fois moins d'allocation budgétaire que les populations européennes, alors même que les besoins des premières sont certainement beaucoup plus importants.

	Population		Budget santé (francs)	Budget santé (francs) per capita		
Année	européenne	africaine	Total	Européen·ne·s	Africain·e·s	Rapport
1935	15 407	1 662 564	11 348 690	737	7	108
1946	42 518	1 898 150	65 973 595	1 552	35	45
1947	43 492	1 941 095	87 953 130	2 022	45	45
1948	41 492	1 961 223	160 107 000	3 859	82	47

Tableau 3 : Estimation de la distribution du budget par population – Source : Rapport annuel de 1948 (populations), rapports annuels pour les budgets

Dans le cadre du premier plan de développement (1946-1953), pour la section AOF, la santé ne représente que 3,2% des dépenses engagées, mais il faudrait ajouter les dépenses sociales qui représentent 16%. Pour le second plan quadriennal (1954-1957), la santé représente 6,8% des investissements prévus (Domergue-Cloarec, 1986). Quelques rapports de la France destinés aux Nations Unies sur la protection de la santé publique en AOF (article 73 de la Charte) permettent de disposer d'autres données budgétaires. Le rapport de 1949 affirme que « le service de santé absorbe en moyenne 10 à 12% de la masse budgétaire du Gouvernement Général et des Gouvernements locaux ». Le rapport de 1952 montre que les crédits de la santé s'élèvent à 1,4 milliards du budget général et 2,8 milliards par les budgets locaux, soit 66% du total. La majorité des dépenses des budgets locaux (51%) et général (48%) sont destinées à rémunérer personnel. La proportion du budget local des territoires allouée à la santé varie de 7% à 20% selon les territoires et les années (entre 1951 et 1953; 9,77%, 10,46% et 8,78% pour le Sénégal), sachant que les rapports annoncent que ce pourcentage est de 9,88% en 1951, 5,31% en 1952 et 4,95% en 1953 par rapport au budget général de l'AOF.

Créé en 1949, le Fonds d'équipement rural et de développement économique et social (FERDES), complémentaire du FIDES, a fourni 569 millions de francs au Sénégal entre 1949 et 1955, soit 17,3% du total (deuxième pays après la Côte d'Ivoire qui a reçu 27,6%). Si les projets financés par ce fonds ont permis de construire des puits et des adductions d'eau, la construction des dispensaires ruraux n'a représenté que 3,32% des crédits (pour les huit pays de l'AOF), confirmant l'hospitalo-centrisme (centrer les politiques et les financements vers les hôpitaux au détriment de la prévention et des soins de santé primaires) explicité

plus haut⁶. En outre, la médecine de soins reçoit entre quatre et six fois plus de crédits que la médecine préventive en 1948 et 1952⁷. Ainsi, « le divorce entre le discours sur la santé et la réalité sur le terrain [a persisté]. Les investissements eux-mêmes [ont privilégié] la médecine de soins au détriment de la médecine préventive » (Domergue-Cloarec, 1986), alors même qu'une circulaire ministérielle de 1924 demandait à ce que le curatif « cède le pas à la médecine préventive et sociale » (Coquery-Vidrovitch, 1979 : 57). Ainsi, le médecin Gautier-Walter (1951), lors de sa « croisière » sanitaire en Afrique de l'Ouest, comparait déjà le programme de lutte contre la trypanosomiasse comme « riche » et l'AMI comme « pauvres ». Arthur Vernes et René Trautmann regrettaient quant à eux dans leur rapport de visite en AOF de décembre 1938 à janvier 1939 que les médecins coloniaux n'aient pas les moyens de travailler. Dernière preuve de cette focalisation sur le curatif, le fameux rapport d'Anne Retel-Laurentin (médecin et anthropologue médicale du CNRS) et de ses collègues, réalisé au Sénégal comme une des premières grandes enquêtes nationales sur la santé des populations (pour le Ministère au plan), indique qu'en 1960 :

6. En 1952, les participants de la « conférence des directeurs de la santé d'Afrique Noire » s'inquiètent des équipements et du financement du plan quadriennal et affirment que « le nouveau plan quadriennal devra sacrifier encore le spectaculaire à l'utile ». Ils évoquent l'existence d'une commission ministérielle de standardisation concernant les projets de construction hospitalière. En 1961, lors de la conférence des ministres de la Santé publique des États d'expression française à Paris, Jean Foyer, secrétaire d'État aux relations avec les États de la communauté aura un discours tempéré à ce sujet, en expliquant que les structures hospitalières ont « atteint une limite qui ne pourra être dépassée que lorsque vos techniciens reviendront servir nombreux dans vos pays ». Lors de cette conférence, la lecture des comptes rendus de l'ensemble des pays montre que les questions financières et de paiement des soins par les patient·e·s n'ont pas été vraiment abordées dans le premier fascicule, sauf à confirmer le manque de moyens. Le quatrième fascicule concerne les investissements, et les débats ont surtout concerné les programmes internationaux de financement que les pays pouvaient mobiliser (France, Europe, USA, NU, etc.). Cependant, dans l'explication des investissements à réaliser dans les années suivantes, la grande majorité des ministères de la Santé évoquent surtout des dépenses liées aux hôpitaux, leur construction ou rénovation, dans les capitales et ailleurs.

7. Quant aux crédits pour la recherche... Entre 227 et 281 fois moins!

un cinquième du budget à peine est consacré aux grandes endémies (soit environ 100 Frs CFA par personne et par an). Les 4/5 sont consacrés à la médecine dite de “soins” hôpitaux et centres fixes de soins (soit environ 525 Frs par personne et par an) dont la moitié pour les 4 grandes hôpitaux du Sénégal (environ les 2/5 du budget est absorbé par les seuls hôpitaux de Dakar) qui emploient presque la moitié du personnel.

Puis le rapport s'inquiète du fait que l'Hôpital Le Dantec absorbe un quart du budget total de la médecine des soins. Ainsi, le constat de 1960 n'est pas sans rappeler celui de la période coloniale présenté plus haut car « on voit qu'il y a réellement un déséquilibre entre la répartition des efforts et les besoins actuels » et « si les médicaments sont, dans certains dispensaires, notoirement insuffisants pour satisfaire aux demandes, leur mauvaise répartition est souvent un facteur aggravant » (Retel-Laurentin, 1960). Cela entraîne le « découragement de la population devant la mise en disponibilité fugace des médicaments ». Les archives de l'Agence Française de Développement (AFD) confirment cette focalisation puisque le rapport annuel du FAC (Fonds d'aide et de coopération, créé en 1959) de 1961 explique que la moitié des crédits accordés pour le secteur social sont pour la santé, mais que la très grande majorité de ces fonds est en réalité destinée aux infrastructures sanitaires sans que les détails ne soient fournis. Au moment des indépendances, les secteurs sociaux ne sont pas centraux dans l'allocation des crédits du FAC selon ce même rapport de 1961.

En outre, sans avoir réellement investigué les enjeux financiers du recours aux soins, l'enquête nationale de Retel-Laurentin confirme les privilèges (« antibiotiques réservés aux clients de qualité plutôt qu'aux cas graves » et mêmes les « tentations de vénalité que celles offertes par les médicaments en brousse » (Retel-Laurentin, 1960). La situation de 1960 pourrait donc laisser croire que peu de progrès ont été réalisés durant la période coloniale, comme nous le verrons dans les prochains chapitres.

Des hôpitaux en nombre réduit

En 1797, l'Hôpital de Saint-Louis (les premiers lits pour les malades étaient présents en 1659 au sein du Fort de Saint-Louis (Ngalamulume, 2012)), est dans un état déplorable, faute de crédit accordé malgré les nombreuses demandes. En 1786, l'Hôpital de Gorée ne semble pas mieux loti. Le colonel Blanchot (colonel d'infanterie et administrateur général du Sénégal) s'étonne qu'aucun médecin n'ait jamais été affecté au Sénégal (Jore, 1964). Au-delà des hôpitaux, d'après un rapport de 1940 sur l'œuvre sanitaire de la France en AOF, on apprend que les « premiers postes d'Assistance médicale furent créés en 1837 à Gorée et Ségou Sikaro par des chirurgiens de marine formés à l'École de chirurgie navale de Rochefort ». Puis, un hôpital-hospice a été créé en 1872 à Dakar mais face à ses insuffisances, il a été décidé en 1891 de créer l'Hôpital colonial. Dès cette époque, Maghan Keita (2007) évoque le racisme comme fondement de l'organisation et de la distribution des services de santé, tant au point de vue des soins que de la distribution des ressources ou de la perception de la santé des populations par les colonisateurs. La présence de ce racisme structurel est confirmée par Vrooman (2023) dans son étude sur les ressources en santé en Côte d'Ivoire durant la période coloniale.

Un décret de 1903 instaure deux types d'établissements hospitaliers :

- les hôpitaux du service général, soit les anciens hôpitaux coloniaux qui prennent en charge les soins pour le personnel militaire et civil de la colonie. Ils sont financés par le budget de la « métropole » jusqu'en 1926 (voir chapitre suivant). En 1903, trois sont présents au Sénégal : Dakar, Saint-Louis, Ambulance de Dakar. À cette époque, il n'y a plus d'Hôpital militaire, seulement des infirmeries de troupes (Diop, 1983). Ngalamulume (2012) explique que le décret de 1897 (qui évoque notamment le fonctionnement des ambulances) a en effet transformé les hôpitaux militaires en hôpitaux coloniaux (pris en charge par le budget de la métropole). Un article de *La presse médicale* du 30 mai 1906 signale que « l'hôpital de Dakar est installé dans des conditions déplorables ». Quant à l'Hôpital de Saint-Louis, sa transformation se fera sur huit années en réduisant d'un tiers le coût par patient-e ou personne hospitalisée, sans que l'on n'en sache plus sur cette économie.

- les hôpitaux du service local (pris en charge par les budgets locaux), soit les hôpitaux civils de Saint-Louis (aussi fréquentés par les Européen·ne·s et les personnes miséreuses (Diop, 1983)) et de Gorée. Il s'agit d'une « assistance pour l'élément indigène (les natifs) » (Kermorgant, 1898 : 246) où l'on comprend que le paiement direct est déjà possible, puisqu'en dehors des hôpitaux militaires (devenus hôpitaux coloniaux), les « indigènes » (indigent·e·s?) ont accès à des « hôpitaux-hospices » dont on comprend le manque de qualité des soins :

Les hospices n'admettent, en général, que les natifs indigents. Quelques-uns peuvent cependant recevoir d'autres catégories de malades; mais les personnes qui sont en mesure de payer préfèrent de beaucoup se faire traiter, malgré la différence de prix, à l'Hôpital colonial où ils sont sûrs de trouver le confort et les soins que ne sauraient leur procurer les hospices. (Kermorgant, 1898 : 246)

En 1898, le Sénégal dispose d'un hospice civil à Saint-Louis, d'une infirmerie civile à Gorée et de quatre dispensaires à Dakar, Rufisque, Thiès et Joal. Au-delà de cette description, l'article de Kermorgant (1898) donne une idée de la répartition budgétaire, en totalité sur le budget local, entre ces structures mais aussi les dépenses pour les mesures d'hygiène et de salubrité (tableau 4). À la lecture de ce tableau, on perçoit, déjà à l'époque, le peu d'attention budgétaire accordée aux soins de santé primaires et une nette tendance à l'hospitalo-centrisme, même si le concept n'était pas encore élaboré.

Hospice civil de Saint-Louis	91 544	68,09%
Infirmerie de Gorée	17 458	12,98%
Mesures d'hygiène et de salubrité	19 628	14,60%
Dispensaires de Dakar, Thiès, Joal	5 820	4,33%
	134 450	100,00%

Tableau 4 : Répartition des dépenses de santé dans le budget local de 1898

À Gorée, l'Hôpital militaire dispose d'une faible capacité et de peu de personnel. En 1889, les sœurs de Saint-Joseph de Cluny, qui en ont la charge, déplorent leur manque de moyens lors des nombreuses visites de supervision¹ de l'administration coloniale. Gorée dispose aussi d'un hospice civil où deux sœurs s'occupent des pauvres « indigènes & quelques fois des Européens », lit-on dans le *Bulletin de la congrégation* de mars 1890 (p. 570). Elles s'occupent de 69 malades à cette période, ce nombre passe à 100 personnes lors de la « mauvaise saison » (p. 570). Mais les conditions sont difficiles et, au-delà du manque de moyens, les malades, surtout les Africain·e·s : « nos pauvres noirs sont logés plutôt dans des caves que dans des chambres » (*Bulletin de la congrégation*, Tome VI, 1903 : 878). L'Hôpital militaire est ensuite transféré à Dakar et la formation sanitaire de Gorée devient une infirmerie-ambulance en 1892. Les sœurs s'occupent aussi d'un dispensaire à N'Dar-Toute (Saint-Louis). Entre 190 et 200 malades par jour fréquentent le dispensaire selon le *Bulletin* de 1893 et un médecin passe seulement une fois par semaine. À Saint-Louis, l'Hôpital civil disposait d'infirmiers « indigènes » dont les sœurs écrivent qu'ils « donnaient peu de satisfaction » (p. 508). C'est en 1891 que les sœurs prennent la direction de l'hôpital avec la présence de deux sœurs, et une troisième qui viendra les rejoindre trois mois plus tard. La présence des sœurs dans les formations sanitaires n'a évidemment pas qu'un objectif sanitaire, puisque les nombreuses pages de leurs bulletins montrent que l'objectif religieux (sacrements, conversions, etc. des « infidèles ou mahométans », no30, 1893 : 516) est central à leur entreprise. L'Hôpital civil de Saint-Louis soigne des Africain·e·s et des Européen·ne·s. En 1897, l'Hôpital militaire de Saint-Louis est transformé en hôpital colonial et le nombre de sœurs passe de 16 à 11 personnes, ce qui ne semble pas suffisant depuis notamment l'ouverture d'un service pour « les femmes hospitalisées » (noLVI, 1899 : 669). En 1897, deux sœurs

1. Les sœurs paraissent surprises de la quantité importante de ces inspections (commissaire aux hôpitaux, directeur de l'intérieur, gouverneur général) et on comprend entre les lignes que le soutien financier de l'administration est minimal. Chacun de ces messieurs, lors de leurs visites, remercie les sœurs pour leur travail mais ne semble pas vraiment disposer de moyens financiers supplémentaires à leur octroyer. Certains vont jusqu'à leur donner, à titre personnel, des sommes d'argent comme le ministre des Colonies (200 francs) ou le Président du Conseil (250 francs) en 1897.

ont même été nommées pour diriger l'Hôpital du chemin de fer, dit des Batignolles, à Dakar. Elles ont remplacé un infirmier européen qui semblait particulièrement négligeant.

Avant 1900, les statistiques de mortalité² au Sénégal montrent, sans équivoque, que les soldats africains (mis à part les disciplinaires de la colonie qui étaient des Français condamnés et donc certainement mal traités) meurent proportionnellement beaucoup plus que les soldats français, même s'ils consultent beaucoup moins (Kieffer, 1901). Ainsi, la moyenne de la mortalité (hospitalière) pour les soldats sénégalais est de 27,5 pour 1 000 contre 10,3 pour les soldats français (sans compter les disciplinaires), donc 2,6 fois plus. Cela témoigne certainement moins de la qualité des soins que de leurs conditions de vie et de leur condition militaire.

En 1900, le Sénégal dispose donc de cinq hôpitaux, tous en mauvais état et ne répondant pas aux besoins, tant en ce qui concerne les bâtiments, les équipements que le personnel : Saint-Louis (l'Hôpital colonial et l'Hôpital civil), Gorée (l'Ambulance et l'Hôpital civil), Dakar (l'Hôpital colonial³).

En 1904, comme pour celui de l'éducation, le secteur de la santé est laïcisé (l'annonce arrive le 27 décembre 1903 au Sénégal⁴). Ainsi, la congrégation des sœurs évoquée précédemment perd la gestion des formations sanitaires, comme celui de l'Hôpital civil de Saint-Louis le 31 mai 1904⁵ (avec l'enlèvement des crucifix des salles des malades) ou l'hospice de Gorée qu'elles géraient depuis 1890. Le Gouverneur a repoussé le plus tard possible la date de départ des Sœurs et ce sera le 31 décembre que le médecin chef organisera une cérémonie en l'honneur de la Congrégation. Il semble même que « tous les infirmiers noirs pleuraient à chaudes larmes » (p. 532). La plupart des sœurs sont ainsi rentrées en France et au Portugal. Trouver des infirmières laïques pour remplacer les sœurs ne semble pas avoir été facile et les médecins militaires n'ont

2. On ne sait pas si cela concerne la mortalité hospitalière ou populationnelle.

3. En 1935, on apprend qu'il est loué « à la Colonie par l'Autorité militaire pour la somme d'un franc par an. La location étant faite par bail de 10 ans renouvelable ».

4. Les sœurs ont aussi été affectées par ce processus au Mali, où elles quittent l'Hôpital de Kayes où la congrégation est présente depuis 1893, ou encore en Guinée (Conakry).

5. Elles n'ont été prévenues que deux mois avant leur départ.

pas pris d'initiative, laissant le soin au Gouverneur d'organiser cette laïcisation (*Bulletin de la congrégation de Saint-Joseph de Cluny*, Tome VII, 1905).

Dans un article du 5 juin 1907 de la *Presse médicale*, nous apprenons que l'Hôpital militaire (colonial) de Saint-Louis compte « 200 lits dont près des deux tiers ne sont jamais occupés ». Sa faible fréquentation est mise sur le compte de « la pénurie des malades ». L'Hôpital civil de Saint-Louis, quant à lui, créé vers 1855, possède 67 lits en 1907, mais « les indigènes occupent le rez-de-chaussée et l'annexe. Aux Européens et assimilés sont réservées des pièces de l'étage qui comportent environ 24 lits ». On comprend à la lecture de cet article écrit par un ancien directeur de l'Hôpital civil de Saint-Louis que les Européen-ne-s fréquentent l'Hôpital militaire, tandis que les Africain-e-s se retrouvent à l'Hôpital civil. À l'entrée de l'établissement se trouve une salle de consultation pour les malades de l'extérieur et la consultation serait « entièrement gratuite » depuis le début de 1905, cependant assurée par un seul médecin de l'hôpital. Un maximum de 25 malades sont pris en charge par jour. La politique du rationnement est donc déjà en place.

Au cours de l'année 1905, 555 malades ont été traité-e-s à l'Hôpital civil de Saint-Louis, dont « 50 blancs environ et autant de mulâtres ». Les Européen-ne-s ont tou-te-s été soigné-e-s en première ou en deuxième catégorie d'hospitalisation. Le budget total de l'hôpital est de 85 366 francs de dépenses et 55 800 francs de recettes (D'Anfreville, 1907), ce qui laisse croire à un déficit.

Dans le tableau 5 qui présente a répartition des journées par hôpital au Sénégal en 1909 (d'après les données de Merveilleux, 1910), on constate déjà une concentration à Dakar et le fait que les indigènes sont essentiellement soignés dans les formations sanitaires civiles. Mais surtout, on note une répartition presque égale des journées d'hospitalisation entre patient-e-s européen-ne-s et africain-e-s, alors même que le premier groupe représente une infime partie de la population de la colonie.

	Européen·ne·s	Africain·e·s	Total	%
Saint-Louis Hôpital colonial	14 421	9 011	23 432	23,93%
Saint-Louis Hôpital civil	1 885	12 043	13 928	14,22%
Dakar Hôpital colonial	22 898	18 228	41 126	42,00%
Gorée Ambulance	3 682	2 169	5 851	5,98%
Gorée Hôpital civil	947	12 637	13 584	13,87%
Totaux	43 833	54 088	97 921	100,00%

Tableau 5 : Répartition des journées par hôpital au Sénégal en 1909 – Source : Merveilleux, 1910

Le même type de données, mais selon le nombre de malades entré·e·s, offre le même constat et montre une faible fréquentation puisque 2 492 Européen·ne·s et 2 115 Africain·e·s sont entré·e·s dans ces cinq hôpitaux au cours de l'année 1909. Mais ces entrées ont évolué depuis 1905 (tableau 6).

	Européen·ne·s			Africain·e·s		
	Entrées	Décès	Taux	Entrées	Décès	Taux
1905	2029	38	1,87%	1259	86	6,83%
1906	2386	46	1,93%	1329	100	7,52%
1907	2020	49	2,43%	1568	103	6,57%
1908	2294	38	1,66%	2095	123	5,87%
1909	2492	54	2,17%	2115	118	5,58%

Tableau 6 : Entrées dans les cinq formations sanitaires du Sénégal de 1905 à 1909

En outre, ces données sur les entrées montrent que la mortalité hospitalière à cette époque est deux à trois fois plus élevée pour les Africain·e·s que pour les Européen·ne·s. Elle est en moyenne, sur la période considérée, de 2,01% pour les Européen·ne·s et de 6,47% pour les populations locales (Merveilleux, 1910). Ces chiffres donnent donc une indication de la santé des populations locales, mais aussi de leur niveau de fréquentation des formations sanitaires, certainement bien en deçà de leurs besoins.

En 1911, 58% des entrées dans les hôpitaux de la colonie du Sénégal concernent les populations européennes et 32% les populations africaines (Delrieux, 1914). En 1921, le rapport d'un certain Condé, chef du service, indique la répartition des lits de l'Hôpital civil de Saint-Louis,

soit 30 pour les Européen-ne-s (dont 20 pour les hommes) et 53 pour les Africain-e-s (dont 40 pour les hommes). L'offre n'est donc pas ajustée à la population, ou à la demande, diraient les économistes.

En 1912, la *Dépêche coloniale illustrée* consacre un numéro au Sénégal dans lequel sont publiées des photos du « dispensaire municipal » et de l'Hôpital indigène (figure 2), sans analyse ou description plus précise.



Figure 2 : Le dispensaire municipal et l'Hôpital indigène de Dakar en 1912 – Source : la *Dépêche coloniale*, 15 mars 1912

Diop (1983) explique que dans les hôpitaux du service général, les Européen-ne-s étaient à l'étage et les Africain-e-s au rez-de-chaussée. Elle rend compte aussi des propos du docteur Collomb, inspecteur des services sanitaires de l'AOF en 1913, qui justifie cette ségrégation, évoquant « les dernières observations scientifiques sur la transmission

des maladies telles que le paludisme ou la fièvre jaune », mais aussi la question hospitalière : « les hôpitaux indigènes ne doivent pas être confondus avec les hôpitaux européens, non seulement pour sauvegarder la suprématie des Européens mais aussi pour les préserver de la propagation des maladies qui atteignent de préférence les hommes de couleur » (le docteur Collomb, cité par Diop, 1983).

J'ai retrouvé d'autres mentions des infrastructures sanitaires à Dakar dans les années 1910-1920.

Dans un courrier du 21 février 1914, au moment de l'ouverture de sa formation sanitaire, le médecin-major de première classe Lecomte, directeur de l'Hôpital indigène de Dakar (dénommé parfois « hôpital mixte » car il reçoit aussi des militaires) explique que l'article premier du budget de son hôpital prévoit comme personnel infirmier un adjudant et deux caporaux européens ainsi que 14 Africains. Cette lettre permet notamment de remarquer que parmi les quatre infirmiers africains déjà détachés, trois sont des tirailleurs (Makam Traoré, Komana, Seynou Sy) et le dernier a le grade de sergent (Abdoulaye Sangaré).

En 1923, dans une réponse à une analyse détaillée de la démographie de Dakar publiée dans le *Bulletin de la Société de pathologie exotique* et de sa filiale de l'Ouest africain, le docteur Le Dantec (Directeur de l'hôpital) explique que la maternité réalise en moyenne 35 accouchements par mois, ce qui correspond à un maximum possible, eu égard au nombre de lits disponibles. Il estime que seulement 40% des femmes donnant naissance à Dakar viennent à la maternité. Il laisse entendre que s'il disposait de plus de lits (« faute de place »), il serait en mesure de prendre en charge plus de parturientes et de mieux agir sur la mortalité (Le Dantec, 1923).

À ce stade de l'histoire, il convient de revenir sur les propos du Gouverneur général Carde concernant le plafond de 12% du budget qui devrait être consacré à la santé. En effet, cela lui permet de justifier la possibilité de laisser les Africain-e-s qui le souhaiteraient payer leurs soins, ou de créer une taxe à la consultation (dont on ne comprend pas bien la différence avec le fait de payer directement) ou encore de prévoir des chambres payantes pour les personnes hospitalisées. Mais cette recherche de ressources ne doit pas, selon Carde, s'organiser au détriment du principe de la gratuité. Il est même visionnaire en évoquant ces paiements volontaires comme une étape vers ce que l'on pourrait aujourd'hui nommer une assurance santé. Cette vision, développée dans la citation ci-dessous, est importante et rarement aussi bien exprimée dans les documents d'archives :

(...) dès à présent, on peut envisager certaines ressources à tirer du remboursement des soins donnés aux indigènes désireux d'être traités en dehors de la consultation gratuite ou des salles ordinaires de malades. Cette mesure ne doit être appliquée qu'avec la plus grande prudence, elle ne doit éloigner personne et le principe de la gratuité des soins doit rester absolu pour tous. Mais, dans toutes les régions où les indigènes sont à l'aise et où une aristocratie de riches commence à se constituer, particulièrement au Dahomey et en Côte d'Ivoire, il est à prévoir que, dans toutes les formations, sera organisée, en dehors de la consultation populaire gratuite, une consultation spéciale donnant lieu au versement d'une taxe fixée, suivant les régions, par le Lieutenant-Gouverneur. Les médicaments et pansements seront également remboursés dans les conditions prévues par la circulaire ministérielle du 25 mars 1925; il sera, en outre, prévu quelques chambres pour payants dont le remboursement aura lieu suivant un tarif spécial. Toutes les recettes ainsi effectuées dans les hôpitaux, dispensaires et postes médicaux seront exclusivement au bénéfice des budgets gestionnaires et je rappelle qu'il est formellement interdit de leur donner toute autre destination. Cette participation des indigènes volontaires au fonctionnement des services de l'Assistance pourra être un acheminement vers l'établissement d'une taxe spéciale de l'Assistance avec budget sanitaire autonome par colonie. C'est le terme d'une évolution qui se dessine mais qui ne pourra être réalisée avant que les conditions de l'existence des populations indigènes se soient nettement améliorées et que leurs ressources se soient accrues (Gouvernement du Sénégal, 1931).

On constate que les propositions récentes poussées par les organisations internationales et certaines ONG de demander aux patient·e·s de payer, le fameux crédo du recouvrement des coûts, s'inscrivent parfaitement dans cette histoire et dans cette circulation des idées. La question de la capacité à payer, si le terme n'est pas utilisé, pas plus que celui de l'équité, est au centre de la réflexion aporétique de

Carde : certains peuvent payer mais pas d'autres... problématique toujours centrale des débats actuels au Sénégal et ailleurs pour le financement des services de santé. On peut aussi se demander si le besoin de rappeler à l'ordre, en 1926, le récipiendaire des paiements n'est pas un moyen diplomatique d'évoquer des détournements de son autre usage (Gouvernement du Sénégal, 1931).

Entre 1921 et 1929, à l'Hôpital principal de Dakar, les hospitalisations des Européen-ne-s comptent pour le double de celles des Africain-e-s, avec une fréquentation en baisse pour ces dernier-e-s à partir de 1927. À l'Ambulance du Cap Manuel, la même proportion est constatée, sauf pour 1929 où Européen-ne-s et Africain-e-s ont des niveaux d'hospitalisation comparables. Une polyclinique est en construction avec une ouverture prévue en 1931, écrit-on, dans le rapport pour l'exposition coloniale internationale de 1931 à Paris. Ce rapport présentant Dakar indique par ailleurs la présence d'un hôpital et d'un dispensaire à Dakar et d'un hôpital à Gorée. En 1931, au moment de l'exposition, le Gouvernement colonial affirme disposer des formations sanitaires suivantes :

- Dakar : un hôpital (Principal, 222 lits), un hôpital (ou lazaret) ambulance au Cap Manuel (72 lits), une maternité (24 lits), un hôpital indigène (400 lits), une maternité indigène (35 lits), un institut d'hygiène sociale (ouvert depuis 1921 et dont les consultations seraient gratuites), un dispensaire antituberculeux, deux dispensaires
- Gorée : un hôpital ambulance, un dispensaire
- Médina : un dispensaire
- Thiaroye : un dispensaire
- Ouakam : un dispensaire

Le rapport de 1939 sur les « œuvres sanitaires de la France » en AOF nous apprend qu'en 1926, le Gouverneur général de l'AOF a demandé de réduire « à des proportions modestes » l'assistance hospitalière pour développer « au maximum » les services de prophylaxie et d'hygiène. Mais en 1931, des instructions ministérielles et la loi de finance du 22 février augmentent les crédits sanitaires. Ces évolutions budgétaires se répercutent directement sur le « rendement » des formations sanitaires et le nombre de personnes hospitalisées.

Selon le rapport de 1940 sur « l'œuvre sanitaire de la France », l'administration constate de nombreuses réalisations : installation et équipement de postes médicaux en Mauritanie, construction des postes de Kaffrine et Ziguinchor et achat de matériel médical du poste de Saint-

Louis, construction et équipement du poste d'infirmière-visiteuse de Conakry et de la Maternité de Mamou en Guinée, création des dispensaires de Thiaroye et Yoff, de deux postes de santé au Dahomey, deux pavillons à l'Hôpital indigène de Dakar, etc. Par ailleurs, l'achat de médicaments est mentionné à trois reprises. Le tableau 7 présente l'ensemble des formations sanitaires en AOF de 1924 à 1938. On constate donc une augmentation importante du nombre de lits d'hospitalisation, mais aussi de structures sanitaires de première ligne comme les dispensaires.

	1924	1931	1938
Hôpitaux et ambulances	12	20	24
Maternités	22	80	130
Centres médicaux	11	48	154
Dispensaires et infirmeries	51	143	198
Léproseries et colonies agricoles	2	3	21
Hypnoseries			14
Lazarets terrestres et maritimes	3	6	15
Total	101	300	556
Nombre total de lits	1 300	3 020	7 158

Tableau 7 : Nombre de formations sanitaires en AOF

Le rapport de 1940 sur « l'œuvre sanitaire de la France » précise par ailleurs la situation dans chacun des territoires sous administration coloniale française. Le rapport qui ne tient pas compte de la distribution de la population différencie le nombre de lits pour les « Européen-ne-s » de celui pour les Africain-e-s. L'écart est encore plus grand au Soudan français, au Niger ou en Guinée. À noter que les données pour la Côte d'Ivoire ne sont pas présentées dans le rapport. Pour l'ensemble de l'AOF, l'inégalité de la répartition des lits entre la population européenne et locale, bien que s'étant améliorée, reste importante et ne respecte pas la distribution de la population. En 1931, on estime la population du Sénégal à 1 474 000 personnes et celle des personnes non africaines à 6 129 (dont 60% de Français) (Gouvernement général de l'AOF, 1931). Rapporté au nombre de lits de 1933 pour Dakar et le Sénégal, cela donne 1 lit pour 19 Européen-ne-s et 1 lit pour 1 529 Africain-e-s.

En 1939, Dakar dispose des formations sanitaires suivantes :

- Hôpital principal : 457 lits
- Hôpital central indigène : 532 lits
- Ambulance du Cap Manuel (pour les « petits mentaux et les contagieux »⁶)
- Ambulance de Gorée
- Maternité indigène et Polyclinique Roume
- Dispensaire polyclinique de Rufisque : 20 lits
- 6 dispensaires à Dakar
- 7 dispensaires en banlieue
- 1 dispensaire à Gorée
- 3 dispensaires à Rufisque
- 1 lazaret à Dakar et 1 à Rufisque
- 1 lazaret anti-amaril (fièvre jaune) à Ouakam

À cette date, dans le reste du Sénégal, le rapport de 1939 précise la présence de plusieurs autres formations sanitaires, avec une offre de soins toujours inégalitaire :

- Hôpital civil de Saint-Louis : 175 lits « européens » et 182 pour les Africain-e-s
- 18 centres médicaux : 237 lits dont 24 pour les Européen-ne-s
- 8 infirmeries : 40 lits
- 13 maternités : 10 lits pour les Européen-ne-s et 130 pour les Africain-e-s
- 41 dispensaires
- 3 dispensaires de puériculture
- 2 léproseries et 4 colonies agricoles
- 6 lazarets : 68 lits pour les Européen-ne-s et 122 pour les Africain-e-s

6. Sur les débats autour du concept de « petits mentaux » apparu à la fin de la Première Guerre mondiale (notamment pour les distinguer des « aliénés ») et du flou de cette désignation, voir la thèse de Nicolas Henckes (2007).

Le basculement budgétaire de 1926 vers les budgets locaux

Si avant 1925, le budget de l'AOF prenait en charge les dépenses des établissements du service général, ces dernières sont transférées aux budgets locaux des colonies à partir de 1926 (article 256, loi de finances du 13 juillet 1925), compte tenu de la « situation difficile des finances de la métropole dans la période d'après-guerre ». Cependant, les services techniques et administratifs restent assurés par du personnel des troupes coloniales qui font suite aux médecins de la Marine (Sanner & Habay, 1952).

Dans une demande de signature d'un décret (*a priori* celui du 10 avril 1926, relatif à la nouvelle gestion des établissements hospitaliers) envoyée au président de la République française, les ministres des Colonies, de la Guerre et des Finances expliquent qu'une étude préalable a montré que cette réforme va permettre à l'État d'économiser annuellement 900 000 francs, montant souligné par l'auteur de la demande. Il est donc urgent de réaliser cette réforme, d'autant plus que les trois ministres proposent, avec l'accord du Gouverneur disent-ils, que l'État reste le propriétaire des murs (le projet de décret fixe une redevance d'un franc par an et par établissement et un bail de dix ans renouvelable) et que les colonies soient cantonnées au financement des frais de fonctionnement. Autre point intéressant pour notre propos, les ministres avancent dans ce projet de décret que puisque l'État continue à fournir des avantages à ces hôpitaux (par exemple, en gérant les approvisionnements), ces derniers doivent pratiquer « un tarif de faveur pour le remboursement des frais de traitement [du personnel de l'État] », ce qui explique en partie les tarifs préférentiels présentés précédemment.

Le 3 mai 1926 est signé un arrêté « portant réglementation du fonctionnement des établissements du service général en AOF ». Le projet de décret du 10 avril et un rapport rédigés à l'intention du président de la République française évoquent l'article 256 de la loi de finances du 13 juillet 1925 qui a autorisé « le ministre des Colonies à faire passer les établissements hospitaliers du service général aux colonies sous l'autorité et la surveillance de l'autorité locale ». Les établissements auront donc un « budget autonome ou incorporé au budget local », écrit-on dans ce

rapport destiné au président. L'objectif annoncé est « d'alléger les charges de l'État ». Les auteurs du projet s'inquiètent cependant des différences locales d'un territoire à l'autre et des conséquences que cela pourrait entraîner. Ils évoquent le besoin de réaliser des études préalables à ce sujet mais notent que seule l'AOF aurait bénéficié d'une telle étude. Grâce à cette étude, il a été possible de montrer que « l'application du nouveau régime, en prenant pour base les prix de 1924 et les dépenses effectuées pendant cet exercice », permettrait « une économie annuelle de 800 000 francs ».

L'article premier du décret, signé en 1926, explique que les établissements hospitaliers du service général sont « plus spécialement organisés pour la population européenne ». Dans l'organisation des soins, au-delà des hôpitaux à Dakar et dans les chefs-lieux de chaque colonie, il est indiqué que la présence d'ambulances coloniales se justifie « dans les principaux centres de population européenne »; les populations africaines n'étant pas mentionnées. Ainsi, excepté à Dakar où il existe un hôpital « indigène », les formations sanitaires du service général comporte un « quartier spécial d'assistance médicale indigène, nettement distinct ». La discrimination est donc mentionnée dans ce décret signé le 3 mai 1926 par monsieur Dirat, Gouverneur général par intérim¹.

On constate aussi une différence dans les formes d'alimentation selon les structures médicales et les grades militaires. L'Hôpital principal de Dakar et les hôpitaux ordinaires dans les chefs-lieux de la colonie vont nourrir les malades « à l'économie », alors que ceux des ambulances rattachées à ces formations hospitalières vont les nourrir au « régime des masses » (la troupe). L'Hôpital central indigène est aussi soumis au régime de l'économie. En Côte d'Ivoire en 1926, on évoque un « régime de l'ordinaire en ce qui concerne l'alimentation » pour les malades des ambulances du service local. Dans le décret 940 de 1926, le régime alimentaire des personnes hospitalisées est bien connu grâce à des tableaux qui indiquent le contenu et les types de repas. Les Africain-e-s reçoivent quant à eux une ration composée d'aliments détaillés dans un tableau. Il est toutefois précisé que les Africain-e-s ayant un emploi administratif et des soldes coloniales supérieures à 6 000 francs, vont pouvoir bénéficier d'un régime alimentaire spécial, en tant qu'« indigènes

1. Voir la petite histoire de Dirat et des autres Gouverneurs coloniaux (Chambru & Viallet-Thévenin, 2019).

améliorés mi-européens ». La hiérarchie sociale est donc également organisée selon le type et le contenu de repas des personnes malades et la référence est... l'Europe, pour ne pas dire la France.

L'article 7 présente les trois manières dont les malades sont admis à l'hôpital : i) à la charge de l'État (fonctionnaires et militaires, y compris africains); ii) à la charge des différents budgets de la colonie (fonctionnaires et militaires, y compris africains); iii) à leurs frais, confirmant donc cette l'existence de cette possibilité.

Plusieurs budgets de l'État sont mobilisés en fonction des malades : budget colonial, budget des pensions, budget de la Marine, budget de la Marine marchande ou budgets d'autres départements ministériels. Les budgets de la colonie doivent aussi prendre en charge « les indigents français n'ayant aucun répondant » (voir la question des indigent-e-s dans la seconde partie). Les malades à leurs frais, qui sont donc ceux et celles qui payent directement, sont considéré-e-s comme « les particuliers n'appartenant à aucune administration de la colonie ou de l'État ». Pour ces dernier-e-s, l'article 8 confirme le nécessaire paiement d'une provision de 30 jours d'hospitalisation, versée au moment de l'entrée. En plus des frais d'hospitalisation, ces particulier-e-s, sauf les Africain-e-s, doivent également payer le prix des interventions chirurgicales, des analyses et des examens de toute nature. Ainsi, il est mentionné le fait que « sont exonérés des frais d'intervention et examens divers les particuliers indigènes traités à leur charge dans les quartiers d'assistance des formations sanitaires du service général dans les établissements de l'A.M.I. » (décret 940, 1926, art. 8). Les malades africain-e-s hospitalisé-e-s à leurs frais ont donc un traitement particulier puisqu'ils et elles payent, comme les autres, les frais d'hospitalisation mais sont exonéré-e-s des frais d'intervention chirurgicale et autres examens.

L'arrêté du 3 mai 1926 présente ensuite les quatre différents types de tarifs de remboursement que les hôpitaux peuvent obtenir pour financer les hospitalisations. L'ensemble du calcul de ces tarifs est particulièrement complexe.

1. Le tarif de l'État est calculé d'après le taux de la ration de vivre du soldat européen multiplié par un certain coefficient qui ne peut excéder trois. La référence est donc européenne. Cette ration de vivre comprend « la prime fixe d'ordinaire, l'indemnité représentative de vivre, et la prime éventuelle numéro un ». Nous n'avons pas trouvé d'information sur cette dernière prime.
2. Le tarif ordinaire est calculé en fonction des résultats comptables du dernier exercice. Il provient d'un calcul en fonction des dépenses et des recettes

réalisées au sein de l'établissement hospitalier. Les recettes mentionnent la présence des cessions diverses de l'établissement réalisées lors des consultations externes, les retenues sur la solde du personnel de santé nourri par l'établissement, les recettes relatives aux frais d'inhumation des transports et enfin, les sessions diverses de matériel et autre objet faites aux particulier-e-s ou à d'autres formations sanitaires. Ensuite, un poids relatif est imposé par l'administration pour chacune des catégories d'hospitalisation, ce qui constitue des coefficients à appliquer pour le calcul du prix de base. Les coefficients sont hiérarchiques : pour la première catégorie (2), la deuxième catégorie (1,5), la troisième catégorie (1), la quatrième catégorie (0,5), les enfants de moins de 12 ans (0,5). Cependant, « les enfants non sevrés et nourris par leur mère sont traités gratuitement lorsque cette dernière est également hospitalisée ». Ce sont notamment ces tarifs ordinaires qui s'appliquent aux particulier-e-s qui se prennent en charge, mais également à celles et ceux payé-e-s par les budgets municipaux. Une réduction de 30% sur ce tarif ordinaire est accordée aux membres « du clergé et aux missionnaires prenant à leur charge les frais d'hospitalisation ».

3. Le tarif des marins de commerce est spécifique à cette catégorie de personnes.
4. Le tarif d'assistance est quant à lui « réservé aux malades indigènes hospitalisés dans les quartiers d'assistance des formations sanitaires du service général ». Deux taux différents sont proposés : d'une part, un taux pour les Africain-e-s hospitalisé-e-s dans la quatrième catégorie; d'autre part, un taux inférieur, d'abord pour les Africain-e-s dont le salaire ne dépasse pas de plus de 25% le salaire minimum et, ensuite, pour les indigent-e-s. Indigent-e-s et « Indigènes » sont donc bien différencié-e-s dans ce document administratif mais ce tarif d'assistance concerne évidemment les indigent-e-s africain-e-s et non pas les indigent-e-s européen-ne-s. L'arrêté explique que ce tarif d'assistance est fixé par un arrêté du chef de la colonie. Il est calculé en fonction du prix de revient de la journée d'hospitalisation, donc du tarif ordinaire.

L'article 15 de l'arrêté confirme la possibilité de vendre aux particulier-e-s la réalisation d'analyses de laboratoire « à titre onéreux au profit du budget gestionnaire ». Il n'est donc pas prévu de ristournes pour le personnel ayant réalisé les analyses. Puis, on constate qu'il est autorisé de vendre des médicaments, des bains, des soins dentaires aux fonctionnaires ainsi qu'aux militaires et à leurs familles. Cependant, un service de consultation gratuit est mis en place pour ces dernier-e-s, dans la mesure où ils-elles montrent « un billet de leur médecin traitant ».

Quant aux particulier·e·s, ils-elles peuvent aussi être admis·es à ces consultations, mais « contre paiement au profit du budget gestionnaire d'une taxe égale au tarif moyen local fixé par le lieutenant-gouverneur ».

En juillet 1926, le Gouverneur général de l'AOF, Alphonse Dirat, écrit à tous les lieutenant-gouverneurs (Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Dahomey) pour évoquer la disposition du décret d'avril 1926 à propos de la création de quartiers autonomes d'assistance médicale (indigène) dans les hôpitaux. Il les prévient, en partant de l'expérience en cours à l'Hôpital colonial de Saint-Louis, qu'il ne pense pas souhaitable que ces quartiers disposent d'une gestion parallèle à celle du service général. Mais ce qui est intéressant dans cette note, est qu'il propose d'instituer deux tarifs pour les malades de l'assistance, tous deux donnant lieu à des remboursements. Le premier est destiné aux « Indigènes de rang plus élevé » correspondant à la quatrième catégorie du service général et l'autre à une cinquième catégorie « propre à l'assistance avec ration simplifiée et tarif sensiblement inférieur à celui de la quatrième catégorie ». Enfin, le Gouverneur général Dirat précise qu'il « ne saurait y avoir aucun empêchement » pour que des « Indigènes » puissent être admis à leurs frais en première, deuxième et troisième catégorie, « à condition qu'ils offrent des garanties suffisantes de tenue, discrétion et propreté (sic) ». On comprend donc que les Africain·e·s ne peuvent accéder à ces catégories supérieures que s'ils et elles sont en mesure de payer, sinon ils et elles doivent rester en quatrième ou cinquième catégorie. Le Gouverneur précise en effet plus haut dans sa note que « ce qui est essentiel c'est que le quartier de l'assistance fonctionne complètement à part, que ses malades ne soient point mêlés (sic) avec ceux du service général pour la plupart européens ».

Le 1^{er} novembre 1926, le ministre des Colonies écrit au Gouverneur général pour s'inquiéter de l'absence de reversement des cessions (vente des services et produits médicaux) « faites au service local au moment de la passation des établissements hospitaliers du service général sous l'autorité de l'administration locale ». Il évoque la somme de 135 000 francs et les prescriptions d'une dépêche du 21 avril 1926 explicitant que « le montant des cessions faites au service local doit être intégré par les soins du département, au titre des « reversements de fonds sur les dépenses du Ministère ». On comprend donc que le ministre s'inquiète que plusieurs mois après cette directive de reversement, rien n'ait été encore fait pour que ces cessions reviennent au ministère. Il écrit que cela peut être « préjudiciable ». Il explique que « le département ne peut connaître la véritable physionomie du chapitre 54 [du budget] et peut

se trouver ainsi amené à demander au Parlement des crédits dépassant les besoins réels pour l'exercice 1926 ». Les cessions au budget local représentent donc des sommes suffisamment importantes pour qu'un ministre de la métropole s'en inquiète. Ainsi, le ministre des Colonies réclame que le directeur de l'intendance du groupe (AOF) lui adresse par « premier courrier, les pièces nécessaires à la réintégration par le département :

1. des cessions de toute nature faites aux services locaux lors de la passation des hôpitaux à ces services – 1^{er} mai 1926;
2. des cessions de vivre et boni des masses;
3. des cessions effectuées au fur et à mesure de la réception dans la colonie des envois faits par la métropole et parvenues dans la colonie après le 1^{er} mai 1926 ».

Le rapport annuel de l'Inspection générale du service de santé de 1933 pour l'AOF explique que le budget colonial est devenu insuffisant après 1926, notamment dans la situation d'après-guerre, justifiant donc « la cession aux budgets locaux des colonies des formations sanitaires du service général ». Cela a été autorisé par la loi de finances du 13 juillet 1926. Puis le rapport loue les efforts budgétaires pour améliorer la qualité des services et précise, en oubliant de parler des populations locales, qu'ils permettent d'assurer à la population européenne, en soins médicaux, l'équivalent de ce qu'elle pourrait trouver dans la métropole ».

À l'image de l'utilisation des ressources issues du paiement direct des patient-e-s dans les formations sanitaires, celle du budget général et de la manière dont il est utilisé à partir du basculement de 1926 pose des défis administratifs importants. La question de l'efficience de l'usage des ressources publiques est donc déjà une préoccupation bureaucratique qui va de pair avec la recherche d'économies, comme nous allons le voir maintenant.

La recherche d'économies et d'efficience

Le manque de financement ne concerne pas que l'AMI (Cogneau, 2023), car si on reste au niveau des structures hospitalières, l'histoire regorge d'exemples où l'administration cherche des solutions pour réduire le train de vie du système de santé, bien que largement sous-financé comme je l'ai démontré précédemment. La recherche de rentabilité et d'efficience est évidemment une caractéristique essentielle de l'approche libérale de la santé et de la « nouvelle gestion publique ».

On se rappellera qu'en octobre 1896, la colonie du Sénégal avait déjà dû produire un rapport sur les « économies susceptibles d'être réalisées dans les dépenses du service hospitalier » (H9, 165). Dans le chapitre 35 de ce rapport, dédié aux officiers du corps en santé, l'auteur commence par un message clair sur le manque de ressources humaines en santé, pour reprendre un terme moderne : « aucune économie ne peut être réalisée sur ce personnel ». Il confirme que le « budget de l'exercice 1897 est trop étroit; il est insuffisant ». La seule solution que l'auteur de ce rapport propose pour réduire les dépenses est de faire prendre en charge par les budgets régionaux, les salaires et dépenses associées des deux, trois médecins envoyés en région pour les campagnes de vaccination et autres soins primaires durant deux mois. Il propose que ces dépenses soient prises en charge par le « budget de l'administration des Affaires indigènes à qui profitent ces missions ». Il estime ainsi que le « budget des hôpitaux serait allégé d'une dépense qui peut être évaluée en moyenne à 1 600 francs », initiant ainsi les premiers débats sur la décentralisation.

Le rapporteur de 1896, découvrant que les concierges à Saint-Louis et Dakar reçoivent un salaire de 1 200 francs, sont logés et « touchent la ration du sous-officier malade », « tout méritants que soient ces vieux sergents indigènes l'un et l'autre, médaillés et jouissant d'une pension de réforme ou de retraite », conseille de diminuer leur traitement (qui a par ailleurs été « calculé dans l'hypothèse où le concierge serait un Européen »). Il « [propose] une solde annuelle fixe de 900 francs, plus l'indemnité ». Un concierge africain ne devait donc pas être payé de la même manière qu'un concierge européen. Le rapporteur de 1896 à

la recherche d'économie proposera même « d'attirer l'attention des médecins traitants sur la nécessité de ne prescrire le lait frais, aliment fort cher, qu'aux malades en ayant vraiment besoin ».

Le rapporteur indique également clairement la contribution de la recherche de ces économies au processus colonial : « il est vrai que ces considérations d'ordre budgétaire disparaissent devant l'intérêt qui s'attache pour l'État à favoriser par tous les moyens l'œuvre de la colonisation et qu'il importe pour la prospérité des colonies d'assurer aux commerçants, aux colons et à leurs familles, tous les soins hospitaliers en cas de maladie ».

Nous avons déjà noté précédemment que le changement de régime de 1926 a été notamment justifié pour l'AOF par la possibilité d'une économie annuelle de 800 000 francs.

La direction du cabinet militaire, dans une lettre adressée le 23 novembre 1929 au ministre des Colonies, évoque le décret du 10 avril 1926 dans lequel « les établissements hospitaliers du service général de l'AOF ont été placés sous les ordres de l'autorité locale à compter du 1^{er} mai 1926 ». L'auteur de cette lettre (587 CM) évoque qu'une étude budgétaire a été effectuée afin de préparer ce nouveau régime. Cependant, il explique que ses calculs préalables au changement de 1926 ne sont plus justes puisque l'hospitalisation des militaires européens et « indigènes » aurait subi une diminution globale d'environ 30%. Ainsi, il regrette et termine sa lettre en notant que « les économies ainsi réalisées par le service de santé [lui] paraissent regrettables à tous égards ». Des correspondances montrent que le général Benoît a envoyé des lettres au ministre en ce qui concerne des changements des modalités budgétaires et notamment des « crédits disponibles au chapitre 65 (service sanitaire) alors que l'hospitalisation de tirailleurs malades n'a pas été ordonnée dans des cas sérieux ».

En 1930, la direction de l'Hôpital central indigène déplore, dans le rapport annuel, que « la pénurie de personnel médical signalée au cours des années précédentes a continué à se faire durement sentir » (p. 5). Une circulaire de 1932 de l'Inspecteur général du service de santé en AEF est interprétée par le docteur Borrey comme des « circonstances actuelles et coloniales » qui indiquent « la nécessité impérieuse de faire des économies » (Borrey, 1935).

Dans une note rédigée probablement en 1935, Louis Rollin, ministre des Colonies, évoque longuement la recherche de gain d'efficacité et d'économies et suggère même que « d'autres économies enfin pourraient être envisagées par la diminution des hospitalisations gratuites dans les

formations sanitaires des indigènes susceptibles de payer : toute économie réalisée sans qu'elle puisse nuire au malade sera à suivre de très près ». Cette note réclame la constitution d'une commission (intersectorielle sous l'autorité des Gouverneurs), afin de trouver des solutions aux nombreux problèmes énoncés (à la suite de la Commission de la prévoyance sociale de la Conférence économique et coloniale), afin que des mesures puissent être appliquées dans les premiers jours de 1936, réclame le ministre. Le docteur Sorel, Inspecteur général du service de santé des colonies, contresigne cette note « pour application ». Dans la circulaire 274/S du 6 août 1935, le ministre explique que « la politique de construction hospitalière doit pour le moment au moins entrer en sommeil ».

En 1935, le rapport d'un médecin, ayant réalisé une visite dans plusieurs pays de l'AOF, suggère que des pharmacies, des hôpitaux et des postes de santé disposent encore trop de médicaments de spécialité et qu'il est nécessaire de faire des « économies substantielles ».

Les archives ont permis de trouver un rapport de « vérification inopinée » de l'ambulance du Cap Manuel et de celle de Gorée, réalisé par le commandant de l'administration Reynaud, gestionnaire de l'Hôpital principal, en août 1940. Le rapport propose une réforme administrative car, si les deux ambulances sont rattachées techniquement à l'Hôpital principal, elles ne le sont pas sur le plan administratif. Le rapporteur propose donc « l'unification de l'Administration des Ambulances avec celle de l'Hôpital principal ». La raison première de cette demande est économique, non seulement pour mieux contrôler et simplifier les procédures administratives (« surveillance plus étroite »), mais surtout car « l'ambulance de Gorée n'est pas gérée dans un souci d'économie par suite de la disproportion entre les frais généraux et le produit des journées d'hospitalisation. [...] Le fonctionnement de cette ambulance entraîne une dépense annuelle de 180.000 Frs, laissant un déficit d'exploitation de l'ordre de 80.000 Frs. [...] il paraît intéressant d'étudier ici une réforme administrative touchant le fonctionnement des ambulances de Dakar, ceci dans un but d'économie. »

Le rapport utilise même un terme moderne, celui de « groupe hospitalier », montrant que les débats contemporains sur la fusion des établissements et l'idéologie managériale sont, à l'image du paiement des soins, anciens (Turgeon, Jacob & Denis, 2011).

Dans une lettre du 19 novembre 1940, le médecin général Ricou note que les militaires et les « Indigènes » venant de l'Ambulance de Gorée (en cours de fermeture) doivent être transférés à l'Hôpital principal et les

« prostituées » à l'Hôpital indigène. Le 4 septembre 1940, le commandant d'administration Reynaut, gestionnaire de l'Hôpital principal, réalise une vérification inopinée des comptes des ambulances du Cap Manuel et de Gorée. Dans son compte rendu adressé au Gouverneur des colonies, sous couvert du médecin-chef de l'Hôpital principal, il aborde très largement, sur quatre pages, le besoin de réaliser des économies. Il écrit par exemple que « l'ambulance de Gorée n'est pas gérée dans un souci d'économie ». Puis il rédige un long paragraphe pour proposer une réforme visant à l'unification de l'administration des ambulances avec celle de l'Hôpital principal. Il vise notamment « une concentration administrative ». Par cette réforme, il pense que cela va favoriser une centralisation, des dotations budgétaires, une surveillance plus étroite des opérations financières, une simplification des écritures ou encore une réduction des frais généraux.

Les gains d'efficacité sont déjà au cœur des discussions en 1940, notamment dans un contexte de guerre où il s'agit de réaliser des compressions budgétaires. Le commandant d'administration Reynaut va donc rédiger et ajouter à cette note un projet de décision fixant les modalités d'application de cette réforme proposée en six articles. L'objectif est de créer un « groupement hospitalier ».

À Saint-Louis, le médecin-chef de l'Hôpital colonial se plaint en juin 1948 que son hôpital est considéré comme un hôtel et qu'il doit bientôt « refuser des malades faute de places ». En effet, il doit héberger des « personnes non hospitalisées ne possédant pas de logement en ville, ce qui rend inutilisable, pour les malades, 9 chambres des première et deuxième catégories ». Il dresse la liste de ces personnes, dont M. Ghilbert, sa femme et ses trois enfants. Un seul médecin (Dr Horlick), et sa femme, figurent dans cette liste.

La recherche d'économies se voit aussi dans l'organisation des services de santé, notamment des services hospitaliers à Dakar. Pour reprendre un terme moderne, on constate, dès les années 1950, la volonté de l'administration coloniale de réaliser des fusions d'établissements, comme évoqué précédemment en 1940. Par exemple, en 1953, l'une des raisons de la création de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar est « économique », en regroupant des organismes/services nouvellement créés comme le Centre de protection maternelle et infantile et le Centre de physiologie (construit avec des crédits du FIDES, selon une lettre de Sanner datée

du 7 août 1954) avec les services de l'ancienne Polyclinique Roume¹ (qui disposait aussi de consultations de PMI). Ces trois structures se retrouvent finalement dans une seule « direction administrative commune », explique le docteur Sanner au Haut-commissaire de la République, Gouverneur général de AOF, dans une lettre (2498) datée du 23 juillet 1953. De plus, le fait que la Polyclinique Roume s'intègre maintenant dans ce nouvel élément s'explique en partie par le fait qu'elle faisait avant partie intégrante de l'Hôpital central africain. Or, une note explique que ce rattachement n'était pas favorable économiquement et posait des problèmes budgétaires, dans la mesure où la polyclinique est essentiellement un organisme de consultation et que ses modes de fonctionnement liés à une formation hospitalière « ne [permettent pas] de dégager d'une manière exacte les prix de revient des journées d'hôpital et [conduisent] par conséquent à mettre en application des tarifs de remboursement fort éloignés de la réalité ». Par exemple, cette note montre que la polyclinique a réalisé 525 183 consultations en 1952. Pourtant, dans une autre note du 16 octobre 1952, les conditions de travail de la polyclinique ne semblent vraiment pas bonnes. Le docteur Diagne, médecin lieutenant-colonel, qualifie même la situation de « très [mauvaise]. Tout est mélangé dans les locaux trop petits : adultes et enfants, malades et bien portants qui viennent aux consultations de médecine préventive ». Il explique par ailleurs qu'il n'y a pas de médicaments, même dans le dispensaire antituberculeux et qu'il n'y a pas d'appareils de radioscopie. On semble donc chercher à faire des économies à partir d'un établissement dont le fonctionnement ne semble pas optimal.

De plus, par le regroupement de trois structures dans un seul institut d'hygiène sociale, la question de l'affectation budgétaire se pose. Dans une lettre de la direction des finances du 25 septembre 1955, M. Jourdain tente d'expliquer qu'il n'est pas juste que l'ensemble du budget de fonctionnement de l'Institut soit pris en charge par le seul budget local du Sénégal. Il explique, par exemple, que si la plupart des consultants sont

1. En 1946, il a déjà été envisagé, pour « alléger le budget en cours de l'hôpital central indigène », de faire prendre en charge les dépenses de fonctionnement de la Polyclinique Roume, considérée comme division externe de l'hôpital, par le budget de la circonscription de Dakar (au lieu du budget général), ce qui n'a pas été possible, faute de crédits locaux suffisants (rapport de présentation concernant un projet d'arrêt 2767/4-SP).

originaires du Sénégal, le centre de formation accueille des médecins, des infirmiers et des sage-femmes venant de l'ensemble de l'AOF, et il ne trouve pas juste que seul le Sénégal soit imputé pour financer ce budget. Ainsi, convoque-t-il l'équité dans ce passage : « je pense qu'il serait équitable, en ce qui concerne celui-ci, que le budget général continue à supporter les dépenses de fonctionnement de cet organisme, étant donné le caractère défini plus haut ». Quand il évoque « celui-ci », il parle du Centre de protection maternelle et infantile intégré à l'Institut, pointant ainsi les défis budgétaires de la fusion de différents établissements.

Dans une lettre du 26 juillet 1954 (273/IHS-C), estampillée « confidentiel », le médecin Martin, directeur de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar, donne également son avis sur le fait que le budget de l'établissement doive basculer vers le budget local du Sénégal pour l'exercice de 1955. Dans cette lettre, il explique qu'il est en désaccord avec cette proposition et il nous apprend que pour 1954, l'établissement a été pris en charge par le budget général de l'AOF. Il précise notamment que les justifications fournies en 1954 pour rester sur le budget général n'ont pas changé pour l'exercice futur de 1955. Le médecin précise que le débat de novembre 1953 devant le Grand conseil de l'AOF a montré que les dépenses de l'Institut n'étaient pas « entièrement nouvelles », notamment parce que celles de la Polyclinique Roume étaient déjà prises en charge depuis près de vingt ans par le budget général (comme annexe de l'Hôpital central africain).

Cette volonté d'efficience et de recherche d'économies se manifeste également en dehors du Sénégal et de Dakar. Ainsi, le 2 août 1951, Edmond Louveau (Gouverneur du Soudan français) s'alarme auprès du Haut-Commissaire Gouverneur général de l'AOF à Dakar de son manque d'effectifs pour les services de santé du Soudan. Il termine sa lettre (1634/SP) en explicitant que « cet effectif de 10 est un maximum qui ne peut être actuellement dépassé, vu la situation budgétaire du territoire ». Il souligne l'enjeu budgétaire de sa main et de la même encre que sa signature. Puis, dans un courrier estampillé « confidentiel », il rédige une lettre à l'intention du Haut-commissaire le 28 août 1951 pour se plaindre qu'il reçoit du personnel de santé affecté par les services de Dakar, sans qu'il ne soit mis au courant et sans que « la situation des finances locales [...], chaque jour plus critique », ne soit prise en compte. Donc, non seulement du personnel est affecté au Soudan sans l'avis préalable du gouverneur local mais en plus, cela mine ses finances et sa volonté de réaliser des « compressions d'effectifs ». Il se plaint également de

l'« interprétation extrêmement défavorable des milieux africains, si des agents de la métropole continuaient à être affectés au Soudan en dépassement des besoins stricts de l'administration locale ». Puis, il attire l'attention du gouverneur sur « la charge injustifiée pour le budget local que représentent les cinq fonctionnaires inutilisables cités dans le paragraphe *in fine* du directeur local de la santé ». Quatre jours avant, le médecin-colonel Vernier, directeur local de la santé publique du Soudan, s'était en effet plaint de l'arrivée de deux médecins africains en provenance de la Mauritanie et du Niger « dont la prochaine arrivée n'a pas échappé à la vigilance de vos services financiers en ce qui concerne la répercussion budgétaire de leur affectation », écrit le Gouverneur du Soudan. En outre, si l'effectif budgétaire pour le Soudan est de 40 médecins et que le territoire ne pourrait donc pas en payer de nouveau, un poste est vacant à Tombouctou, cinq médecins ne peuvent pas partir en congé, faute de relève et pourtant dix de ces médecins africains « dont la solde incombe à notre budget local ne font aucun service effectif » pour plusieurs raisons : président du Conseil général, « toxicomane et inutilisable », en traitement à Dakar pour une fracture de cuisse depuis un an, en stage de principalat, en congés après six ans de service ininterrompu, en congé sans solde « pour aller à la Mecque », en préparation de son baccalauréat, en instance de conseil d'enquête « pour ivrognerie ». Ces échanges épistolaires confirment la permanence des défis des relations concernant les ressources humaines en santé entre le centre et la périphérie, mais aussi le déficit de soutien des territoires de l'AOF éloignés de Dakar. Les enjeux financiers se sont évidemment exacerbés après la décision de 1926, évoquée précédemment, surtout lorsqu'il a été demandé aux territoires de financer des ressources humaines ne répondant pas à leurs besoins, jugées comme inefficaces ou indisponibles pour les soins.

Lors de la réunion des directeurs de la santé publique en Afrique, tenue du 28 juillet au 3 août 1952², nous percevons parfaitement ce souhait de rationalisation du financement, d'efficacité et autres, afin d'organiser le recouvrement des coûts par le paiement des patient·e·s. Le Général Jeansotte, directeur du Service de santé de la France d'outre-mer, par

2. Selon une note de 1951 concernant l'organisation des services de santé en AOF, « tous les directeurs locaux sont des médecins des troupes coloniales (colonels ou lieutenants-colonels) »... confirmant la médicalisation/militarisation de la santé publique ouest-africaine.

exemple, admet que l'on « pourrait faire un meilleur emploi des budgets » et envisage l'augmentation des tarifs, le paiement des « médicaments en série ». Il évoque par ailleurs le fait que des travaux ont par exemple été réalisés dans un marigot pour lutter contre la bilharziose en prenant les dépenses sur le budget général, « alors que les gens qui auraient dû le prendre à leur charge, municipalement dans ce cas-là, ne l'ont pas fait », montrant les enjeux d'affectations budgétaires déjà évoqués. À cette occasion, le Colonel Lotte, responsable des services de santé, se plaint d'un « étranglement budgétaire » pour le service de l'hygiène mobile et de prophylaxie de l'AEF, notamment à la suite d'une réunion tenue le 21 juillet à Brazzaville où « la consigne impérative a été de s'en tenir au volume de crédits de l'exercice antérieur ». Or, non seulement les prix ont augmenté, mais le territoire dont il a la charge s'est accru, alors qu'on avait « amputé d'environ 25% » sa demande antérieure. Encore une fois, il utilise un langage économique en mentionnant que cette situation l'a contraint à la « rationalisation des services », au risque de toucher la « qualité technique du travail ».

Domergue-Cloarec (1986) explique qu'en 1953, le budget des deux hôpitaux de Dakar s'élevait à 471 millions pour un bassin de population d'environ 300 000 personnes. Ce budget est à peine moins que les 575 millions dévolus du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) pour l'ensemble de l'AOF.

Nous avons vu plus haut qu'en 1953, la Direction générale de la santé publique décide de transformer la Polyclinique Roume en Institut d'hygiène sociale et de le détacher budgétairement de l'Hôpital central africain (l'Institut était perçu comme une annexe).

En le rendant autonome financièrement, l'objectif est notamment de réduire le prix de revient de la journée de l'Hôpital central africain. En effet, une mission d'inspection a « mis en évidence que le rattachement d'un organisme de consultations important à une formation hospitalière ne permettait de dégager d'une manière exacte les prix de revient des journées d'hôpital et conduisait par conséquent à mettre en application des tarifs de remboursement fort éloignés de la réalité ». Les archives donnent aussi à voir des querelles en 1954 entre un professeur de pédiatrie (Dr Sénécal) et le médecin-colonel responsable de la Direction de la santé publique (Dr Sanner). Le premier souhaite séparer les services de protection maternelle et infantile de l'Institut, afin de créer une structure à part, financée par le budget de l'AOF et non pas le budget du Sénégal. Le second présente, dans une lettre au Secrétaire général du Gouvernement général de l'AOF (202/SPAD; 8/10/54), des arguments

financiers à l'encontre de cette proposition, qui, en outre, témoignent des enjeux de pouvoir entre un universitaire et un militaire. Puis des débats continuent sur le fait de rattacher l'Institut au budget général ou au budget local en montrant, notamment, qu'il n'est pas fréquenté que par des personnes de Dakar, mais aussi de « tous les points de la Fédération », écrit le médecin en chef de l'assistance, Dr Martin (273/IHS-C), le 26 juillet 1954. Enfin, à partir de 1958, l'Hôpital principal de Dakar est placé sous la tutelle du Service de santé des armées, qui a pris en compte son budget (Chippaux, 1980).

La recherche de rentabilité va se maintenir immédiatement après l'indépendance du Sénégal (encadré 4).

-4-

Le maintien de la recherche de rentabilité et de la présence française après l'indépendance du Sénégal

Dans un rapport administratif de 1963, les responsables de l'Hôpital principal de Dakar (« à gestion française », voir plus loin) semblent heureux des modalités de gestion : « le but poursuivi depuis de nombreuses années a été d'arriver à la rentabilité de l'ensemble de la formation hospitalière ». En comparant les années 1961 et 1962, le rapporteur indique que « la recherche de la rentabilité n'a fait que s'affirmer. Il est vraisemblable que 1963 permettra d'y accéder ». L'augmentation des tarifs d'hospitalisation en juillet 1962 semble avoir eu un impact positif. L'analyse de la gestion financière est claire, bien que l'on n'en comprenne pas bien la conclusion :

Grâce à cette méthode de « tout payer et de tout encaisser », on estime que les recettes devraient atteindre 480.000.000 de Frs CFA en 1963. Nous aurions alors un hôpital principal, à gestion française, à rentabilité parfaite, susceptible d'être au Sénégal et dans l'Ouest Africain, un exemple. Mais pareille réussite comptable ne risque-t-elle pas, allant ainsi à l'encontre de ce que nous souhaitons, d'exciter l'envie et l'intérêt.

En 1960, les nouveaux États indépendants vont créer l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE), au sein de laquelle la France siège encore et finance la moitié du fonctionnement (Becker & Collignon, 1999). En 1993, « la direction et la gestion demeurent toujours françaises »³. Le dernier médecin français directeur de l'Hôpital principal de Dakar n'a laissé sa place à un Sénégalais qu'en 2008! La thèse de Mamadou Sow (1995) analyse une partie de la suite de l'histoire de l'Hôpital principal en évoquant la signature d'une convention franco-sénégalaise en 1971 dont le contenu est « extrêmement laconique ». En comparaison, les Archives nationales du Sénégal ont eu un directeur français jusqu'en 1976⁴. Mayens (2022) analyse combien l'influence française est aussi importante dans le domaine de la protection sociale dans les années 1960, à travers le Bureau international du travail : « La politique du BIT au Sénégal est donc soumise à l'approbation des experts français dépêchés sur place dans le cadre de la coopération bilatérale » (Mayens, 2022 : 177). Cette politique de l'influence de la « présence française » par les assistants techniques a été notamment théorisée par Claude Cheysson en 1955 (Borrel *et al.*, 2023).

Après cette présentation du contexte global du financement du secteur de la santé et des infrastructures présentes durant la période coloniale, penchons-nous à présent sur la manière dont les hôpitaux sont financés, dont les patient·e·s sont sollicité·e·s pour couvrir les dépenses liées à leur hospitalisation, ainsi que sur les enjeux autour de la recherche d'économies et d'efficacité.

3. Source : <https://www.asnom.org/LES-GRANDS-HOPITAUX-COLONIAUX>.

4. Source : <https://francearchives.gouv.fr/>.

II - LES HÔPITAUX ET LES PAIEMENTS DES PATIENT·E·S

Introduction de la deuxième partie

C'est cette politique sanitaire différenciée avec une bonne charge de mépris, et globalement inopérationnelle qui doit faire face aux nombreux défis qui interpellent la colonie.

A. Touré, 1991.

Que retenir?

Dans cette partie, je présente les modalités de paiement des patient·e·s organisées dans les hôpitaux durant la période coloniale. Bien que le principe fût la gratuité des soins, les personnes malades qui en avaient les moyens ont toujours eu la possibilité de payer leur hospitalisation. Le paiement était très variable d'un hôpital à l'autre, mais il se concrétisait par des catégories d'hospitalisation reproduisant les catégories militaires, sociales et raciales de l'époque. Le manque de financement des politiques de gratuité des années 2000 et l'idée d'augmenter la part des paiements directs par les patient·e·s sont déjà présents. Les personnes indigentes pouvaient bénéficier d'une prise en charge gratuite, mais au prix de multiples procédures administratives pour confirmer leur statut et dans un contexte budgétaire restreint pour ces personnes. Ces défis n'ont jamais été résolus et sont au cœur des luttes actuelles pour plus d'équité dans l'accès aux soins. Les différentes modalités de paiement (retenues sur salaire, paiements des entreprises ou des individus) et leur imputation comptable liée au budget disponible ne sont pas toujours faciles à mettre en place. J'ai ainsi pu constater une myriade de procédures administratives pour recouvrir ces créances. Les années de retard de remboursement aux formations sanitaires des politiques de gratuité des années 2000 ou de subvention des adhésions aux mutuelles de santé au Sénégal actuellement n'ont rien à envier à l'histoire administrative coloniale.

Dans cette partie, j'entre en détail dans l'histoire financière des hôpitaux au Sénégal durant la période coloniale : des modalités de paiement des patient·e·s aux recettes, en passant par les multiples démarches administratives pour le recouvrement des créances. Je montre également les défis de recours aux soins que cela pose pour les personnes les plus pauvres, les personnes indigentes.

Des tarifs, des recettes et des paiements

Les archives sont nombreuses pour comprendre comment les hôpitaux étaient financés et comment les patient·e·s pouvaient payer directement leurs soins durant la période coloniale. Pour rendre la lecture plus facile, mon analyse chronologique porte sur l'ensemble du Sénégal et non sur chaque hôpital. Mais la structure médicale concernée est soulignée dans le texte lorsque cela est pertinent dans les pages qui suivent.

Avant 1900

Dans les hôpitaux, avant 1900 (Diop ne donne pas de date), « les dépenses publiques sont en partie compensées par les recettes provenant des malades hospitalisés au titre particulier, par celles provenant des employés du service local traités à leurs frais et auxquels le service local fait une faible retenue sur leur solde en payant lui-même la différence du prix de la journée d'hôpital, par celles des indigènes hospitalisés à la charge des communes » (Diop, 1983 : 42). En effet, dès 1840, on retrouve dans le *Bulletin administratif du Sénégal* (BAS) une « décision royale concernant la retenue à exercer sur la solde des officiers et autres attachés au service de la Marine, pendant leur séjour à l'hôpital ». Puis à partir de 1857, le Gouverneur fixe « le prix moyen de la journée d'hôpital » qui paraît dans un premier temps dans le *Moniteur du Sénégal et dépendances* (1856-1859), puis dans les journaux officiels qui suivront (BAS).

Ndoye (1999) affirme que l'arrêté de 1860 fixait un seul tarif de journée à 2 francs, sans catégorie, l'introduction de catégorie serait donc postérieure à cette date. À Gorée, selon le rapport de la période de 1887-1911, le prix de la journée de traitement varie : « personne traitée à la ration européenne : 5 francs », « agents subalternes du service local : 1/3

de leur solde », « indigène de la commune sans certificat d'indigence : 1,5 francs » et enfin les « petits domestiques indigènes confiés aux familles : 1 franc ».

En 1868, la journée d'hospitalisation à l'Hôpital de Gorée était fixée à 9,55 francs. On comprend que cette somme était remboursable, sauf pour les marins de commerce et les particulier·e·s à leurs frais (Ndoye, 1999). Cette dernière catégorie, « particulier·e·s à leurs frais » (désignée ci-après sous l'acronyme PALF), nommée ainsi par l'administration coloniale, est au cœur de mon analyse. Dès 1873, une décision administrative (2326), « relative aux cessions de médicaments faites par l'hôpital de Gorée », montre que la vente des médicaments était pratiquée. Depuis 1881, une circulaire rend obligatoire la production mensuelle de l'état des cessions dans les hôpitaux des colonies. Mais elle ne semble pas respectée, à tel point que le ministre de la Marine et des colonies rédige une dépêche ministérielle pour en préciser le contenu dans le détail (*Bulletin administratif des actes du gouvernement*, 1883 : 130). En 1883, il rédige une note (*Bulletin administratif des actes du gouvernement*, 1833 : 547), afin de préciser le fonctionnement de la « retenue d'hôpital » à exercer sur le traitement du personnel colonial, notamment le fait qu'elle ne doit pas dépasser la moitié de la solde. Mais en l'absence d'uniformité dans les colonies (car la décision présidentielle de 1880 sur cette retenue avait omis de mentionner les colonies), le ministre demande qu'à partir du 1^{er} janvier 1884, le même tarif de la solde soit appliqué partout. Il respecte la hiérarchie militaire au sein des armées (à cheval ou à pied). Dans son bulletin de mai 1887, la congrégation des sœurs de Saint-Joseph de Cluny rapporte que l'Hôpital de Gorée est surtout destiné aux militaires mais « toutes les personnes qui peuvent faire face aux dépenses qu'elles occasionnent, y sont admises, sans distinction de religion ni de nationalité » (p. 479), confirmant donc que la capacité à payer, pour reprendre un terme contemporain d'économie de la santé, est déjà un déterminant majeur dans l'accès aux soins. À partir de 1890, les personnes voulant être prises en charge par les hospices civils doivent présenter une caution qui garantissait le paiement des frais d'hospitalisation¹. En 1889, l'assemblée du Conseil général de la colonie vote l'application d'un tarif

1. À la même période, mais en Amérique, on ouvre l'un des premiers hôpitaux pour les maladies infectieuses à Philadelphia en 1865. Le principe est la gratuité des soins pour les patient·e·s pauvres mais les autres doivent payer en fonction de leurs revenus (Cranmer Green, 1999).

établissant le taux de la journée pour les malades pris-es en charge dans les hospices et les hôpitaux civils de la colonie (Conseil général, 1890). Les tarifs seront de 5 francs pour la ration européenne, un tiers de leur solde pour les employés « indigènes » du service local, 3 francs par jour pour les « indigènes étrangers » non domiciliés dans la commune, 1,5 francs pour les « indigènes » sans certificat d'indigence et enfin, 1 franc pour les domestiques « indigènes » (p. 229).

À cette époque, les dépenses de l'hospice civil incombait au Service local et on comprend, à la lecture des archives, que les municipalités refusaient cette participation financière. De plus, dans les débats entourant le rapport de la Commission des finances, explicitant l'état déplorable de l'Hospice de Saint-Louis, le directeur de cet établissement explique ainsi sa réputation médiocre et sa fréquentation en berne : « un des côtés faibles de notre établissement hospitalier : le manque de soin dans la nourriture. Bien des malades payants hésitent d'aller à notre hôpital dans la crainte d'y être mal nourris » (Conseil général, 1890). À cette époque, les populations de Saint-Louis affublaient l'hospice civil du « sobriquet de « cinetiore » (déformation du mot « cimetière ») afin de montrer qu'il s'agit d'un lieu où l'on va pour mourir » (Pam, 2020 : 17).

En 1896, l'Hôpital civil de Saint-Louis tient une comptabilité sommaire mais instructive pour notre questionnement. Ainsi, on note que les particulier-e-s européen-ne-s consomment 720 journées (45 malades) pour un montant total récupéré de 3 600 francs, alors que les particulier-e-s africain-e-s, 823 journées (43 malades) pour 1 640 francs. Cette catégorie de « particuliers payants » (par rapport à celles et ceux pris en charge par la commune de Saint-Louis ou les Affaires indigènes) représente 44% des payants au cours de l'année 1896. Mais ce taux est trompeur car le tableau retrouvé dans les Archives montre que la totalité des malades du service social (fonctionnaires, prisonniers, aliénés, envoyés par la Police, envoyés d'urgence) n'est pas comptabilisée dans les recettes, mais uniquement dans le nombre de malades et de journées. Or, les journées d'hospitalisation doivent nécessairement donner lieu à des subventions. Ainsi, si l'on raisonne moins en termes de paiement qu'en termes de journées de lit, on constate que les PALF européen-ne-s et africain-e-s représentent 12,3% du total (1 543/12 564), sachant que leurs tarifs sont différents (5 francs par jour pour les Européen-ne-s et 2 francs pour les Africain-e-s). Cette proportion de journées payantes est de 9,8% en 1897. En 1897, le prix de la journée d'hospitalisation est de 12,83 francs pour les officiers et de 8,56 francs pour les non-officiers à l'Hôpital de Saint-Louis (Ngalamulume, 2012).

De 1889 à 1894, les prix des journées d'hospitalisation au Sénégal varient dans le temps entre Saint-Louis et Dakar et selon deux modalités, d'une part, les officiers, et d'autre part, les malades dits ordinaires (tableau 8). Les particulier-e-s ne peuvent être admis-e-s qu'à titre exceptionnel, donc à défaut de place dans les hospices civils. Et s'ils et elles sont accepté-e-s, ils et elles seront « traités dans les salles affectées aux malades civils » et devront verser une caution d'une valeur de trente journées de traitement. La baisse du prix en 1892 n'est pas expliquée dans les journaux officiels consultés.

	1889	1890	1892	1894
Saint-Louis				
Journée d'officier	15,36	16,75	14,75	17,16
Journée de malade ordinaire	10,24	11,14	9,84	11,44
Dakar				
Journée d'officier	13,56	14,73	15,43	17,37
Journée de malade ordinaire	9,04	9,82	10,29	11,57

Tableau 8 : Évolution du prix (en francs) de remboursement des journées d'hospitalisation

En 1892, lors du Conseil général de Saint-Louis où un débat est organisé pour la création d'un poste de pharmacien² à l'Hôpital civil, M. Aumont réclame que « l'hospice devienne un véritable hôpital, capable de recevoir des malades payants », bien qu'il ne semble pas en état d'accueillir dignement les malades. Le directeur de l'Hôpital civil explique, ensuite, que tant que les travaux d'aménagement en cours ne seront pas terminés, « l'hôpital ne pourra recevoir qu'une dizaine de malades payants, et qu'avec un tel chiffre, le pharmacien serait inutile ». Il explique que les sommes versées par ces malades s'élèvent à 4 000 francs en 1892, mais semble suggérer un lien direct entre la possibilité de recruter un pharmacien et l'augmentation des malades payants après les aménagements (Conseil général, 1892).

En ce qui concerne l'Ambulance de Gorée en 1892, le prix de la journée est de cinq francs pour les sous-officiers et de 4,5 francs pour les soldats. H. de Lamothe note, dans la décision du 13 décembre 1892 (JO 5370),

2. Sur l'histoire des pharmaciens coloniaux, voir Ouoba, Banhoro & Semde (2022).

que ces sommes perçues se répartissent entre le médecin-chef de l'Ambulance et le budget colonial avec une clé de répartition surprenante. Pour les cinq francs des sous-officiers, le médecin reçoit 1,75 francs (soit 35%) et pour les 4,5 francs des soldats, il reçoit 1,25 francs (soit 27%). C'est la première mention, à notre connaissance, dans les Archives, d'une répartition à titre personnel (ristourne pourtant non évoquée en 1926) pour les professionnel-le-s de santé. La question des ristournes au personnel de santé sera abordée en détail dans la partie consacrée à l'AMI.

En 1893 (encadré 5), on retrouve certainement une des premières expériences pilotes de financement de la santé mais aussi de « modèle voyageur » pour reprendre un terme actuel (Falisse, 2019).

- 5 -

Un des premiers modèles voyageurs de la santé

Une dépêche ministérielle (JOS, 5481) montre que le Gouverneur du Sénégal s'est plaint au sous-secrétaire d'État des Colonies que les familles des fonctionnaires devaient (circulaire du 18 août 1891) payer la journée d'hospitalisation au prix de revient et non plus, comme cela existait avant, « traitées sur le même pied que leur chef ». Delcassé, le sous-secrétaire, répond que cette circulaire a été testée ailleurs dans une « de nos possessions d'outre-mer », sans la nommer, à « titre d'expérience ». Ainsi, il revient sur sa décision et les familles devront donc rembourser « leurs frais d'hospitalisation d'après le taux de faveur dont leur chef bénéficie », qui est, comprend-on, en dessous du prix de revient. Mais cette nouvelle mesure n'entrera en vigueur qu'à « titre d'essai », précise-t-il, un bilan étant demandé au bout d'un an pour « me permettre d'apprécier s'il convient de l'adopter définitivement ». Nous n'avons pas trouvé trace de la suite de cette expérience.

En 1893, on trouve la trace d'un pharmacien civil, M. Marsa, qui s'est plaint auprès du Gouverneur du Sénégal et demande la « suppression des cessions de médicaments faites par l'hôpital [militaire] de Dakar aux fonctionnaires et particuliers » (JOS, 5529.448). Cette cession, à titre remboursable, avait été autorisée le 24 décembre 1890 par le Gouverneur. Ainsi, l'autorisation est « rapportée », terme que je n'ai pas été en mesure de comprendre.

Un arrêté de 1897 portant sur les ambulances (hôpitaux simplifiés) décrit déjà la présence de trois tarifs de remboursement des journées d'hospitalisation pour les officiers, les sous-officiers et les « malades ordinaires » (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 1, 1898).

Dans le premier fascicule des *Annales d'hygiène et de médecine coloniale* de 1898, l'Assistance publique aux Colonies fait clairement mention du processus de paiement dans les hôpitaux et de l'objectif que la santé dans les Colonies ne soit pas un fardeau pour la France :

Afin de ne pas faire supporter à la métropole la totalité des dépenses qu'entraîne le fonctionnement de ce service, on fixe chaque année pour les malades autres que les militaires un prix de la journée d'hôpital, établi en faisant intervenir la supputation des frais généraux. On arrive ainsi à faire rembourser par le budget local et par les particuliers une partie des dépenses, l'État ne gardant en quelque sorte à sa charge que celles au titre militaire et une fraction de la solde du personnel médical utilisé. Par suite, il conserve à ce dernier l'indépendance indispensable pour régler certaines questions. Grâce à ce système, et tout en assurant aux fonctionnaires et aux colons un réel confort et des soins éclairés, l'État ne dépense qu'une somme relativement faible, si l'on considère l'importance et l'étendue de nos possessions. Dans les colonies qui possèdent des ressources suffisantes (Mayotte, Nossi-Bé, Dahomey, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée française), le Département fait aujourd'hui supporter tous les frais au budget local. Par contre, il lui prête son personnel, surveille les achats relatifs aux vivres, aux médicaments, au matériel, etc., contrôle les dépenses. (Kermorgant, 1898 : 245)

Lors du Conseil général de décembre 1900, le ministre des Colonies Guillaïn reprend le rapport de mission de l'inspecteur Guyho venu au Sénégal pour étudier l'état de l'hospice. Dans cette note, l'inspecteur explique que l'Hôpital civil de Saint-Louis est en mauvais état, mais que ces réparations ne seraient pas nécessaires puisque l'Hôpital colonial d'État est en place et fonctionne très bien. La note évoque l'intention du ministre de lancer l'étude d'un projet d'ambulance de 12 à 15 lits où le médecin aurait un « traitement maximum de 8 000 francs », mais surtout,

où les consultations et médicaments seraient gratuits pour les Africain·e·s et l'on organiserait l'admission « de tous les Européens avec tarifs appropriés à leur situation et tarifs de faveur pour les employés du chemin de fer ».

Un rapport rédigé pour l'exposition universelle de 1900 mentionne, au titre des divers produits fournissant des ressources financières à la Colonie du Sénégal :

(...) le service des lazarets et le service des hôpitaux civils de la colonie, où des tarifs très modérés sont appliqués aux personnes admises dans ces établissements. Il a paru d'autant plus utile de ne fixer qu'un droit relativement minime pour le séjour passé aux lazarets et aux hôpitaux civils, que ces institutions sont commandées par l'intérêt supérieur de la santé publique et qu'en imposant certaines mesures de préservation, celles-ci ne devaient pas avoir pour effet de convertir ces organismes, conçus dans un but d'intérêt général, en des services de rapport [i.e. rapportant des ressources].

Cependant, les tarifs en vigueur dans les deux lazarets du Sénégal (Dakar et Bop N^oThior), accueillant les passager·e·s des navires, sont de 10 francs par jour pour les officiers ou passager·e·s de chambres, de cinq francs pour les sous-officiers et passager·e·s d'entrepont (autrement dit de la dernière classe), de trois francs pour les caporaux, soldats ou internés (c'est-à-dire hospitalisés) « traités à la ration européenne » [i.e. ration alimentaire pour les européens]. et de deux francs pour les internés « traités à la ration indigène », confirmant les inégalités de traitement ou l'équité du financement dans ce cas. Dans les hôpitaux civils, le rapport évoque la présence d'une « taxe pour la journée de traitement » de huit francs pour les personnes « à la ration européenne » en 1^{ère} classe et de trois francs pour la 2^{ème} classe, mais de trois francs pour les personnes « à la ration indigène ».

Si l'on regarde les tableaux totaux des recettes globales du budget local de 1889 à 1898, on constate une certaine évolution. Certaines années, le niveau de recouvrement des recettes des lazarets et des hospices n'est pas connu. Ensuite, le montant des recouvrements est toujours supérieur aux prévisions. Mais globalement, bien que certaines personnes payent leurs journées dans ces structures (et l'on ne sait pas combien de

personnes cela représente car seuls les chiffres du total des personnes « quarantenaires internées » sont présentés; les 3^{èmes} classes indigènes forment la grande majorité des personnes), la part que cela représente par rapport aux recettes global du budget local est insignifiante, la valeur maximale de recouvrement réel étant de 0,38% en 1895 avec une moyenne de 0,2% sur cette période de 10 ans (Colonie du Sénégal, 1900). Entre 1889 et 1898, les dépenses des services de santé de l'assistance publique payées par le budget local du Sénégal ont varié de 91 968 francs à 136 136 808 francs.

Dans ce rapport rédigé pour l'exposition universelle de 1900, on trouve également des détails sur les dépenses réalisées à l'Hôpital civil de Gorée entre 1893 et 1898 (tableau 9), sans tenir compte des salaires (Colonie du Sénégal, 1900).

	1893	1894	1895	1896	1897	1898
Jours de traitement (a)	1 770	3 324	2 601	3 684	4 656	4 452
Vivres	3 298	4 032	5 720	4 889	7 016	4 265
Matériel	1 006	2 292	2 266	807	4 319	2 792
Médicaments	809	1 252	1 021	3 269	3 254	1 358
Loyer	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400
Menues dépenses						754
Total des dépenses (b)	7 513	9 976	11 407	11 365	16 989	11 569
Coût journée traitement (b/a)	4,24	3,00	4,39	3,08	3,65	2,60

Tableau 9 : Répartition des dépenses de 1893 à 1898 à l'Hôpital civil de Gorée

Ainsi, on constate une hausse des journées de traitement et des dépenses totales mais le prix de la journée, rapporté aux dépenses, est en baisse, passant de 4,24 francs en 1893 à 2,60 francs en 1898. Les médicaments représentent de 9% à 29% des dépenses totales selon l'année tandis que la dépense du loyer est fixe au cours de la période. Le rapport fourni des précisions intéressantes pour l'année 1898. Ainsi, pour un total de 156 malades hospitalisés (donc 4 452 journées de traitement), 65 sont considérés comme des particulier-e-s (dont 2 111 journées), les autres sont pris en charge par le budget local. Pour les particulier-e-s, 11 malades ont été hospitalisés pour un total de 214 journées à huit francs par jour, 14 malades pour un total de 231 journées à cinq francs et enfin

40 malades pour 1 666 journées à trois francs. Les malades payant le moins sont restés plus que deux fois plus longtemps que les autres à l'Hôpital de Gorée. La somme totale acquise par l'hôpital pour les journées d'hospitalisation est de 15 662 francs dont 49,79% provenant du budget local et 50,21% des « malades hospitalisés au titre particulier », ce qui n'est pas négligeable. Dans les journées prises en charge par le budget local, on note huit indigent·e·s africain·e·s à trois francs par jour alors que les sept indigent·e·s européen·ne·s ont droit à cinq francs par jour), montrant que la discrimination au sein des catégories les plus vulnérables est en place. La reproduction des inégalités dans le contexte colonial semble partagée par tous les empires (Frémeaux, 2012). En outre, des employés du service local peuvent aussi être hospitalisés à leurs frais en échange d'une « faible retenue sur leur solde en payant lui-même la différence du prix de la journée d'hôpital ». Finalement, l'Hôpital de Gorée dispose d'un solde positif en 1898 avec 15 662 francs de recettes et 11 569 francs de dépenses donc 4 092 francs de solde sachant que l'on comprend que les salaires sont payés par un autre budget.

De 1900 à 1919

Dans son rapport de 1904, le Lieutenant-Gouverneur estime que les nouveaux tarifs restent au-dessus du prix de revient réel, sans que l'on ne dispose de données de son estimation. Un autre rapport de la commission présenté le 28 novembre 1904 permet à F. Devès de confirmer le défi de nouveaux tarifs toujours au-dessus du prix de revient et de préciser : « la Commission estime, en effet, que la Colonie n'a point à réaliser de bénéfices dans les hôpitaux et qu'il est indispensable d'offrir, à peu de frais, à la population indigène, des soins éclairés devant remplacer les pratiques de médecine encore en usage et dont la disparition s'impose » (je souligne).

Les soucis de rentabilité, d'équité et d'efficacité se confrontent. Finalement, l'Administration propose une réduction des tarifs, les indigènes payants passant de 3 à 2 francs, les indigènes admis aux frais des budgets communaux passant de 2 à 1,5 francs et enfin les malades externes restant à un tarif d'1 franc. Le Conseil adoptera cette modification qui concerne l'Hôpital civil de Saint-Louis mais aussi celui de Gorée. Le constat du mauvais état de l'Hôpital civil présenté plus

haut est ici associé à un manque de personnel médical. De l'analyse des débats du Conseil, on comprend qu'un seul médecin s'occupe du « service des consultations gratuites » qui « appartient à la Municipalité » et que l'affluence est telle qu'il doit « étant seul, limiter ses consultations aux malades envoyés par le Maire ». Il est donc demandé au Conseil général d'affecter plus de crédits (Conseil général, 1904).

Dans une fiche notant les « mouvements » de 17 malades les 23 et 24 mars 1905, le directeur de l'Hôpital civil de Gorée différencie les « malades payants » (n=0) des « non payants » (n=7), ainsi que d'autres catégories que sont les prisonniers (n=7), les « filles soumises » (autrement dit les travailleuses du sexe), les « idiots » et les « enfants de malades ». Ce document permet de confirmer que certain·e·s malades pouvaient payer les soins à cette époque. L'administration demande par ailleurs de différencier les « Européens » des « Indigènes » dans cette catégorie des « malades payants », laissant entrevoir des tarifs différents.

Dans un tableau rédigé à la main sur les statistiques des malades entre 1908 et 1910, quatre catégories de personnes sont notées : fonctionnaires, particulier·e·s, indigent·e·s et femmes/enfants. Le tableau ne permet pas de les distinguer pour les journées de traitements car les particulier·e·s et les indigent·e·s sont regroupés dans une seule ligne.

En 1909, un arrêté (JOS 54) montre que les deux seules catégories (tableau 10) de prix des journées à l'hôpital passent à quatre : journées d'officiers (12 francs), de sous-officiers (9 francs), de soldats (6 francs), d'enfants indigènes et transportés (3 francs). Ces prix évoluent aussi selon les années et une cinquième catégorie est ajoutée en 1911, les « Indigènes ». De plus, la catégorie des enfants se divise désormais en deux sous-catégories pour les enfants européens, les « enfants indigènes » disparaissant. La catégorie des enfants change de nouveau en 1913, alors que les prix baissent sans que l'arrêté (2197) signé par William Ponty n'en explique les raisons.

À partir de 1921, le prix pour les enfants de 5 à 12 ans n'est plus fixe mais à 50% du prix de la catégorie dans laquelle ils et elles sont hospitalisé·e·s. L'arrêté 991bis rend compte de deux tarifs au cours de l'année 1934 avec une baisse en mai par rapport à janvier. En lisant le tableau 10, il faut évidemment se rappeler de l'inflation générale à partir de la Première Guerre mondiale. Toujours est-il que ce sont les tarifs décidés par l'administration.

	1909	1911	1912	1913	1921	1922	1934 (01)	1934 (05)
Officiers	12	16	16	12	24	24	32,22	31,26
Sous-officiers	9	12	12	9	18	18	24,17	23,44
Soldats	6	8	8	6	12	12	16,11	15,63
Enfants africains	3	-	-					
Enfants européens 7-12 ans		4	4					
Enfants européens 5-12 ans				3	50%			
Enfants européens 3-7 ans		2	2					
Africain-e-s		2	2	3	6	6	8,06	7,81

Tableau 10 : Prix de remboursement des journées d'hôpital

À Saint-Louis, la journée de traitement en 1912 était de 8 francs pour la première catégorie, 5 francs pour la deuxième catégorie et de 3 francs pour la troisième catégorie. Les archives de l'Hôpital de Saint-Louis montrent qu'en 1906, M. Diagne Amadou (élève de l'école Faidherbe) a été hospitalisé trois jours en seconde catégorie pour 5 francs par jour. À Gorée en 1912, la journée était de 5 francs pour la première catégorie et de 3 francs pour la deuxième catégorie.

Le règlement du 12 août 1912 confirme la possibilité de malades « traités à leurs frais » et que pour pouvoir être soignés, ils doivent « effectuer entre les mains de l'officier d'administration comptable ou du médecin chef suivant le cas, la provision selon l'article 222 ». À Saint-Louis, un règlement intérieur de l'Hôpital civil de 1909 dispose d'articles sur l'existence du paiement direct mais montre aussi la bureaucratie qui l'entoure :

Article 4 : les malades payants devront joindre à leur billet d'entrée une demande d'admission adressée à M. le Secrétaire Général en spécifiant à quel titre, Européen ou Indigène, ils désirent être admis. Cette demande devra être faite sur papier timbré avec engagement de payer les frais d'hospitalisation.

Article 5³ : En cas d'insuffisance de caution, le malade versera dès son entrée, au comptable économe, le montant de 15 jours de traitement calculé sur le prix de la journée, soit 8 francs ou

3. La place des indigent-e-s est abordée plus loin dans ce livre.

5 francs pour la ration européenne ou 3 francs pour la ration indigène. Un récépissé lui sera délivré et le versement au Trésor des fonds perçus s'effectuera par les soins du comptable économe.

En outre, le règlement précise que le comptable économe « reçoit l'argent versé par les particuliers pour le traitement à l'hôpital, les cessions de bains, etc. et en fait le versement au Trésor tous les trimestres ».

En 1912, un arrêté (579) signé par Clozel (Gouverneur général de l'AOF par intérim) le 6 avril fixe le taux de retenue d'hôpital pour les agents indigènes des services des Colonies en AOF. Lorsqu'ils sont hospitalisés, sauf pour les personnes rétribuées à la journée, ils reçoivent leur solde mais ils subissent une retenue journalière qui décroît en fonction de leur solde annuelle (tableau 11). En se basant sur la valeur haute de l'étendue, la moyenne de la retenue journalière est de 0,09% sur la solde annuelle avec peu d'écart entre les groupes, montrant que la question de l'équité n'a pas été prise en compte dans les calculs.

Solde annuelle	Retenue journalière	Pourcentage
3 601 à 4 000	4,00	0,10%
2 701 à 3 600	3,00	0,08%
2 101 à 2 700	2,50	0,09%
1 501 à 2 100	1,25	0,06%
801 à 1 000	1,00	0,10%
Moins de 800	0,75	0,09%
Moyenne	2,08	0,09%

Tableau 11 : Montant (en francs) de la retenue journalière des agents indigènes en 1912

Cette même année 1913, l'arrêté 60 autorise, dans son article premier, la cession de médicaments par le service de santé aux officiers et sous-officiers ainsi qu'à leur famille, sans que les autres catégories de personnes ne soient mentionnées.

Pour l'année 1914, le tarif du remboursement de la journée est de 12 francs pour les officiers, neuf francs pour les sous-officiers, six francs pour les soldats et trois francs pour les enfants européens de 5 à 12 ans

ainsi que les « Indigènes »⁴. On ne sait pas si ces tarifs différents donnent droit à des services différents ou si cela répond à une hiérarchie sociale et raciale historique (Peiretti-Courtis, 2021). En outre, le tarif de la journée pour les familles (femmes et enfants) de ces personnes est réduit de 50% pour les enfants de moins de 12 ans et gratuit si les enfants ont moins de 5 ans.

À Dakar, l'hôpital dédié spécifiquement aux « Indigènes » (désigné comme l'Hôpital central indigène, devenu l'Hôpital Le Dantec en 1954) est construit en 1913 au Cap Manuel, *a priori* interdit aux Européen-ne-s (en 1915, aucun Européen n'était hospitalisé contre 126 Africain-e-s pour 160 lits réglementaires). Les soldats africains y sont soignés, leurs frais d'hospitalisation étant couverts par le budget général (Badiane, 2004). Les crédits pour la construction de cet hôpital ont été pris en charge par le budget général de l'AOF (Becker et al., 2008).

En 1914, le prix de la journée est fixé à 6 francs pour les soldats. Pour les civils voulant payer directement ou pour les indigent-e-s pris en charge par les budgets locaux ou municipaux, le prix est de 3 francs par jour. En effet, à l'ouverture de l'hôpital, Ponty signe un arrêté (840) pour expliquer que le prix de remboursement sera « le même que celui fixé pour les indigènes dans les hôpitaux coloniaux, soit 3 francs par jour ». En 1918, ce tarif passe à 4 francs et continue de suivre le tarif « indigène » dans les autres hôpitaux (arrêté 695). Mais en 1919, la situation change et deux catégories de traitements sont instaurées pour les Indigènes. Dans la première catégorie on retrouve : i) les particulier-e-s « à leurs frais et sur leur demande »; ii) les agents civils indigènes des première et deuxième catégories locales (arrêté 778). La deuxième catégorie est réservée aux militaires indigènes, aux agents civils à partir de la troisième catégorie, aux « particulier-e-s à leurs frais » (PALF) et enfin aux indigent-e-s. Les tarifs augmentent et passent à 6 francs pour la première catégorie et 4 francs pour la deuxième.

À Saint-Louis, face à la « hausse constante du prix des denrées d'alimentation et des médicaments », il est décidé en juillet 1918 d'augmenter les tarifs de l'Hôpital civil. Cependant, la hausse ne sera

4. Dans un devis de construction de 1910, le salaire d'une journée d'un maçon/plombier est de 5 francs; un manœuvre perçoit 1,5 francs.

pas appliquée aux « malades traités au régime indigène » car il s'agit de « maintenir le caractère d'institution d'assistance qui a été la principale raison de sa création ».

En 1919, l'administration présente, lors du Conseil colonial du 21 décembre, le projet de création d'une maternité indigène à Dakar. Le Gouverneur général a l'intention d'organiser à « l'hôpital indigène et au dispensaire municipal, un service de consultation gratuite pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons ». Puis, l'administrateur en chef chargé des affaires courantes, monsieur Vidal, explique que le « principe du traitement gratuit pour la femme indigène à la maternité doit être admis sans réserve et l'administration déterminée de façon qu'aucune formalité administrative préalable ne puisse l'empêcher ». L'administrateur en fait même un principe et demande que cette gratuité soit inscrite dans la délibération que le Conseil devra prendre pour « donner son adhésion à l'œuvre si intéressante qu'est la maternité à Dakar ». Mais il précise quand même que « cette maternité comprendra des salles payantes, où le prix de la journée sera de cinq francs, destinées à recevoir les femmes désireuses de n'être pas traitées comme indigentes, et des salles gratuites » (Conseil colonial, 1919). La médecine à deux vitesses est donc déjà planifiée et la confusion, relevée ailleurs dans notre analyse, entre indigente et indigène perdure. Dans une lettre du 6 novembre 1924, Le Dantec s'en attribue la paternité de même que l'année suivante la Crèche, un hôpital pour nourrissons et un ouvroir.

Dans sa recherche habituelle de financement des journées d'hospitalisation, l'administration énonce dans ce texte que les communes de Dakar, de Rufisque et de Gorée ont accepté de rembourser sur leur budget, pour les femmes de leur commune, une somme forfaitaire de 3 francs. Mais on ne sait pas s'il s'agit d'un forfait par jour ou d'un forfait pour la totalité du service. Ce qui est également intéressant est que cette discussion au Conseil colonial est associée à plusieurs pièces annexes, dont une lettre du 28 septembre 1918 signée par Gabriel Louis Angoulvent, faisant fonction de Gouverneur de l'AOF, qui donne une indication sur le projet de maternité :

si l'admission sans formalité préalable est d'une absolue nécessité à la maternité, elle n'est pas moins indispensable à l'hôpital pour les malades et blessés graves (*italique dans l'original*) de toute catégorie. Il est très regrettable que de tels malades aient pu, quelquefois, se voir refuser l'entrée de l'hôpital, et qu'en aient

résulté pour eux les plus graves conséquences, parce que leur bulletin d'admission ne portait pas le visa administratif (italique dans l'original). J'insiste donc beaucoup pour qu'il soit décidé que tout malade ou blessé muni d'un bulletin d'admission mentionnant l'urgence (italique dans l'original), sera admis de plano à l'Hôpital indigène. L'imputation des frais sera faite ensuite après le domicile de secours, dans les conditions fixées par leur règlement, l'administration intéressée conservant tout droit d'en poursuivre le remboursement, lorsque le malade ne sera pas reconnu indigent. (Conseil colonial, 1919)

Ainsi, dès cette époque, on constate que des personnes se voient refuser des soins, d'une part, et, d'autre part, que cela peut avoir des conséquences graves lorsqu'elles sont dans des situations d'urgence. Enfin, d'autres pièces annexes montrent l'importance des débats où chaque commune, où chaque personne cherche à comprendre pourquoi elle doit participer au paiement ou au défraiement de cette nouvelle maternité construite à Dakar. Par exemple, monsieur Herbault se demande : « comment admettre que de Saint-Louis ou de Louga, par exemple, l'on puisse aller à une consultation gratuite ou se faire admettre dans une maternité à Dakar? ». Les enjeux (de la décentralisation) du financement de cette nouvelle maternité indigène à partir des budgets coloniaux locaux et communaux sont donc centraux dans les discussions rapportées en annexe des débats du Conseil colonial.

De 1920 à 1939

En 1920, le Gouverneur des colonies demande à l'inspecteur des services sanitaires et médicaux la possibilité de relever les tarifs. Il a demandé au directeur de l'Hôpital central indigène (d'instruction), le docteur Aristide Le Dantec (1877-1964; fondateur de l'école de médecine de Dakar, devenu médecin civil en 1921, voire M. Kanté 2023), de lui fournir une estimation du prix de revient moyen qui montre que la journée d'hôpital, estimé à 5 francs sur la base des données de 1919, supérieur aux tarifs (arrêté du 28 septembre 1919), au taux de remboursement prévu pour la 2^{ème} catégorie.

L'article 17 de l'arrêté de mai 1926 précise que les hôpitaux de l'AOF doivent ouvrir un service de consultations gratuites « à heures fixes » pour les fonctionnaires, militaires et leurs familles, seulement s'ils sont munis d'un billet de leur médecin traitant. On comprend donc qu'il s'agit d'une consultation de seconde ligne, gratuite. Mais l'article note aussi que les particulier·e·s peuvent s'y rendre « sur autorisation du médecin-chef, contre paiement au profit du budget gestionnaire d'une taxe égale au tarif moyen local ». On ne semble pas déceler que cette consultation soit de seconde ligne et cela confirme donc le caractère organisé et réglementaire des consultations payantes.

En 1926, Jules Carde, Gouverneur général de l'AOF, propose d'envisager « certaines ressources à tirer du remboursement des soins donnés aux indigènes désireux d'être traités en dehors de la consultation gratuite ou des salles ordinaires de malades ». Mais il demande la plus grande prudence dans l'application de ce principe car il ne doit « éloigner personne et le principe de la gratuité des soins doit rester absolu pour tous ». Cependant, au-delà du principe, il poursuit son idée :

dans toutes les régions où les indigènes sont à l'aise et où une aristocratie de riches commence à se constituer, particulièrement au Dahomey et en Côte d'Ivoire, il est à prévoir que dans toutes les formations sanitaires, en dehors de la consultation populaire gratuite, une consultation spéciale donnant lieu au versement d'une taxe fixée, suivant les régions, par le Lieutenant-Gouverneur. Les médicaments et pansements seront également remboursés dans les conditions prévues par la circulaire ministérielle du 25 mars 1925; il sera en outre prévu quelques chambres payantes dont le remboursement aura lieu suivant un tarif spécial.

Il précise ensuite que les recettes seront exclusivement versées au profit des budgets gestionnaires et comme un aveu d'une pratique en place, il « rappelle qu'il est formellement interdit de leur donner toute autre destination ». Carde n'évoque pas dans son rapport les destinations qu'il a pu percevoir.

Puis, il présente ses instructions sur le fonctionnement des services de l'AMI et demande que dans le dispensaire, considéré comme la formation spéciale de l'AMI, une ou deux chambres soient dédiées (dans les centres importants) aux malades européens mais... « de préférence au premier étage ».

En 1921, un arrêté (873) annonce une augmentation du prix des remboursements des journées d'hôpital pour « les marins du commerce délaissés à Dakar et Saint-Louis » par 109%, passant ainsi à 24 francs pour la 1^{ère} catégorie, 18 francs pour la 2^{ème} et 12 francs pour les 3^{ème} et 4^{ème} catégories.

L'arrêté 1328 de 1926 présente les prix des remboursements dans les établissements hospitaliers du service général. Ils sont répartis, non pas en fonction des grades, mais de quatre catégories d'hospitalisation. Pour les malades traités au compte de l'État, le prix est trois fois supérieur au taux de la ration de soldat européen (ce qui est encore le taux énoncé dans l'arrêté 804 en 1929). L'arrêté 1813 de 1935 confirme ce triplement et précise que la ration de vivres comprend : i) l'indemnité représentative de vivres, ii) la prime fixe ordinaire, iii) la prime éventuelle numéro 1. Pour les malades qui sont pris en charge par les budgets locaux ou à leurs frais, l'arrêté 1328 de 1926 stipule que le prix est 1,5 fois celui de l'État. Par exemple, la première catégorie à l'Hôpital de Dakar est au prix de remboursement de 28,08 francs et le particulier sera facturé 42,12 francs. Les tarifs des particulier-e-s sont proposés pour les cinq structures et les quatre catégories mentionnées dans l'arrêté. En moyenne, toutes catégories confondues, les prix sont globalement les mêmes dans les cinq institutions, soit 17,9 francs par jour. De même, partout, le prix de la quatrième catégorie est quatre fois moins élevé que celui de la première catégorie et la réduction de prix la plus importante est dans le passage de la troisième à la quatrième catégorie. Les arrêtés 4209 de 1939, 197F de 1941 et 470F de 1942 permettent de constater l'évolution des tarifs et le fait qu'ils soient devenus plus onéreux à Saint-Louis qu'à Dakar. En 1942, les prix s'ajustent et s'alignent entre tous les hôpitaux du Sénégal et du Soudan français (Annexe 3). Le rapport de 4 entre la première et la quatrième catégorie a été maintenu.

Pour les enfants, les prix évoluent encore en 1926, il s'agit maintenant d'une proportion du prix de la catégorie où ils sont hospitalisés en fonction de leur âge : plus de 12 ans (plein tarif), de 5 à 12 ans (demi-tarif) et moins de 5 ans (quart de tarif).

En 1926, un arrêté annonce un changement de tarif du service général dans la circonscription de Dakar pour le premier semestre 1927. Il revient sur les grades en précisant que la première catégorie concerne les officiers, la deuxième les sous-officiers, la troisième les soldats et la quatrième les indigènes. Il distingue aussi les tarifs de l'État, des tarifs ordinaires qui en sont le double. On comprend donc que cette seconde grille tarifaire correspond aux particulier-e-s, comme énoncé en 1926, mais le coefficient multiplicateur n'est plus 1,5 mais 2 dans la liste des tarifs présentés. En 1927, Carde signe un arrêté (1181) qui explique que le tarif ordinaire est fixé d'après le prix réel de revient d'une journée d'hospitalisation. Ce tarif est par ailleurs « applicable à toutes les hospitalisations prévues à la charge des budgets locaux, à l'exception du quartier spécial d'Assistance ».

Fin 1927 et début 1928, l'hebdomadaire socialiste *L'Ouest africain-français* (organe de défense des intérêts économiques et politiques des colonies de l'AOF) publie trois articles dans trois numéros successifs (758, 759, 760), pour relater le discours de Carde à l'ouverture de la session de la Commission permanente du gouvernement. Le discours est centré sur la situation sanitaire en AOF. Il évoque longuement les épidémies, notamment la fièvre jaune ainsi que toutes les actions entreprises pour la contenir. Il ne dit aucun mot sur le système de santé et la prise en charge des malades.

Un faisceau d'indices laisse croire que les médicaments étaient parfois payants. Ainsi, dans son rapport du 8 août 1930, le pharmacien colonel Finelle de l'Hôpital principal rappelle qu'une instruction du 24 décembre 1927 demande de majorer le prix d'achat des médicaments de 25%. En outre, dans le rapport annuel de 1935, on apprend que « les cessions » de la vente des médicaments sont de plus de 1,1 millions francs.

En 1930, Carde présente, dans ses instructions relatives à l'AMI, une demande d'organisation du paiement des soins dans les hôpitaux qui n'est pas très claire :

Dans les hôpitaux, les mesures utiles seront prises pour généraliser rapidement les services payants de malades et de chirurgicaux, où l'hospitalisé n'a rien à payer en dehors du prix de ses journées de traitement, toute intervention pratiquée, dans l'intérieur des formations, devant être absolument gratuite. (Gouvernement du Sénégal, 1931)

Mais il clarifie ses propos plus loin confirmant une gratuité toute relative, puisque l'on comprend qu'elle ne concerne que la consultation dans les « grandes formations hospitalières » :

Les consultations y sont de même données gratuitement par les médecins, le consultant n'ayant qu'à acquitter les taxes fixées par les arrêtés, pour les pansements effectués, les médicaments cédés par les pharmaciens, les radiographies exécutées, etc. Un récépissé détaché d'un carnet à souches est délivré contre tout versement d'argent. (Gouvernement du Sénégal, 1931)

Enfin, il précise dans ses instructions qu'en revanche, pour les « indigènes », les médicaments, les pansements et les soins sont gratuits. Et de continuer en précisant que si l'administration paie les salaires du personnel, ce dernier « ne saurait, en aucun cas, être autorisé à réclamer à un indigène un salaire quelconque ». Ce rappel à l'ordre de 1930 vient en écho à celui de 1926 évoqué plus haut et interroge donc sur les pratiques réelles.

Dans le rapport annuel de 1930, on constate que l'arrêté 746 du mai 1930 modifie les « tarifs de remboursement des frais de traitement des particuliers » qui augmente pour les quatre catégories d'un même taux de 23,35% (notre calcul), tenant certainement compte de l'inflation.

- Première catégorie de 65,50 à 80,80 francs
- Deuxième catégorie de 49,10 à 60,60 francs
- Troisième catégorie de 32,75 à 40,40 francs
- Quatrième catégorie de 16,35 à 20,20 francs

En 1930, l'arrêté 206 stipule que le service de radiologie et d'électrothérapie de l'Hôpital principal est ouvert aux particulier-e-s, et que ces dernier-e-s devront payer 25% plus cher que le tarif de remboursement (par exemple 10 francs pour une radio). Si le concept de recouvrement des coûts, popularisé dans les années 1980 par l'UNICEF et l'OMS, n'est pas encore utilisé, on évoque le « recouvrement de ces produits » à l'article 5 dont est responsable l'officier gestionnaire. Les recettes sont au profit du budget annexe de la circonscription de Dakar. Il n'est pas mentionné de ristourne pour les agents. L'arrêté 207 de la même année rappelle que les consultations de spécialistes dans cet hôpital sont gratuites pour les fonctionnaires, militaires, marins et leurs familles.

Cependant, on comprend que les traitements donnent lieu à un remboursement en cas de cession de produits ou d'intervention chirurgicale (par ex : 100 francs pour une petite intervention), sauf pour les sous-officiers, soldats et marins qui bénéficient de la gratuité. En outre, il est précisé qu'en « aucun cas, il ne sera procédé aux cessions de médicaments ». Ces recettes sont versées au Trésor.

Le rapport annuel de 1930 présente les populations concernées par ces catégories à l'Hôpital central indigène. Elles sont cinq à cette époque. Les indigent-e-s sont uniquement dans les quatrième et la cinquième catégories, alors que les populations européennes et assimilées sont réparties dans les trois autres dont 40% en première, 28% en deuxième et 32% en troisième catégorie. En 1933, le rapport annuel administratif ne présente pas de cinquième catégorie mais il distingue les fonctionnaires des indigent-e-s au sein de la quatrième catégorie, les dernier-e-s représentant 93,6% de cette dernière catégorie des malades entrant-e-s. En 1940, la situation n'a guère changé, puisque la première catégorie ne représente que 362 journées (0,25%), alors que la quatrième catégorie représente 134 789 journées d'hospitalisation (94,9%). En outre, 100% des journées de la première catégorie ont été facturées au « tarif entier », alors que pour la quatrième catégorie, la répartition est différente : 91% en tarif entier, 3,2% en demi-tarif (5 à 12 ans) et même 5,3% en quart de tarif (moins de 5 ans). On comprend donc que toutes les journées d'hospitalisation en 1940 font l'objet d'une demande de remboursement. Ainsi, 93,2% des recettes de l'Hôpital indigène dirigé par le médecin général Mercier proviennent du remboursement des journées des personnes classées en quatrième catégorie (2,4 M), la première catégorie couvre 13 756 francs sur une recette totale de 2 589 683 francs, soit 0,5%.

En 1930, le rapport annuel de la santé précise que les « taux des allocations » à l'Hôpital central indigène pour les malades varient aussi selon quatre catégories : neuf, sept, six et quatre francs. Les tarifs ont changé pour ces quatre catégories, selon Badiane (2004), entre 1940 et 1959. Badiane n'explique pas cependant l'énorme augmentation de 1959, certainement liée à l'inflation. Le tableau 12 montre cependant une forte dépréciation des tarifs des 3^{ème} et 4^{ème} catégories à partir de 1952.

Réels (francs)	1940	1943	1944	1952	1959
Première catégorie	38	54	60	780	3400
Deuxième catégorie	28,5	40	44	585	2250
Troisième catégorie	23,75	34	40	390	1700
Quatrième catégorie	19	28	32	145	1000
Base 100 *	1940	1943	1944	1952	1959
Première catégorie	100	100	100	100	100
Deuxième catégorie	75	74	73	75	66
Troisième catégorie	63	63	67	50	50
Quatrième catégorie	50	52	53	19	29

Tableau 12 : Évolution des tarifs selon les catégories de l'Hôpital central indigène (Dakar) * La base 100 permet de comparer l'évolution des tarifs entre catégories selon les années, quelle que soit l'augmentation annuelle.

Un article paru dans l'hebdomadaire *L'Ouest africain-français* daté du mai 1931 avance, dans sa colonne consacrée « à travers la Presse », que « la plus grosse clientèle autochtone payante » dédaignerait l'Hôpital indigène où pourtant, « affirme-t-on », on est « mieux traité qu'à l'hôpital européen ». L'article, qui serait repris du *Courrier colonial*, évoque le fait que cette clientèle payante autochtone préférerait se rendre à l'hôpital où les « Blancs sont traités », pensant que les services y sont supérieurs. Nous n'avons pas retrouvé l'original de l'article, puisque le *Courrier colonial* n'a fait paraître aucun numéro en 1930 et 1931.

Le rapport annuel de 1935 confirme les mêmes proportions, soit 78% en quatrième catégorie et 4% en première. Mais on note que la catégorie des « enfants non payants » consomme 4,7% des journées d'hospitalisation, ce qui laisse penser que 95,3% des autres journées sont payées, à tout le moins remboursées aux structures.

Dans le contexte de l'exposition coloniale de 1931, le rapport concernant l'organisation administrative et politique de Dakar et de ses dépendances présente la situation de l'ensemble des recouvrements de 1925 à 1929. En ce qui concerne l'article 2 sur les revenus de la circonscription, on trouve les différentes cessions dans le domaine de la santé, mais pas pour toutes les années. Au-delà des hospitalisations dont les cessions rapportent des revenus, on constate que c'est aussi le cas pour les médicaments, en

augmentation chaque année. Toutes les formations sanitaires présentent des cessions (Hôpital principal, ambulance du Cap Manuel, ambulance de Gorée, Hôpital central indigène), mais pas tous les ans.

Le rapport annuel de 1930 de l'Hôpital central indigène permet de saisir l'ampleur des personnes payant les services de santé. Ainsi, sur les 84 696 journées d'hospitalisation de 1930, 6 473 (7,6%) ont été payées par des « particulier·e·s » (dont 4 577 en quatrième catégorie – 70% – et 40 personnes en première catégorie), le reste étant pris en charge par divers budgets dont ceux de la mairie de Dakar (28 753), le Sénégal (21 448), la circonscription (10 422) et Thiès-Niger (compagnie de chemin de fer) (5 786 francs). L'hôpital semblait prendre en charge des personnes de l'ensemble de l'AOF comme par exemple, deux journées d'hospitalisation sur le budget « Congo français », 422 journées sur le budget « Haute-Volta » ou encore 373 sur celui du « Dahomey ». Pas moins de 17 budgets différents, en plus des particulier·e·s, payent donc ces journées en 1930. En 1933, on compte 16 budgets différents, en plus de celui des particulier·e·s qui représentent 2,7% des journées de traitement. La mairie de Dakar finance essentiellement les malades de la quatrième catégorie, soit 98% de ses dépenses. Au total, 88% de cette quatrième catégorie est financée par les budgets de la mairie et de la circonscription de Dakar ainsi que le Sénégal, les deux autres plus grands payeurs étant la Guinée (2,6%) et les particulier·e·s à leurs frais (2,5%). Les mêmes proportions sont trouvées dans les rapports de 1934 et 1936. Cette année, les particulier·e·s à leurs frais représentent 1,64% du total des journées de traitements dont 87% en quatrième catégorie et 1% en première catégorie. De plus, les PALF représentent 15% des personnes en première catégorie mais 1,5% des personnes en quatrième catégorie.

Au-delà de ces tarifs, quelques archives nous renseignent sur les recettes globales des hôpitaux. En 1930, les recettes totales de l'Hôpital principal sont de 1,484 millions de francs dont 418 295 provenant de l'État et 1 065 668 de l'administration et des particulier·e·s. Le rapport ne permet pas de distinguer les recettes des PALF de celles provenant de l'administration, mais il montre bien la hiérarchie sociale dans le financement des hôpitaux.

La journée d'hospitalisation d'un officier donne droit à un tarif de remboursement quatre fois plus important que celui d'une journée d'hospitalisation d'un·e autochtone ou d'un·e enfant... alors que ces derniers sont neuf fois plus nombreux à être pris en charge par l'État à l'hôpital. Mais le gradient social s'inverse, lorsqu'il s'agit de remboursements effectués par l'administration et les particulier·e·s : les

officiers sont alors cinq fois plus présents que les autochtones dans cette dernière catégorie. En outre, on constate que le nombre d'autochtones dont les journées ont été payées par l'État a été divisé par 2,5 entre 1926 et 1927, passant de 39 063 à 15 185. La moyenne sur ces trois années, calculée par l'administration, n'a donc pas beaucoup de pertinence et ces patient·e·s ont certainement été hospitalisé·e·s à l'Hôpital colonial.

Le rapport annuel de l'Inspection générale du service de santé de 1933 pour l'AOF propose une étude historique en quelques pages et précise que les hôpitaux ne sont plus réservés aux militaires coloniaux, car « ils reçoivent aussi les militaires indigènes ou même les indigènes qui veulent assumer les frais de leur hospitalisation ».

Lors du conseil colonial de 1934, on apprend que l'Hôpital colonial de Saint-Louis a terminé des travaux de construction d'un pavillon des « petits payants » dont le rez-de-chaussée a été réservé aux « aliénés ». Le pavillon a été ouvert en 1933 (Conseil colonial, 1934). En 1934, l'hebdomadaire d'information illustré *Paris-Dakar* consacre un article dans son édition du 23 mai sur les formations sanitaires de Dakar, capitale de l'AOF. Chaque formation est décrite, autant l'infrastructure que le nombre de patient·e·s qui fréquentent le lieu, cependant rien n'est dit à propos du paiement des patient·e·s, pas plus que sur les modalités de financement de ces structures. C'est plutôt le succès de la « médecine moderne » qui est mis en avant : « Le sentiment de l'efficacité de nos soins a fini par pénétrer dans la masse », sans que les enjeux financiers ne soient évoqués. Cet illustré destiné au grand public rappelle : « En ce domaine, où la colonisation revêt le caractère humanitaire le plus désintéressé, l'évolution de nos protégés s'est poursuivie avec succès ». Ainsi, la presse participe à la diffusion d'une vision paternaliste de la santé publique au service d'une idéologie, au détriment d'une discussion plus rationnelle sur les enjeux financiers d'une telle entreprise et ses conséquences concernant l'accès aux soins.

Le 2 mars 1935 est publié le décret 1599, signé par le président français Albert Lebrun, qui modifie les tarifs d'un certain nombre d'activités médicales. Il s'agit notamment des soins dispensés gratuitement aux « victimes de la guerre » (décret du 25 octobre 1922) et donc remboursés aux formations sanitaires. Par exemple, une pleuroscopie est facturée 300 francs, une tarsorrhaphie 150 francs. Les services concernés par ce décret sont la petite chirurgie et la chirurgie générale, l'ophtalmologie et la radiologie.

En 1935, l'arrêté 1799 décrit la présence des quatre tarifs de remboursement et fournit des précisions à la suite du texte de 1926 évoqué dans la première partie concernant le transfert de la gestion des hôpitaux sur les budgets locaux. Le tarif ordinaire est fixé par rapport au prix de revient réel mais, s'il est compris entre 20 et 40 francs, il devient le prix de remboursement de la journée pour les soldats. L'arrêté explique que 20 et 40 francs sont des bornes, inférieure que supérieure, que l'on ne peut dépasser, sauf dans la circonscription de Dakar et dépendances où elles sont de 25 et 50 francs. Quant au tarif pour « le quartier de l'assistance » (autrement dit les formations sanitaires accueillant les populations autochtones) du Service général, deux taux sont proposés : celui des hospitalisations de la quatrième catégorie et « un taux inférieur pour les indigents » dont le montant est fixé par un arrêté des chefs de colonie à partir du prix de revient. Puis, alors que l'arrêté ne mentionne que la quatrième catégorie pour le tarif d'assistance, il est expliqué que les prix par catégorie sont obtenus en multipliant le tarif de base par des coefficients différents, soit 2 pour les officiers, 1,5 pour les sous-officiers, 1 pour les soldats européens et 0,5 pour les tirailleurs. L'arrêté 1229 de 1935 précise également les nouveaux tarifs à compter du 1^{er} août pour la circonscription de Dakar et les formations sanitaires du service général : officiers (28,50 francs); sous-officiers (21,37); soldats (14,25) et tirailleurs (7,12 francs), ces derniers étant adossés à la quatrième catégorie.

On comprend notamment dans le rapport annuel de 1935 que les catégories correspondent à des hébergements différents, si ce ne sont des soins différents. Les malades occupent aussi des bâtiments différents selon leur catégorie (même si cela n'est pas toujours le cas, puisque dans un rapport confidentiel de 1951 en provenance de Côte d'Ivoire, le médecin lieutenant-colonel Monfort explique qu'une annexe de la maternité a été créée à cause d'un manque d'espace : « cette petite pièce était commune aux première, deuxième, troisième catégories, car il doit être bien précisé que la catégorie n'est pas en fonction du local mais est déterminée par un régime alimentaire variant avec la classification ». En 1962, à l'Hôpital principal, la première catégorie dispose d'une « alimentation plus recherchée, chambre climatisée ou ventilée à un ou deux lits », alors que la troisième catégorie a droit à une « chambre de 4 à 6 lits et même une chambrée de 10 à 12 lits pour les hommes de troupe ». En outre, un rapport de 1948 propose même de varier le prix des cercueils selon les catégories également : 2 700 francs pour les adultes de première, deuxième et troisième catégories, 2 100 pour la quatrième catégorie, 900 pour les enfants de 5 à 12 ans et 500 francs pour les moins

de cinq ans. Le rapport de 1948 ajoute que ce « tarif doit être majoré de 25% pour les particuliers », ce qui avait déjà été noté dans un rapport de 1944. Un arrêté local de juin 1948 organise même les tarifs des cérémonies religieuses des « malades musulmans » selon trois niveaux : première catégorie (150 francs), deuxième et troisième catégories (125 francs) et quatrième et cinquième catégories (100 francs). Pour les catholiques les prix sont plus élevés.

En 1936, les recettes provenant des particulier·e·s pour les « journées de maladies » s'élèvent à 58 116 francs, soit 3% des recettes totales de l'Hôpital indigène. Lorsque l'on compare ces données avec le même rapport de 1940, on constate une augmentation importante du nombre de budgets différents (n=37), ce qui s'explique notamment par toutes les « nouvelles » communes mixtes (Sénégal, Mali, Guinée). Cependant, les PALF représentent toujours assez peu de journées d'hospitalisation : 6 109 soit 4,3% du total, mais elles existent. Les indigent·e·s de la circonscription de Dakar sont beaucoup plus nombreux, avec 11 928 journées donc 8,4%, tout comme les « litigieux » pour 9 097 journées. De plus, ces deux dernières catégories de personnes représentent 20,1% des inhumations.

En 1936 pour Dakar, les recettes sont de 1,7 millions pour l'Hôpital principal, de 139 500 francs pour l'Ambulance du Cap Manuel, de 81 500 pour l'Ambulance de Gorée⁵ et enfin de 1,9 millions pour l'Hôpital indigène. Nous disposons des détails de ces recettes pour ce dernier hôpital, ce qui permet de mieux comprendre les sources de revenus et de montrer que le paiement direct des usagers correspondrait à 3% des recettes de l'Hôpital indigène en 1936.

- Boni reversé au Trésor : 80 000 francs
- Cessions à l'École de médecine : 201 624 francs
- Cessions du personnel : 1 877 francs
- Remboursement des journées de maladie provenant de particulier·e·s : 58 116 francs
- Remboursement de l'État : 15 000 francs
- Remboursement du budget autre que celui de la circonscription : 1 569 096 francs

5. L'ambulance de Gorée sera dissoute le 22 juillet 1941 selon le rapport médical annuel de 1942 de l'Hôpital principal.

Dans le rapport annuel de 1930, sans que l'on sache exactement de quelle structure il s'agit, le prix de revient de la journée est de 4,06 francs, et le rapport présente son évolution entre 1926 (5,51 francs), 1927 (4,991 francs), 1928 (4,556 francs), 1929 (4,693 francs). En 1936, le prix de revient de la journée d'hospitalisation serait de 35 francs pour « l'Hôpital principal et les ambulances » dont 7,99 francs pour l'alimentation. Pour l'Hôpital indigène, le prix de revient moyen serait de 11,72 francs dont 2,033 pour l'alimentation. En 1938, ce prix de revient serait de 36,64 francs pour l'Hôpital indigène, soit une augmentation de 2,63 francs par rapport à 1937.

Lors du Conseil de 1937, le lieutenant-gouverneur par intérim du Sénégal, Martine, compare dans son discours d'ouverture la médecine de l'Hôpital de Saint-Louis avec celle de la métropole et utilise le terme de « petits payants » que l'on retrouvera plus tard dans les années 1950 (voir ci-après) dans les hôpitaux de Dakar : « nous disposons à l'heure actuelle d'une division de médecine infantile organisée comme dans les hôpitaux de la métropole, avec chambre séparée pour chaque petit malade d'une division de petits payants, où les malades trouvent pour une somme modique le confort donné aux fonctionnaires hospitalisés » (Conseil colonial, 1937 : 10).

Pendant la Seconde Guerre mondiale

En 1939, le rapporteur annuel se plaint de l'existence d'un déficit de 1,6 M à cause du « déséquilibre des tarifs d'hospitalisation », écrit-il. Les recettes pour l'Hôpital principal, l'Ambulance du Cap Manuel et celle de Gorée sont en dessous des charges de personnel et de matériel. Il affirme que « le prix de revient actuel des produits et des matières et les réajustements des salaires du personnel » n'ont pas été répercutés sur les tarifs. Ainsi, 89,6% des dépenses sont dédiées à l'Hôpital principal. En outre, sur les dépenses totales de santé de 1939, 37,5% (6,2 M) seraient consacrées au personnel, le reste pour le matériel et le « fonctionnement des services ».

En 1939, le rapport annuel permet de constater que les « dépenses supportées par les particuliers » concernant le personnel de l'Hôpital principal et des deux Ambulances seraient de 573 118 francs (soit 28%) alors que les « divers budgets » financent 1 447 531 francs.

J'ai pu exploiter l'état des comptes de la perception des sommes acquises à l'Hôpital colonial de Saint-Louis en 1939. Ce document semblait être standardisé pour toutes les structures, imprimé à remplir à la machine à écrire. Son analyse permet plusieurs constats. D'abord, les noms des personnes hospitalisées permettent de dresser un tableau de la répartition des malades selon les catégories et leur origine nationale supposée⁶. Je prends le mois de décembre 1939 à titre d'exemple. Les tarifs de la journée d'hospitalisation étaient de 18 francs en première catégorie, 15 en deuxième, 10 en troisième, et 5 francs pour la quatrième et la cinquième catégorie. Plus on descend dans la catégorie d'hospitalisation et plus la proportion de personnes à patronyme sénégalais est grande. Aucun·e Européen·ne n'est hospitalisé·e en décembre 1939 en quatrième ou cinquième catégorie. Au total, le nombre d'enfants payants (la moitié ou un quart du tarif) est très faible, soit 18 au total et tous sénégalais, en quatrième ou cinquième catégorie. Lorsque l'on étudie le nom du personnel de santé « nourri par l'hôpital » selon les catégories, on y retrouve la même distribution selon les nationalités. Aucun·e Sénégalais·e en première ou deuxième catégorie (sauf d'Almeida sage-femme?), aucun·e Français·e professionnel·le de santé (infirmier·e) en troisième ou quatrième catégorie de personnel (tableau 13). La journée de « nourriture » suit les mêmes tarifs que les personnes hospitalisées (18, 15, 10 et 5 francs).

	Première		Deuxième		Troisième		Quatrième		Cinquième	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adultes (total)	26		52		61		236		217	
Origine française	24	92,31%	32	61,54%	21	34,43%	0	0,00%	0	0,00%
Origine sénégalaise	2	7,69%	20	38,46%	40	65,57%	236	100,00%	217	100,00%

Tableau 13 : Répartition des patient·e·s selon les catégories d'hospitalisation et l'origine nationale en décembre 1939 à l'Hôpital de Saint-Louis

Dans ce document, le budget qui finance chaque patient·e est noté en marge et l'on peut ainsi y compter les PALF. Sur les 592 patient·e·s hospitalisés en décembre 1939, on retrouve 181 particulier·e·s à leurs frais,

6. Je pars de l'hypothèse que les noms qui ne sont pas à consonnance (ou « sonnante » comme le dit Touré (1991)) française sont sénégalais.

soit 30% des journées d'hospitalisation! Mais 96% d'entre eux sont dans la cinquième catégorie et tous sénégalais. Si on calcule le nombre de journées de chacun·e de ces patient·e·s, cela donne un total de 2 561 journées d'hospitalisation en décembre 1939 dont 96% en cinquième catégorie. En fonction du tarif de chaque catégorie, le budget total apporté par ces particulier·e·s est de 13 190 francs soit 22% des recettes totales du mois de décembre 1939.

Enfin, le tableau récapitulatif de l'administration ne donne pas la somme totale fournie par les PALF comme nous venons de le calculer pour décembre. On constate donc que si 55% des recettes proviennent des quatrième et cinquième catégories où sont hospitalisés les populations sénégalaises, ces catégories représentent 85% du total du nombre de jours d'hospitalisation. Mais en moyenne, les personnes restent hospitalisées en décembre 1939 environ 10 jours en première et deuxième catégorie, 13 jours en troisième, 12 jours en quatrième et 14 jours en cinquième, soit 37% de plus que les Français de la première catégorie. Notons enfin que 19% des PALF en cinquième catégorie ont été hospitalisé·e·s 31 jours en décembre, laissant donc croire qu'ils étaient présents avant et après décembre, donc avec des séjours plus longs qu'un mois.

Dans son rapport de tournée du 4 au 13 décembre 1939, le chef du service de santé du Sénégal (Dr Vogel) explique que la formation sanitaire de Kaolack « est de beaucoup la plus importante du Sénégal, d'une capacité hospitalière de 60 lits » et que « les malades payants ont permis une recette de 7 724,88 francs ». Mais la lecture du rapport ne permet pas de relativiser cette recette par rapport aux malades qui n'ont pas payé.

Dans un autre long rapport (85 pages) de tournée de 1939 et notamment lors de sa visite à Thiès, le médecin (toujours Vogel) écrit que :

la construction d'un grand pavillon de 40 à 60 lits avec chambre pour payant est indispensable pour éviter, comme cela se fait actuellement, que les indigènes aillent en grand nombre se faire traiter à l'Hôpital indigène de Dakar où la journée d'hospitalisation coûte 18 francs, alors qu'elle ne dépasse pas 5,50 francs à Thiès. En prenant les mesures appropriées pour contraindre les indigènes à se faire traiter sur place, la colonie du Sénégal parviendrait très rapidement à amortir la dépense qui entraînera cette construction.

On constate le souhait du médecin de mieux réguler les patient-e-s, africain-e-s notamment, et de mieux organiser le système de santé tout en cherchant à économiser et gagner en efficience.

Dans son mémoire, Badiane (2004) nous informe qu'à l'occasion de l'envoi par les Anglais de quatre obus à proximité de l'Hôpital central indigène en 1940, « une partie de la division des payants fut endommagée », confirmant donc la présence d'une division dédiée à ces particulier-e-s payant leur hospitalisation. Dans sa reconstitution des recettes réalisées entre 1936 et 1949 dans cet hôpital, l'économe M. Lasne ne retrouve pas celles concernant les journées d'hospitalisation (« recettes réalisées ») de 1936 à 1939 et de 1941 à 1943, ce qui confirme les défis associés à la gestion des données financières. Mais pour les autres années, on constate une hausse permanente, de 2,5 millions de francs en 1940 à 5,9 en 1944, puis 16,2 en 1946 et 37,4 millions de francs en 1949. Le rapport de 1939 permet d'apprendre qu'en raison du manque de place, il était question de construire un nouvel hôpital indigène à la Médina « plus proche de la ville indigène ». Finalement, à la dernière page du rapport, ajoutée à la dernière minute semble-t-il, le rapporteur ajoute un « nota » en expliquant qu'un arrêté paru au journal officiel du 23 mars 1940 réserve un terrain à Fann pour l'installation du futur Hôpital indigène.

En 1940, l'arrêté 660 est promulgué afin de fixer les indemnités annuelles qui sont allouées au ministère des différents cultes lorsqu'ils assurent des services religieux dans les établissements hospitaliers. En ce qui concerne la circonscription de Dakar et dépendances, les cultes catholiques reçoivent annuellement 5 000 francs et le culte protestant 3 000 francs. En plus, pour chacune des cérémonies funèbres réalisées, ils reçoivent également un tarif qui est fonction de quatre catégories, les trois premières sont avec levée de corps et la quatrième catégorie est sans levée du corps. Les tarifs sont de 500 francs pour la première catégorie, 400 francs pour la deuxième, 250 francs pour la troisième et 150 francs pour la quatrième sans levée de corps. Mais les familles qui « désirent donner une plus grande pompe aux funérailles », peuvent prendre en charge les dépenses supplémentaires.

En 1940 également, l'arrêté 1658F modifie de nouveau (après 1926 et 1935) le « tarif ordinaire » évoqué plus haut. Cet arrêté explicite les modes de calculs du tarif ordinaire en fonction des dépenses brutes, des recettes (dont les cessions diverses) et du nombre de journées d'hospitalisation (multipliées des coefficients déjà évoqués). Il permet notamment de confirmer la liste des recettes possibles :

- Les cessions provenant des consultations externes;
- Les retenues sur la solde du personnel de santé nourris par l'établissement;
- Les recettes relatives aux frais d'inhumation et de transport;
- Les sessions diverses aux particulier·e·s et aux autres formations sanitaires à l'exclusion des ambulances rattachées à un hôpital.

L'arrêté précise que « le tarif ordinaire est applicable à toutes les hospitalisations prévues à la charge des particulier·e·s, des budgets locaux et municipaux et au personnel de l'État ». Une remise de 30% et cependant accordé aux membres du clergé et au missionnaire qui prennent en charge leurs frais d'hospitalisation.

En 1940, le rapport annuel montre que l'Hôpital central indigène perçoit des recettes du remboursement des frais d'inhumation (680 malades décédé·e·s à l'hôpital ou cadavres en dépôt) et de transport, de la « masse d'alimentation », des vivres à l'officier gestionnaire, de l'alimentation des élèves et du personnel de l'école de Médecine ainsi que du blanchissage de ces mêmes élèves. L'ensemble de ces recettes donne une somme de plus de 300 000 francs. Mais ce montant ne représente que 86% car la majorité des recettes de l'hôpital en cette année 1940 provient du remboursement des journées des malades pour 2 589 583 francs, soit 14%. En 1947, l'économiste de l'hôpital central africain se plaint dans son rapport annuel administratif de l'absence d'augmentation des tarifs des cessions des soins et analyses. Selon lui, les tarifs sont trop bas et « ne profite qu'aux Compagnies d'Assurance et aux grosses maisons qui garantissent les frais de leurs employés ».

En 1941, l'arrêté 198F modifie celui du 3 mai 1926 concernant le « tarif d'assistance », précisant très clairement que :

Ce tarif est réservé aux malades indigènes hospitalisés dans les quartiers d'assistance des formations sanitaires du Service général. Il comporte deux taux :

1. celui des hospitalisations de la 4^{ème} catégorie du Service général;
2. un taux inférieur pour les indigènes dont le salaire ne dépasse pas plus de 25 pour cent le salaire minimum arrêté dans chaque colonie et pour les indigents. Ce taux est fixé par arrêté du chef de colonie d'après le prix de revient de la journée d'hospitalisation.

Ainsi, les « malades indigènes » sont-ils hospitalisés en quatrième catégorie lorsqu'ils sont pris en charge. Par ailleurs, une réduction est appliquée pour les plus pauvres d'entre eux et elles.

En 1944, le rapport pour l'Ambulance du Cap Manuel montre que les PALF représentent un total de 7,6% des journées d'hospitalisation. Le gradient social de la part des PALF selon les catégories est toujours le même et aucun ne sont en quatrième catégorie, que cela soit au Cap Manuel ou à l'Hôpital principal.

En 1944, l'arrêté 1678 fait doubler les tarifs par rapport à ceux pratiqués en 1942 (tableau 14) pour les journées à l'Hôpital principal de Dakar, Saint-Louis, au Point G à Bamako et l'Ambulance de Kayes. La réduction pour les trois catégories d'enfants reste la même que celle présentée précédemment. Les tarifs de remboursement pour les populations locales hospitalisées dans les quartiers d'assistance restent fixes quant à eux. On note, dans cet arrêté, que les frais funéraires appliqués aux militaires et fonctionnaires sont majorés de 25% pour les PALF. En 1945 (arrêté 1945sp), ces tarifs augmentent légèrement pour les malades pris-es en charge par le budget colonial. Mais en 1947 (arrêté 2556sp), la hausse est très importante, et le tarif double par rapport à celui de 1944. La hausse continue en 1949 (arrêté 3385sp) et 1952 (arrêté 4437sp). Au contraire, à l'Hôpital central indigène, les tarifs sont restés stables jusqu'en 1952 (nous ne disposons pas des données pour 1959 afin de mieux comparer).

Réels (francs)	1944	1945	1947	1949	1952
Première	160	176	320	560	780
Deuxième	120	132	240	420	585
Troisième	80	88	160	280	390
Quatrième	40	44	80	140	195
Base 100	1944	1945	1947	1949	1952
Première	100	100	100	100	100
Deuxième	133	133	133	133	133
Troisième	50	50	50	50	50
Quatrième	25	25	25	25	25

Tableau 14 : Tarifs de remboursement des journées d'hospitalisation de l'Hôpital principal de Dakar

Le 13 mai 1944, l'arrêté 1384 précise les allocations que les services sanitaires doivent organiser à partir du 1^{er} avril pour les militaires (encadré 6).

-6-

Des discriminations tarifaires au sein de l'armée

Le service de santé verse des primes aux infirmeries-hôpitaux pour chaque journée de traitement de militaires, qui varient selon qu'ils sont à solde journalière (européens et africains) ou à solde mensuelle (uniquement européens). Pour les premiers, l'arrêté liste les sept infirmeries-hôpitaux de l'AOF concernés (Thiaroye-Ouakam, Thiès, Ségou, Tombouctou, Kindia, Bouaké et Zinder) et propose des primes journalières en fonction de trois catégories : européen, sénégalais⁷, malgache. Par exemple, pour les personnes hospitalisées à Thiaroye-Ouakam, la journée de traitement d'un Européen à la solde journalière est de 5,50 francs, celle d'un Sénégalais de 2,56 francs et celle d'un Malgache de 2,67 francs. La catégorie des « Malgaches » n'est cependant présente qu'à Thiaroye, Thiès et Ségou. Pour les militaires à la solde mensuelle, donc des Européens uniquement, les prix varient également en fonction de ces sept structures, mais aussi selon trois catégories de grades : caporal-chef ou brigadier-chef, sous-officier, officier. Par exemple, à Thiès, la journée de traitement d'un caporal-chef est de 31 francs, celle d'un sous-officier 36 francs et celle d'un officier 42 francs. On constate donc un triple gradient : géographique, racial et social, qui perdure dans les tarifs de 1945 (arrêté 1626). Cependant, en 1948 (arrêté 1387), si les tarifs augmentent, les Sénégalais et les Malgaches sont remplacés par une seule catégorie, « autochtones », pour laquelle la prime à verser pour la journée de traitement est systématiquement deux (Thiaroye et Thiès) à trois (ailleurs) fois moins importante que pour les Européens. Si cette tendance est la même presque partout, elle est inversée pour l'infirmerie-hôpital de Tombouctou, soit 5,40 francs pour les Européens et 16,40 francs pour les autochtones. Il s'agit en fait d'une erreur d'écriture qui sera corrigée en 1949 (arrêté

7. Certainement au sens ouest-africain du terme... puisque cela sera changé en 1948 pour « autochtones ».

2556), mais en maintenant les catégories et leurs écarts : entre deux et trois fois plus pour les soldats européens par rapport aux autochtones, mais moins de 50% entre les caporaux et les officiers. L'écart racial est donc moindre que l'écart social au sein de l'armée, lorsque l'on regarde les primes des journées de traitement. Ces écarts sont conservés en 1949 (arrêté 410 CM).

En 1945, le rapport pour l'Ambulance du Cap Manuel montre que ces allocations représentent un total de 167 522 francs, soit 11% des recettes totales et 6,7% des journées d'hospitalisation. Les PALF sont la quatrième source de financement après le budget colonial, le budget de la Marine, et le budget général.

À l'Hôpital colonial de Saint-Louis en 1945, on note des recettes provenant de cessions de consultations externes (151 533 francs) et de « cessions diverses faites à des particuliers » (7 265 francs) dont on ne sait pas ce qu'elles recouvrent⁸. Les PALF représentent 1,59% du total des journées d'hospitalisation. Plus on se situe dans la catégorie élevée d'hospitalisation et plus ces PALF comptent : 18% en première catégorie, 10,3% en deuxième, 5,37% en troisième et enfin 0,15% pour la quatrième et la cinquième catégories. Le rapport de situation administrative propose même de multiplier par deux les tarifs des analyses et consultations pour les PALF non hospitalisés et les consultations à l'hôpital de 80 à 100 francs et à domicile de 100 à 150 francs.

De 1946 à 1954

En 1946 (arrêté 2767), il est décidé que l'Hôpital principal de Dakar et son annexe, l'Ambulance du Cap Manuel, sont rattachés à la direction générale de la santé publique, alors que l'Hôpital central indigène et la polyclinique Roume sont rattachés à l'École africaine de médecine et de pharmacie en tant qu'établissements d'instruction de cette école. En ce qui concerne la

8. Le paiement en sus du prix de la journée de traitement pour les PALF et des autres cessions a été précisé dans un arrêté 2152/SSM du 16 juin 1942, puis complété par l'arrêté général 919 du 8 mars 1946.

gestion budgétaire, seule la polyclinique Roume est suivie par le budget local du Sénégal, alors que les autres sont suivis par le budget général de l'AOF, les deux représentés par des sous-ordonnateurs basés à Dakar. En 1947 (arrêté 4218), le centre médico-social des fonctionnaires de Dakar se retrouve rattaché à l'Hôpital principal de Dakar.

À Dakar, en 1946, le rapport administratif de l'Hôpital principal montre qu'aucun PALF n'était en quatrième catégorie (réservée aux patient·e·s payé·e·s par le budget de l'État surtout et, dans une moindre mesure, par des budgets locaux) et que la proportion des PALF par rapport aux trois catégories et aux enfants est de 28%. Cette proportion est plus importante en première catégorie (44%) qu'en deuxième (33%) et en troisième (13%). Pour les enfants, 23% ont payé leurs frais directement. Lorsque l'on regarde les différentes sources de paiement des journées de traitement, les PALF sont au premier rang en termes d'importance (3,5 millions), avant le budget colonial (3,0 millions), le budget général (2,3 millions) et le budget du Sénégal (0,7 millions). Les PALF représentent 29,5% du total des frais de traitement (12 millions) répartis entre 26 sources de financement différentes, alors que leur nombre de journées d'hospitalisation représente 18,4%.

Dans ce même hôpital, en 1948, la situation semble avoir un peu changé car les PALF ne représentent plus que 18,4% des journées d'hospitalisation, mais le gradient social demeure respectivement pour les trois catégories : 33,90%; 16,65%; 10,72%. Il en va de même pour leur importance dans le financement global, même si le budget colonial semble avoir augmenté (6,4 millions) et est maintenant plus important que les PALF (4,3 millions) pour les frais de traitement. On note même la contribution de communes comme Bambey, Rufisque ou Kaolack et même de la Guadeloupe, mais pour de faibles montants. En 1950, toujours à l'Hôpital principal, cette tendance à la hausse de la part du budget colonial semble se confirmer (en cette période de guerre les ressources des individus se sont peut-être amoindries) mais les PALF représentent encore 18,4% du total des frais de traitement. Le tableau 15 permet de constater l'évolution de la part des PALF dans les journées d'hospitalisation et les sources de paiement des frais de traitement, en mettant en exergue l'augmentation de la contribution du budget colonial. En moyenne, sur ces six années, les journées PALF représentent 16% du total des journées d'hospitalisation et 24% du paiement total des frais de traitement (tableau 15).

	Journées PALF	Journées totales	%	Budget PALF	Budget total	%
1944	12 758	110 865	11,51%			
1945	16 859	103 329	16,32%	2 533 890	9 794 629	25,87%
1946	17 730	95 970	18,47%	3 553 567	12 019 643	29,56%
1948	13 191	96 529	13,67%	4 306 844	21 983 787	19,59%
1949	17 417	89 453	19,47%	7 501 170	30 594 265	24,52%
1950	15 607	89 589	17,42%	6 575 151	35 673 065	18,43%

Tableau 15 : Journées d'hospitalisation et frais de traitement des PALF à l'Hôpital principal de Dakar de 1944 à 1950

Un tableau du rapport de 1949 permet aussi de constater que la grande majorité des PALF ont payé au moment de leur sortie de l'hôpital. Ainsi, seulement 195 075 francs sont à recouvrer sur les 7,5 millions du total des PALF, soit 2,6%. Ces sommes à recouvrer concernent 39 journées en première catégorie (0,6%), 571 en troisième catégorie (10,7%) et 5 journées pour les enfants de troisième catégorie payant un quart (1,1%). La plus grande proportion de personnes n'ayant pas payé est donc dans la catégorie d'hospitalisation la plus basse.

Pour les personnes non hospitalisées, la délibération pour l'AOF en 1949 (signée par le président du Grand conseil) explique que le calcul des tarifs comprend une part constante, dite K (fixée à 250 francs au 1^{er} juillet 1949) et une part C « variable éventuellement selon les localités, revenant au praticien à titre d'honoraires », confirmant donc ce mode de paiement pour les « consultations de spécialités ». La délibération évoque même « un arrêté particulier sur l'exercice rémunéré de la clientèle par les praticiens de l'administration ». On y trouve aussi le prix pour le certificat médical d'aptitude au permis de conduire (500 francs) et de licence de navigation aérienne (1000 francs) mais les sommes payées reviennent à l'administration et non en honoraires aux praticien-ne-s. Cependant, en ce qui concerne les expertises toxicologiques, l'article 6 prévoit que leur produit soit partagé à 50% au profit du budget gestionnaire et à 50% au profit du médecin, pharmacien ou chimiste. La délibération précise la liste des prix pour chaque analyse, par exemple 500 francs pour l'analyse d'un vin ou 50 francs pour la recherche d'un élément bactériologique, le double s'il s'agit aussi de son dosage. La majoration de 25% que l'on avait noté plus haut est aussi spécifiée dans cette délibération puisque les PALF se voient appliquer une majoration de 25% du prix des cercueils, suaires ou dalles pour les « musulmans » par rapport aux prix pour les militaires

et les fonctionnaires. À Dalaba, en Guinée, on note aussi que les boissons non alcoolisées sont vendues au bar de la structure médicale avec une majoration de 30% par rapport à leur prix de revient.

La même analyse administrative est réalisée en 1948 pour l'Hôpital colonial de Saint-Louis, mais avec du recul jusqu'en 1943. On y voit apparaître les premiers graphiques coloriés à la main, ce qui permet de bien distinguer la répartition des journées d'hospitalisation selon les catégories. En outre, ce rapport permet de comprendre que les sommes encaissées par les particulier·e·s sont versées au Trésor et représentent 424 962 francs (soit 2,2%), plus les cessions diverses 465 091 francs (soit 2,4%). Ainsi, la majorité du remboursement provient des différents budgets, soit 18 405 435 francs, soit 95,4%. Le rapporteur trouve « illogique » que le tarif de la cinquième catégorie soit fixé à la moitié de la quatrième, car « les soins donnés, la nourriture et les locaux des divisions sont exactement les mêmes pour ces deux catégories ». Il suggère donc d'augmenter les tarifs de la cinquième catégorie de 75% pour mieux équilibrer le budget.

En 1948, la circulaire 2797/4-SP explique le mode de calcul des recettes par la somme des cessions diverses au titre des consultations externes, en se référant à un règlement de 1912, montrant la préoccupation ancienne à ce sujet. En plus de ces consultations, il faut y ajouter les frais de traitement des PALF (dont l'arrêté date de 1942), les retenues sur la solde du personnel nourri par l'établissement, les recettes relatives aux frais d'inhumation et de transport et enfin des cessions diverses de matériel.

L'arrêté 3963 (SP-AD) du 2 août 1949 explique qu'à partir du 1^{er} janvier 1949, l'ensemble des dépenses de fonctionnement du personnel et du matériel de la plupart des établissements de santé de l'AOF sont dorénavant pris en charge par le budget local. C'était déjà le cas depuis 1926 pour l'Hôpital de Saint-Louis, de même que celui du Point G à Bamako. À partir de 1949, l'autorité ajoute donc aux budgets locaux, quatre autres hôpitaux en Guinée, Côte d'Ivoire, au Dahomey et au Niger, ainsi que quatre ambulances et trois laboratoires. L'article 3 stipule que le Gouvernement général de l'AOF cède à titre gratuit les médicaments, les pansements et le matériel en cours de consommation ou en service. L'article 4 demande aux autorités locales de s'assurer du maintien en bon état des établissements hospitaliers ainsi que leur renforcement.

En 1949, à Saint-Louis, le Directeur de la santé publique du Sénégal (Dr Mondain) décide (note 50/SP) d'instaurer (à compter du 9 janvier) un service médical de permanence pour les dimanches et les jours fériés (en cas d'urgence et d'absence de leur « médecin habituel »). Une liste

nomination des médecins concernés est dressée et vise à « répartir équitablement les charges professionnelles entre les divers médecins fonctionnaires et militaires ». Il est indiqué que ce service de permanence est gratuit (on ne sait pas si cela concerne aussi les médicaments) pour les « fonctionnaires, militaires européens et africains et familles malades à domicile (y compris le camp militaire de Dakar-Bango) ». Le médecin se déplacera au domicile à l'aide d'un véhicule de l'hôpital. Cette annonce a été dénoncée comme une « concurrence déloyale » (3220/S, 10 septembre 1949) par le Conseil de l'ordre des médecins (voir ci-après) car cela facilite l'installation de deux médecins libres (Dr Gauzy et Dr Train) qui « peuvent aménager à leur convenance un tour de garde du Dimanche au bénéfice de la clientèle payante ». Le syndicat demande donc que ces médecins fonctionnaires de permanence se limitent au « personnel bénéficiaire des soins gratuits (fonctionnaires, militaires, indigents) ». Par ailleurs, le docteur Le Rouzic demande que cette liste ne soit pas publiée dans la presse (journal *Paris-Dakar* du 17 septembre 1949), mais reste diffusée uniquement dans l'administration. Le docteur Moreau, président provisoire du Conseil de l'ordre des médecins de l'Afrique noire écrit le 19 septembre 1949 au directeur général de la santé publique en AOF et lui demande clairement « de faire cesser en usant de [son] autorité », cette concurrence déloyale. Il demande aussi au directeur général de rappeler au directeur de la santé publique de Saint-Louis « les règles de confraternité qui doivent exister entre tous les médecins » concernant l'exercice de la clientèle rémunérée. Nous verrons plus loin les enjeux autour de la concurrence entre les médecins en période coloniale.

La discrimination comptable évoquée plus haut est aussi explicite dans les repas (cela sera aussi le cas dans les rations alimentaires pour les donneur·euse·s de sang) pour les infirmières et sage-femmes coloniales de l'Hôpital principal et de l'Hôpital central africain de Dakar. L'arrêté 5612 s.p. de 1949 précise qu'elles ont droit de prendre leur repas à titre remboursable dans les établissements et selon les mêmes conditions que le « personnel de santé ». Cependant, elles recevront les « aliments distribués aux malades au grand régime et à la ration entière de la deuxième catégorie ». Ainsi, elles n'ont pas droit aux mêmes repas que les malades de la 1^{ère} catégorie d'hospitalisation.

En février 1950, M. Louis Birobent, employé des établissements Maurel & Prom à Kaolack, écrit au docteur Le Rouzic, pour se plaindre des frais d'hospitalisation qu'il doit payer pour sa belle-fille. En effet, il estime que cela relève d'un « accident thérapeutique » (insufflation dans de mauvaises conditions dont usage d'aiguille non aseptisée), puisque le

« docteur Joly n'était pas médecin traitant et n'avait pas à se vanter d'être de la partie » (il souligne). Ainsi, il « refuse de payer toute somme qui est imputable à ce dernier ». M. Birobent réclame même une enquête dont nous n'avons pas trouvé trace dans les archives de la correspondance du docteur Le Rouzic.

Un arrêté de mai 1951, signé par Chambon (Archives de Toulon), stipule que le décret du 10 avril 1926 sur les trois catégories d'hospitalisation (officiers, sous-officiers, soldats) est modifié par un arrêté de novembre 1950 les transformant en cinq groupes, deux pour les officiers, deux pour les sous-officiers et le dernier uniquement pour les soldats. À cette même période (1951), un bilan affirme que l'AOF dispose de 7 hôpitaux, 19 ambulances, 152 centres médicaux, 302 dispensaires et 106 maternités. Il explique aussi que 1 400 lits sont disponibles pour les Européen·ne·s et 12 000 lits pour les Africain·e·s, donc un rapport d'un à dix, bien loin de la distribution de la population. 12 500 lits supplémentaires seraient disponibles pour les Africain·e·s, en tenant compte de ceux de l'Institut de la lèpre, des 30 colonies agricoles de lépreux et des 82 hypnoseries. À l'échelle de l'AOF, le rapport précise que le « rendement annuel » est de 220 000 journées de traitement pour les Européen·ne·s et de 3,5 millions de journées pour les Africain·e·s.

En 1952, à l'Hôpital central africain, les cessions liées aux consultations externes sont de 2 000 695 francs et celles des frais de traitement des PALF pour les « interventions chirurgicales, analyses et examens de toutes natures » de 1 739 190 francs. En 1953, à l'Hôpital Le Dantec, 1,4 millions sont recouvrés par la vente des frais de traitement pour les consultations externes, interventions chirurgicales et autres services, ce qui ferait de l'ordre de 1,3% des dépenses. Cette année, 97% des journées d'hospitalisation se sont déroulées en quatrième catégorie. Cependant, c'est aussi cette année que l'AOF décide d'instituer uniquement deux tarifs de remboursement et donc cette distribution entre les quatre catégories n'est pas prise en compte (voir ci-après).

En 1952, Sanner et son collègue affirment qu'en AOF « les autochtones admis dans les hôpitaux et ambulances qui ne peuvent justifier de la qualité d'indigents [qui sont les seuls à disposer de nourriture gratuite] sont hospitalisés à titre onéreux » (p. 4). Ainsi, mis à part les indigent·e·s, tout le monde doit payer, mais ils précisent que « ceux dont le salaire est inférieur au salaire minimum +25% bénéficient d'un taux préférentiel » (Sanner & Habay, 1952). Ils expliquent également que le traitement est gratuit dans les formations sanitaires « sauf toutefois pour les personnes qui désirent être traitées en chambres séparées ».

Entre 1951 et 1955, les rapports de la situation administrative de l'Hôpital principal donnent une liste de « cessions diverses recouvrées » pour tous les services et tous les mois de l'année. Pour 1955, cela concerne les personnes hospitalisées « en sus des frais de traitement » (32%) et celles « au titre des consultations externes » (68%). Le total des cessions pour l'année 1951 est de 8,5 millions de francs, en 1952 il est de 13, 6 millions, en 1953 de 16,6 millions, en 1954 de 14,6 millions et pour 1955 il est de 13,6 millions de francs. Les cessions majoritaires concernent la radiologie (37% en 1952, 39% en 1953, 40% en 1954 et 38% en 1955), la chirurgie gynécologique (19% en 1953, 7% en 1954 et 10% en 1955) et les interventions chirurgicales (6,6% en 1953, 15% en 1954 et 18% en 1955). Ces trois derniers services ne semblent pas avoir été facturés en 1952 et 1951. En 1954, les soins dentaires concernent presque 8% des recettes et un peu moins de 5% en 1955 et 7% en 1953. Les sommes payées par les PALF correspondent à 18,3% du budget total de l'hôpital en 1953.

Au-delà des cessions des services de santé, il est aussi intéressant, dans l'analyse de la financiarisation, de regarder la manière dont les médicaments étaient aussi vendus à cette période. En effet, alors que la fameuse initiative de Bamako de 1987 n'est pas encore pensée par l'OMS et l'UNICEF, la vente des médicaments, qui sera au cœur de cette politique incitée par ces organisations internationales, ne représente que 1,5% en 1954 et 1,1% en 1955 et ils n'apparaissent pas dans le tableau des cessions de 1953 et de 1952. Avec l'arrêté 1181 MSP de 1958, on apprend que les prix de vente des médicaments dans les pharmacies et les dépôts devaient être « diminués de 27% » par rapport aux prix de vente de la métropole.

Le rapport de 1955 dresse la liste des services pour lesquels des cessions sont organisées et versées à la caisse du gestionnaire : salle d'opération, radio, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, maternité, laboratoire de chimie, laboratoire de bactériologie, dermatologie, kinésithérapie, résidence, téléphone. Ainsi, par moins de 12 services peuvent être payés à l'Hôpital principal et cela semble avoir été en augmentant puisque le rapport de 1953 ne présente une liste que de huit services dont celui du téléphone. La maternité et la gynécologie font partie des services donnant lieu à des paiements.

La situation est tellement compliquée pour les modalités de paiement et la « multiplication des caisses » que le rapporteur de 1955 (Lieutenant-colonel d'administration Cognet, gestionnaire de l'hôpital) rappelle sa demande de créer une caisse unique. En outre, il note qu'« il serait

nécessaire d'exiger le paiement immédiat de la consultation et exiger une provision pour les traitements de longue durée (pansements, kinésithérapie) », montrant les défis et les enjeux du recouvrement.

Le rapport administratif de 1954 évoquait déjà ces défis, notamment concernant les « billets d'hôpital » qui n'étaient pas suffisamment bien remplis pour permettre les imputations budgétaires (il pose le même constat dans son rapport de 1953). De plus, il était précisé que « de nombreux rappels sont également nécessaires pour le règlement des particuliers à leurs frais ». Les paiements demandés étaient encaissés dans chacun des services qui devaient ensuite les verser à la caisse du gestionnaire. Si « ce procédé a l'avantage de faire payer immédiatement sur place les bénéficiaires », l'auteur du rapport explique qu'il « entraîne des complications au point de vue monnaie, les encaisseurs n'étant munis d'aucun volant d'argent ». Enfin, toujours concernant cette problématique de recouvrement, « un grand nombre de consultants ne paie pas sur le champ, ce qui entraîne l'envoi de nombreuses lettres de rappel ». Cognet propose même d'exiger le paiement d'une provision pour les malades ayant des traitements de longue durée (pansements, kinésithérapie), car certains abandonnent leur traitement avant la fin en « négligeant d'en acquitter le montant », obligeant le gestionnaire à leur écrire pour le recouvrement. Au-delà de ces défis de recouvrement, le fonctionnement administratif ne semblait pas parfait, puisque le même Cognet conclut son rapport annuel de 1954 en dénonçant « la nonchalance (sic), la passivité et l'insuffisance de conscience professionnelle du personnel comptable dans la présentation des documents et la tenue des registres et archives ». On ne sait pas s'il parle du personnel européen ou africain.

Si le nombre de journée augmente entre 1951 et 1955, passant de 127 378 à 145 035, les cessions sont en baisse depuis 1953, passant de 16,2 millions à 13,7 millions de francs, justifiant peut-être cette préoccupation comptable (tableau 16). Pour les seuls suppléments de frais de traitement des particulier·e·s, l'année 1955 a rapporté légèrement moins que 1954, soit 4,3 millions contre 4,8 millions, confirmant la permanence de ce mode de paiement qui rapportait plus de 8,5 millions en 1951.

	# journées d'hospitalisation	Montant total des cessions
1949	110 085	-
1950	111 793	-
1951	127 378	8 535 925
1952	131 993	13 644 417
1953	129 382	16 236 684
1954	141 128	14 676 346
1955	145 035	13 668 471

Tableau 16 : Journées d'hospitalisation et cessions
de 1949 à 1955 à l'Hôpital principal de Dakar

Les journées de traitement concernant les PALF représentent 16,9% en 1951, 14,6% en 1952, 14,3% en 1953, 12,6% en 1954 et 9% en 1955, le reste étant financé par le budget de l'État (51% en 1951, 51% en 1953, 53% en 1954 et 55% en 1955) et le budget général/local (34% en 1954 et 36% en 1955).

En 1951, l'Ambulance du Cap Manuel reçoit 1 647 journées de PALF, ce qui représente 6,3% du total des journées; en 1952 cela représente 5% du total annuel de journées et 7% du budget. En 1951, les PALF (18%) sont au deuxième rang « d'importance des différents budgets débiteurs » de l'Hôpital principal et de l'Ambulance du Cap Manuel, juste après le budget colonial (42%) et avant le budget général de l'AOF (14%).

À l'Hôpital principal en 1955, 90% des journées concernent la dernière catégorie d'hospitalisation et 10% la deuxième. La troisième catégorie concerne 57% des journées d'hospitalisation de l'hôpital en 1955, contre 56% en 1953. Mais le rapport de 1954 est aussi intéressant car un calcul de la capacité hospitalière est réalisé et confirme la discrimination. Ainsi, plus de lits sont prévus pour les « Européens » (n=264) que les « Africains » (n=176) et la dénomination des services confirme la séparation entre ceux deux catégories de personnes. Par exemple, les Européen-ne-s disposent de 21 lits en « 1e médicaux » et de 33 lits en « 2e 3e médicaux », alors que 44 lits sont réservés aux Africain-e-s dans un service dit « médicaux AF. ». Il en est de même pour la chirurgie avec 48 lits en « chirurg. eur. » et 74 lits en « chirurg. AF. ». Mêmes les statistiques pour les « cadavres en dépôt » et les « mort-nés » différencient les Européen-ne-s et des Africain-e-s.

Au nord du Sénégal, la situation administrative de l'Hôpital colonial de Saint-Louis en 1951 montre que les PALF représentent 1,6% des journées d'hospitalisation et 2,9% du budget. Le budget le plus important est le budget local du Sénégal (38%), suivi du budget communal de Saint-Louis

(25%) et du budget colonial (10%). La majorité des journées d'hospitalisation concernent la cinquième catégorie (51%). Aucune ligne budgétaire ne semble concerner les indigent·e·s.

À partir de 1952, les tableaux des cessions sont plus détaillés, notamment à Dakar. On remarque ainsi que les cessions proviennent de sept services dont majoritairement la radiologie (39%). Une ligne nouvelle apparaît dans un de ces tableaux, nommée « médecin-chef », laissant penser que ce dernier a pu facturer des consultations pour un montant de 9 225 francs (soit 0,8% des recettes de l'hôpital), le plus petit montant des sept postes. Les recettes les plus faibles de ce médecin-chef sont en octobre et novembre 1952 où il n'a facturé que 250 francs par mois. En 1952, les PALF représentent 2,1% des journées et 3,4% du budget. Le montant du budget finançant les journées d'hospitalisation est toujours aussi important, pas moins de 44 budgets cette année, de différents endroits de l'AOF, qui viennent rembourser les journées d'hospitalisation des formations sanitaires, ce qui montre la diversité des financements. Des graphiques sont utilisés pour la première fois, afin de montrer, par exemple, l'évolution mensuelle des hospitalisations selon les catégories.

Le rapport de 1952 permet aussi de révéler les défis budgétaires et les calculs des remboursements des prix à la journée. Comme toujours, l'administrateur fait un calcul du prix de revient de la journée et le compare au prix à la journée, afin de montrer que l'hôpital est déficitaire cette année. Mais il explique que l'augmentation des tarifs et des prix des cessions (donc les prix des cessions étaient aussi codés) prévue par l'arrêté du 17 décembre 1952 permettra d'équilibrer le bilan.

En 1953, la ligne des cessions du médecin-chef est remplacée par « médecine et consultations » mais représente toujours un total faible dans l'ensemble des cessions dont la majorité est toujours concentrée sur la radiologie. Les PALF représentent en 1953 seulement 2,5% des journées d'hospitalisation et 3,9% des sources budgétaires. Contrairement aux années précédentes et suivantes, le budget communal, qui est le second plus grand pourvoyeur après le budget local du Sénégal, stipule dans son titre « Saint-Louis (Assistance) ». Nous pourrions postuler que cela concerne la prise en charge des indigent·e·s (voir plus loin) ou des patient·e·s de l'Assistance médicale indigène mais comme cette mention n'apparaît pas en 1955, notre hypothèse est discutable.

En 1955, la radiologie reste le premier poste des cessions, mais on constate que les frais de traitement des particulier·e·s (1,5 millions) s'approchent du montant global des cessions en soins externes, dont la radiologie (1,9 millions). Les PALF représentent en 1955 seulement 1,5% des journées d'hospitalisation et 3,8% des sources budgétaires.

L'activité globale à l'Hôpital colonial est en constante hausse, passant de 110 017 journées en 1949, à 118 186 en 1950, 121 259 en 1951, 136 406 en 1952, 138 419 en 1953, 152 254 en 1954, 164 275 en 1955. Les recettes des cessions sont également en augmentation passant de 1,7 millions en 1952, 2,3 millions en 1953, 4,0 millions en 1954 et 3,4 millions en 1955. Beaucoup de lignes budgétaires liées à des prisons (Diourbel, Tambacounda, Saint-Louis, Kédougou, Bakel, Dagana, Louga, Matam, Boutilimit, Mauritanie) sont précisés dans le budget, laissant croire que les médecins de Saint-Louis se déplacent au Sénégal pour cela ou que les prisonniers y sont hospitalisés.

De 1955 à 1960

En 1955 à l'Hôpital Le Dantec, le rapport administratif signé par le commandant d'administration Félix nous apprend que le grand conseil de l'AOF avait décidé en 1953 (254/GC/53) de ne retenir que deux tarifs de remboursements, soit le tarif administratif à 480 francs et le tarif « petits payants » à 160 francs. Mais le rapporteur précise « en fait il n'y a jamais eu de 'petits payants', catégorie qui devrait correspondre aux particuliers à leurs frais africains ». Il a donc été pensé d'offrir la possibilité aux « Africains » de payer mais celles et ceux qui sont venu·e·s à Le Dantec, n'en ont pas eu les moyens. Cette année, 3,2 millions sont collectés pour les cessions et les frais de traitement des PALF et accidentés du travail, soit seulement 2,1% de l'ensemble des recettes. Le paiement des patient·e·s a donc un poids différent de celui de l'Hôpital principal où en 1955 les PALF représentent 12,6% des recettes. Dans une note de 1956, le docteur Talec affirme que le tarif administratif de 480 francs « représente environ 65% du prix de revient ». Enfin, il justifie les déficits budgétaires des deux hôpitaux par des « créances négligées par absence d'ordres de recettes et de la non-exécution de certains autres ». L'administration est donc toujours à la recherche de moyens de financer des structures de santé.

En 1956, le médecin général Talec rédige une note (677) sur la situation financière des hôpitaux de Dakar. Il explique que le budget de fonctionnement de l'Hôpital principal est de 231 millions de francs et celui de l'Hôpital central de 300 millions. Il explique ensuite que la situation des deux hôpitaux diffère du point de vue des frais de traitement et des cessions. À l'Hôpital principal, les cessions sont de 14,6 millions francs, en plus des 17,7 millions provenant des particulier-e-s, soit 28% de l'ensemble des recettes (budgets militaires et budgets locaux compris). L'auteur de la note affirme qu'il est d'accord pour « l'application aux particuliers d'une majoration forfaitaire » pour l'Hôpital principal, mais il rappelle que les fonctionnaires astreints à cotiser à la sécurité sociale, ne sont donc pas concernés par ce mode de paiement imposé aux particulier-e-s. Pour ces derniers, cette note du 13 février 1956 confirme la persistance de la demande de paiement d'une provision qui est « versée et renouvelée régulièrement », sauf dans de rares cas de solvabilité douteuse. Lorsque ces particulier-e-s sont pris en charge par leur entreprise, « les maisons de commerce bien connues substituent une lettre de caution à la provision réglementaire ». Pour l'Hôpital Le Dantec, cette note présente la somme totale des frais de traitement (y compris les budgets) et les cessions diverses, sans distinguer la part de chacun. La note révèle aussi des écarts très importants entre les droits à recettes des hôpitaux et ce que les « finances » constatent, montrant les défis bureaucratiques révélés plus tard par Albert Memmi (1973) dans son analyse de la colonisation française. Ainsi, « il est impossible, sans pointage des recettes, d'identifier les créances impayées ». Il est même noté un « formalisme excessif » de la part de l'administration en Mauritanie pour « reconnaître le traitement de ses ressortissants » et payer les factures à l'Hôpital Le Dantec. Lorsque des personnes sont « insolvable », leurs frais de traitement sont imputés au budget local. Les responsables locaux peuvent ensuite investiguer pour « déterminer la solvabilité ». La note signale aussi le déficit annuel qui serait causé par l'application de tarifs préférentiels à l'État, soit 30 millions (pour les deux hôpitaux?). En effet, il est estimé que le tarif administratif de 480 francs à l'Hôpital Le Dantec représente « environ 65% du prix de revient » et donc le tarif des petits payants de 160 francs encore moins. Cependant, sans fournir de chiffres, l'auteur, Talec, estime que la majorité des malades sont traité-e-s comme indigent-e-s, pris-es en charge par les budgets locaux et communaux, à l'exception des fonctionnaires et accidenté-e-s du travail. Cependant, il insinue que les

budgets locaux ne remboursent pas suffisamment le budget général pour ces indigent·e·s. Ainsi, il note : « si le remboursement effectif était imposé, il est probable que le certificat d'indigence diminuerait sensiblement ».

Enfin, le médecin général inspecteur Talec termine sa note en expliquant que le déficit des hôpitaux à Dakar « provient » :

- du tarif préférentiel de l'État;
- du tarif réduit à l'Hôpital Le Dantec;
- du tarif insuffisant à l'Hôpital principal... « enfin et surtout de créances négligées par absence d'ordre de recette et de la non-exécution de certains autres ». La qualité de la gestion de l'administration hospitalière et donc largement remise en cause.

Un rapport de 1957, qui se penche sur le besoin de réajuster les tarifs à l'Hôpital principal⁹, montrant qu'il existe « trois variétés de tarifs : préférentiel, ordinaire, particuliers ». Une note du 16 juin 1944 explique que la commission permanente du Conseil de gouvernement décide de fixer de nouveaux tarifs et que pour les particulier·e·s à leurs frais, ils sont majorés de 25%. Le rapport de 1957 donne un avis positif sur le fait que le tarif des particulier·e·s soit majoré « pas forcément de 25% d'ailleurs ». Ainsi, dans la simplification qu'il propose, co-existeraient deux tarifs à l'avenir, l'un pour toute l'administration et l'autre pour les « particuliers dits 'à leurs frais' ». Comme on le verra plus loin, ce rapport de 1957 montre que l'administration est à la recherche de moyens pour atteindre un « équilibre financier », dans le cas « où l'établissement passerait au budget de l'État ». En outre, si le rapport indique trouver l'idée de cet équilibre souhaitable, il précise très vite que la formule serait « trop brutale pour pouvoir être appliquée dans l'immédiat ». Dès cette époque, on voit bien les défis posés à l'administration dans ses calculs de rentabilité. Le rapporteur indique, par exemple, que le prix de 3 000 francs par jour pour les particulier·e·s de première catégorie est loin du

9. En 1945, sur 5016 entrées à l'Hôpital principal, les « indigènes » et « originaires » sont 1402 et 804 personnes, donc seulement 43%, le reste étant les « Européen·ne·s » (2268) et les « Libano-syriens » (542). L'ouverture des consultations externes (notamment depuis qu'elles sont accessibles aux civils) va de pair avec une diminution des journées hospitalisations mais « l'administration, de son côté, y trouvant l'avantage de remboursements importantes ».

« plafond ». Mais, en précurseur des politiques de marchandisation des soins (Batifoulrier, 2013), il précise « qu'un tarif trop élevé risque de réduire notre clientèle de particulier au bénéfice des cliniques privées et qu'un tarif trop bas concurrence déloyalement les cliniques en question ».

En février 1956, Dr Talec, médecin général inspecteur et directeur général de la Santé publique d'AOF, rédige une note au Gouverneur inspecteur général des Affaires administratives à propos de la situation financière des hôpitaux de Dakar. On y constate que les paiements des particulier-e-s représentent 27% des frais de traitement à l'Hôpital principal. À l'Hôpital Le Dantec, ces frais de traitement et cessions diverses sont d'un montant de 143 millions, soit presque cinq fois le montant reçu par l'Hôpital principal. La note ne permet pas d'en calculer la proportion, mais son objet est essentiellement de montrer un écart « considérable entre la situation des Hôpitaux et celle relevée aux Finances », signalant la permanence des défis bureaucratiques. Par ailleurs, la comptabilité ne semble pas parfaitement maîtrisée. En effet, les « créances impayées » ne peuvent pas être identifiées, en ce qui concerne les factures de l'aviation et de la marine militaires : « il n'est pas possible de préciser les versements au Trésor », et à propos du recouvrement : « une amélioration sensible pourrait être obtenue avec la bonne volonté des cessionnaires, ce qui n'est pas toujours le cas ». Il est aussi noté que lorsque les particulier-e-s ne payent pas les frais engagés, ces derniers sont imputés au budget local afin que l'hôpital puisse, ensuite, engager des « investigations permettant de déterminer la solvabilité des intéressés ». Mais pour l'Hôpital principal, le docteur Talec explique qu'il est en accord avec l'idée d'appliquer une majoration forfaitaire aux particulier-e-s, les fonctionnaires hospitalisés subissant une retenue journalière sur leur solde.

D'ailleurs, la pharmacie générale de Dakar-Hann est présentée comme une « source de deux profits ». D'abord, elle majore systématiquement de 5% ses achats de métropole afin de réaliser un bénéfice. En 1957, elle a ainsi reversé 13,6 millions de francs au budget commun. Ensuite, ses prix étant réduits (de 24%) par rapport au secteur privé, elle permet aux établissements publics de réaliser des économies (2G057_042).

En 1959, l'instruction (1009/END-AD) relative au fonctionnement du Centre hospitalier de Fann explique en son article 3 qu'il est destiné à recevoir, entre autres, les « particuliers à leurs frais » et les indigent-e-s. L'article 24 de cette instruction note que les tarifs de remboursement sont fixés chaque année par un arrêté du Haut-Commissaire Général et l'article 25 précise que les hospitalisations des indigent-e-s sont toujours

effectuées selon les dispositions de l'arrêté 2593/AP du 23 novembre 1929. Le financement de la prise en charge des indigent·e·s ne semble donc pas avoir été ajusté depuis trente ans, ce qui s'explique certainement par le manque de considération pour ces personnes et leur faible fréquentation des formations sanitaires. Abordons maintenant les défis de leur prise en charge.

La prise en charge des indigent·e·s dans les hôpitaux

Mes précédents travaux (Ridde, 2021b) sur l'accès aux soins des plus pauvres dans les formations sanitaires de la région montrent la permanence des défis dont les prochaines pages visent à rendre compte.

Dès 1852, un arrêté est rédigé « sur le prix moyen de la journée d'hôpital en faveur des indigents ». Dans un rapport discuté lors du Conseil général de 1890, on apprend (note de M. Th. Carpot) que si des patient·e·s peuvent payer directement leurs soins lors de leur hospitalisation, cela reste une pratique très marginale à Saint-Louis :

Votre commission doit également vous faire observer qu'en novembre dernier il n'est entré à l'hospice que deux malades payants, il existe en ce moment près de *quatre-vingt* (italique original) malades non payants, et à la date du 8 novembre, le sieur Lamothe, employé municipal, était hospitalisé *gratis* (italique original), comme indigent, pendant treize jours. (Conseil général, 1890)

Avant 1900, il semble que les indigent·e·s qui n'étaient pas de la commune de Gorée ne pouvaient pas bénéficier d'une prise en charge à l'hôpital (Ndoye, 1999).

Nous avons ainsi retrouvé des échanges administratifs de 1894 concernant la prise en charge de Mme Aïssata Bâ, « indigente originaire de Edy près de Podor » et son admission à l'Hôpital civil de Saint-Louis « au compte des budgets des pays du protectorat ». Pour cela, le chef du bureau du Directeur de l'Intérieur prévient qu'il va envoyer les certificats de maladie et d'indigence. Mais on lui répond que cela n'est pas possible car il faut d'abord solliciter la Direction politique qui « statuera après enquête ». Un peu avant, le 9 août 1876, nous retrouvons une lettre de Louis Brière de l'Isle, alors gouverneur du Sénégal, adressée au maire de Saint-Louis. Il lui demande « une juste limite dans la délivrance de certificats d'indigence pour les malades à domicile » afin de faire en sorte que le médecin « ne soit appelé à soigner à domicile que de véritables

indigents », puisque ces derniers peuvent déjà aller à l'Hospice de Saint-Louis, pour y bénéficier d'« une assistance aussi large que le permettent les ressources de la Colonie », la largesse n'étant pas précisée. Au-delà des concepts de justice qui sont convoqués dans la lettre (« équité », « juste limite »), on voit bien combien les considérations économiques (et bureaucratiques) étaient déjà présentes en contexte de rationnement budgétaire, sans compter les débats permanents autour des vrai-e-s et des faux-s-ses indigent-e-s (Ridde & Jacob, 2013).

En 1900, le Conseil général adopte un rapport de la commission qui permet de fixer des tarifs d'admission à l'Hôpital civil de Saint-Louis. Ainsi, les tarifs sont de 2 francs pour les indigent-e-s hospitalisé-e-s dont les frais sont payés par les communes, 4 francs pour les indigent-e-s hospitalisé-e-s avec une ration européenne (donc payés par la Colonie), 3 francs pour les payant-e-s avec une ration indigène et 6 francs pour les payant-e-s ayant droit à une ration européenne. Le tarif est donc calculé en fonction du prix de la ration alimentaire et il est systématiquement du double pour les Européen-ne-s par rapport aux indigènes qu'ils et elles soient pris en charge par les communes ou qu'ils payent eux-mêmes¹. Le principe du paiement direct existe donc déjà en 1900 puisque les « patients payants » sont autorisés à l'Hôpital civil de Saint-Louis (Conseil général, 1900).

En 1901, le Conseil général discute d'un rapport du médecin en chef sur les services de l'Hôpital civil de Saint-Louis. Si les consultations pour les indigent-e-s semblent gratuites, le médecin affirme que ces dernier-e-s ne peuvent en profiter, « n'obtenant de cette consultation qu'une simple prescription qu'il leur est difficile de mettre à exécution, n'ayant pas les moyens de se procurer les médicaments nécessaires ». Les débats confirment que si les « indigents sont visités gratis », « ils ne reçoivent pas les médicaments à titre gratuit », affirme le secrétaire général par intérim. Ainsi, le Conseil ordonne que les médicaments leur soient désormais distribués gratuitement (Conseil général, 1901). Puis, la discussion tourne autour de la création d'une catégorie de « malades externes » qui « seraient traités à l'hôpital moyennant une modique contribution ». Il

1. Quelques années plus tard, on retrouve même une plainte discutée lors du Conseil colonial de 1926 : « le régime alimentaire des malades et convalescents indigènes dans les hôpitaux civils fait l'objet d'amères critiques tant pour la composition invariable que pour la préparation rudimentaire et la présentation défectueuses des mets destinés aux dits malades » (Conseil colonial, 1927).

s'agit de malades européen·ne·s ou africain·e·s qui sont en mesure de payer mais qui n'ont pas besoin d'être hospitalisé·e·s. M. Valentin propose le prix de 1,5 francs par jour, ce que le conseil adopte.

En novembre 1904, le Lieutenant-Gouverneur Camille Guy annonce au Conseil général des changements de tarifs (à la suite d'une demande de réduction prononcée par la municipalité) de l'Hôpital civil de Saint-Louis avec la présence de deux catégories, la première pour les indigènes payants (3 francs) et la seconde pour les indigènes admis aux frais des budgets communaux (2 francs). L'analyse de cette annonce confirme aussi la continuité de la catégorie des malades indigènes « traités à leurs frais » et la confusion, que nous reverrons plus loin, entre les catégories « indigènes » et indigent·e·s :

qu'il était nécessaire, en effet, d'établir une distinction entre les indigènes aisés, qui se font traiter à leurs frais, et les indigents internés au compte des communes. Il m'a semblé anormal que les malades des deux catégories subissent le même régime et fussent logés dans les mêmes locaux, alors que leurs conditions ne sont pas semblables. Enfin, en raison de la réduction à 2 francs de la journée d'hôpital pour les indigènes indigents, il y a lieu, pour maintenir une certaine distance entre la journée de malade interne et celle de malade externe, de ramener à 1 franc cette dernière, qui avait été fixée à 1 fr. 50 par délibération de l'Assemblée locale en date du 8 juin 1901. (Conseil général, 1904)

À Saint-Louis, l'article 5 du règlement intérieur de l'Hôpital civil de 1909 précise que « Les malades indigents européens ou indigènes domiciliés dans les communes seront admis au compte des municipalités intéressées. Les malades indigents, européens ou indigènes domiciliés en dehors des communes sont traités au compte du Service local ».

En effet, en 1916 à Saint-Louis, on retrouve une lettre envoyée au maire de la commune qui traduit les confusions administratives ainsi que l'usage des catégories raciales (encadré 7). Même lorsqu'il s'agit des personnes les plus vulnérables, la discrimination coloniale raciale est à l'œuvre.

Des indigent·e·s européen·ne·s et africain·e·s

Dans cette lettre, le médecin-chef de l'Hôpital civil s'interroge sur le fait qu'il délivre des billets d'hôpital pour des indigent·e·s (M. Amadou Bâ et M. Fagueye Guèye) qui se retrouvent en deuxième catégorie alors que la norme nationale était qu'ils devaient rester en troisième catégorie, car indigent·e·s. Pourtant, « si cela s'explique dans une certaine mesure par le fait que la ration indigène est en troisième catégorie et l'europpéenne en deuxième, il conviendrait tout au moins de ne faire entrer en 2ème catégorie que les indigents européens ». Les discriminations raciales touchent donc aussi les catégories de population les plus pauvres, les indigent·e·s.

On se souviendra que la hausse des prix n'a pas touché la troisième catégorie en 1918 pour « maintenir le caractère d'institution d'assistance qui a été la principale raison de sa création ». On voit bien ici qu'il n'est pas concevable, pour l'administration coloniale de l'époque, de traiter les Africain·e·s comme des Européen·ne·s, même comme des Européen·ne·s indigent·e·s.

La lettre est intéressante aussi du fait que son auteur explique au maire que cette façon de procéder n'est pas « irrégulière puisqu'aucun texte ne réglemente la question », mais elle « n'en est pas moins anormale ». La norme est donc exhortée, pour éviter que les indigent·e·s africain·e·s ne soient confondu·e·s avec des indigent·e·s européen·ne·s. Il convoque même une « question d'ordre intérieur » pour refuser ce dangereux « sur-classement » qui provoquerait « une promiscuité fâcheuse et inacceptable entre des indigents et de petits (sic) fonctionnaires auxquels leur assimilation ne donne droit qu'à la 2e catégorie ». En outre, cela va plus que doubler le tarif que la mairie devrait payer à l'hôpital et les conseillers municipaux ne l'entendent pas ainsi.

Dans une note du 11 mars 1946 signée par le lieutenant d'administration Cassagne pour l'Hôpital colonial de Saint-Louis, on retrouve la même volonté de séparation (d'apartheid) : « l'hôpital et son quartier d'A.M.I. sont susceptibles de recevoir tous les malades. Une distinction plus nette entre les deux catégories d'assistance quant aux salles d'hospitalisation est envisagée, ce qui

permettra de séparer les petits fonctionnaires des indigents ». L'arrêté du 3 mai 1926 stipule bien que les « indigents français n'ayant aucun répondant » seront pris en charge par les budgets de la Colonie.

Badiane (2004) explique que si ce paiement d'avance n'était pas réalisé, notamment lorsque le séjour durait, la personne malade était « transférée dans la catégorie des indigentes » (p. 48). La direction de l'hôpital devait donc recouvrer ses dépenses auprès de la municipalité de la personne. Les indigent-e-s sont admis-es dans les hôpitaux, seulement s'ils et elles fournissent le certificat d'un médecin, une attestation du commissaire de police de leur résidence dans la colonie d'au moins un an (on évoquait le concept de « domicile de secours ») et « qu'ils sont dépourvus de toutes ressources ». Dans ce cas, leurs frais sont pris en charge par la commune ou la colonie de leur domicile². C'est le cas de M. Amadou Diop, « originaire de Mendie Keur Bassine (Cercle de Louga) », référé par le maire de Rufisque le 7 octobre 1920 : « les frais d'hospitalisation de cet indigène seront naturellement supportés par le budget du cercle d'où il est originaire ». S'ils et elles décèdent avant que l'on connaisse leur domicile, c'est le budget local qui va prendre en charge les indigent-e-s. Mais dans tous les cas, on voit bien que les hôpitaux cherchent toujours à disposer d'un remboursement provenant d'un budget extérieur, que ce soit pour les fonctionnaires ou pour les indigent-e-s. Les indigent-e-s de passage dans une commune ayant besoin d'une hospitalisation en urgence peuvent bénéficier de soins, seulement si on leur délivre un certificat provisoire, et qui est confirmé par la suite par l'administrateur ou le commissaire de police dans les communes mixtes, apprend-on dans une note du 17 février 1939. Durant ce même mois, le 9 février 1939, Parisot (de l'administration générale) envoie une lettre au maire de Saint-Louis pour le rappeler à l'ordre, concernant l'obligation pour les

2. On a retrouvé une note de Maurice Beurnier (Gouverneur en 1930) se plaignant auprès des directions hospitalières car trop d'indigent-e-s venant consulter sans papiers. Or, il a tenu à rappeler qu'« aucun indigène ne doit quitter son cercle de résidence habituelle sans être muni d'un laissez-passer, et, s'il est appelé à recevoir aux formations sanitaires du Chef-lieu des soins qu'il ne peut trouver dans les dispensaires locaux il doit en outre être porteur d'un billet d'hôpital et éventuellement d'un certificat d'indigence, au besoin même d'une réquisition de transport »... autant de documents administratifs!

indigent·e·s de se munir d'une attestation du commissaire qui permet de « fixer le domicile de secours des malades indigent·e·s à hospitaliser ». Ainsi, le certificat d'indigence délivré par le maire ne peut en « aucune façon » remplacer cette attestation.

On se souviendra de l'arrêté de 1926 (voir la première partie) instaurant plusieurs types de tarifs dont celui de l'assistance avec un taux inférieur pour les indigent·e·s.

Dans le budget du Sénégal en 1931, il est prévu dans la rubrique des « dépenses facultatives »³, 175 000 francs pour les « frais de traitement des indigents dans les hôpitaux » ainsi que 45 000 francs de « frais de rapatriement d'indigents et aliénés », soit 5,5% du total de cette rubrique (Gouvernement général de l'AOF, 1931).

Bien plus tard, dans une lettre datée du 19 juillet 1938, l'administration gestionnaire s'enquiert auprès du médecin-chef de l'Hôpital colonial de Saint-Louis de la conduite à tenir concernant l'hospitalisation de mulâtres indigent·e·s. En effet, le maire de Saint-Louis a fait hospitaliser en troisième catégorie, au titre d'indigent, M. Prosper Avril, car les Européen·ne·s indigent·e·s ou assimilé·e·s doivent être dans cette catégorie selon une note du 16 août 1927. Ainsi, écrit-il, « j'ai l'honneur de demander si les mulâtres doivent être compris dans cette catégorie comme l'interprète de la mairie de Saint-Louis ». Le médecin-chef ne sachant quoi répondre, ajoute une note manuscrite précisant qu'il a transmis la demande au chef de service de santé du Sénégal. Une autre réponse manuscrite a été ajoutée au dos de la lettre dont on ne distingue pas la signature, ni la portée (concernant la décision) : « en règle générale, les mulâtres sont assimilés aux européens. Il apparaît que la Mairie de Saint-Louis a eu raison ». Un arrêté du 3 mai 1926 sur le fonctionnement des établissements du service général en AOF précise clairement, « excepté à Dakar où un hôpital indigène autonome est annexé à l'École de médecine, les formations sanitaires du service général comportent un quartier spécial d'assistance médicale indigène, nettement distinct » (nous soulignons). Mais lorsqu'il s'agit des modalités de paiement, l'arrêté précise que si les PALF doivent aussi payer le prix des interventions, des analyses et autres examens, les « indigènes » en sont exonérés lorsqu'ils

3. Les contributions du budget local sont inscrites dans les dépenses obligatoires.

et elles sont « traitées à leur charge dans les quartiers d'assistance des formations sanitaires du Service général ou dans les établissements de l'A.M.I. ».

Sauf pour les années 1945 et 1946 où l'information n'est pas présente dans les documents consultés, pour les trois années suivantes, nous sommes en mesure de comprendre l'effort budgétaire consenti pour la prise en charge des indigent-e-s à l'Hôpital principal de Dakar, nonobstant l'organisation de l'AMI que nous évoquons dans la partie suivante. Les frais de traitement des indigent-e-s sont pris en charge uniquement par le budget (frais de traitement) du Sénégal durant cette période (tableau 17).

	Budget du Sénégal	Budget indigent-e-s	% budget indigent-e-s/ Sénégal	% budget indigent-e-s /total	# journées indigent-e-s	% journées indigent-e-s / total
1948	2 641 400	26 000	0,98%	0,12%	130	0,13%
1949	3 146 887	13 650	0,43%	0,04%	50	0,06%
1950	3 962 825	13 200	0,33%	0,04%	39	0,04%

Tableau 17 : Les indigent-e-s et les budgets à l'Hôpital principal de Dakar de 1948 à 1950

Ainsi, entre 1948 et 1950, pas plus de 130 journées d'hospitalisation ont été effectuées par des personnes indigentes (soit au maximum 0,13% de l'ensemble des journées) et cela n'a jamais dépassé 1% du budget que le Sénégal a octroyé pour payer l'ensemble des frais de traitement à l'Hôpital principal⁴. Si l'on compare ces dépenses à l'ensemble des frais payés par

4. À l'hôpital annexe de Treichville, 633 femmes indigentes ont été admises du 1er janvier 1951 au 30 septembre 1951 en quatrième catégorie, écrit le docteur Montfort dans son rapport de fin de mission. Une note de service (71/HOP) fixe les conditions d'admission en quatrième catégorie : i) gratuité (« sauf si l'intéressée ne demande pas à être admise en quatrième catégorie payante. Par conséquent au moment de l'entrée on doit lui demander : non pas si elle peut mais si elle veut payer », ii) non-paiement des frais d'hospitalisation (« considérée comme indigente d'office »). En outre, cette note datée du 2 septembre 1950 explique que ces femmes n'ont pas besoin de se procurer de certificat d'indigence que l'on demande aux autres malades indigent-e-s, la liste de ces femmes fait simplement office et remplace les certificats.

tous les budgets, le taux est au maximum de 0,12%. N'ayant pas trouvé de données après 1950, on ne sait pas si la baisse sur trois années s'est poursuivie.

En revanche, les archives de l'Hôpital central africain de Dakar montrent que les indigent·e·s étaient, à cette période, surtout hospitalisé·e·s dans cette structure où 94,11% des journées d'hospitalisation sont en quatrième catégorie en 1947 et 96,59% en 1945. Dans le projet colonial, notamment celui de Ricou, il était clairement explicité que l'Hôpital principal était pour les Européen·ne·s et l'Hôpital central indigène pour les Africain·e·s (Pearson, 2018). Les modes de financement de ces deux hôpitaux sont aussi radicalement différents et correspondent à la démarche de l'époque où les territoires colonisés ne doivent pas être des fardeaux financiers pour la France (Cogneau, 2023).

Ainsi, l'analyse des rapports administratifs montre que l'Hôpital principal est financé de 34% à 43% par le budget de la « métropole » entre 1945 et 1950, alors que l'Hôpital central indigène ne reçoit qu'entre 0,4% et 1,5% durant la même période. Ces financements étant directement associés aux journées d'hospitalisation, cela s'explique évidemment par le fait que les militaires, fonctionnaires ou marins sont soignés dans le premier et pas le second. Ainsi, au sein de la même ville, Dakar, la colonisation a organisé puis exacerbé une différence sociale et raciale dans les soins en usant notamment de ses instruments financiers. Cette distinction (sociale et médicale) va perdurer jusqu'à la destruction de l'Hôpital Le Dantec en 2022.

Dans le rapport annuel administratif pour l'exercice de 1947 signé par l'économiste M. R. Campcros puis lu et vérifié par le médecin-colonel Dejou, médecin chef de l'Hôpital central africain, on note que la délégation du Sénégal paye 11 887 journées d'hospitalisation pour les indigent·e·s. Cela représente 840 853 francs de frais de traitement soit 86% des dépenses, le reste étant pour les fonctionnaires. De plus, la mairie de Dakar est aussi mise à contribution pour les indigent·e·s. Elle finance 127 296 journées pour un budget de 9 310 283 francs, soit 99,5% de ses dépenses de frais de traitement pour l'hôpital. Enfin, la colonie du Sénégal contribue aussi au financement pour les indigent·e·s à hauteur de 50 615 journées pour 3 677 619 francs, soit 98% de sa contribution. Lorsque l'on analyse la totalité des frais de traitement (16 858 460 francs), on constate donc que 13,6 millions ont été dévolus aux soins des indigent·e·s à partir de trois sources (sur les 24 que comptent les budgets) : délégation du Sénégal, mairie de Dakar et colonie du Sénégal. Cela représente 80,96% du total des frais de traitement, alors que les PALF représentent seulement 3,16%.

En 1946, les indigent·e·s figurent au budget de la délégation du Sénégal pour 17 044 journées et des frais de traitement de 692 274 francs, mais aussi au budget de la Mairie de Dakar pour 119 766 journées pour 5 013 202 francs. Comme pour 1947, on retrouve aussi dans le budget du Sénégal une ligne pour les indigent·e·s, mais il n'est pas très clair si cela concerne les indigènes, car le « t » de la machine à écrire semble avoir été ajouté par-dessus le « e », confirmant ainsi les confusions coloniales. Au milieu des années 1940, l'administration coloniale peine encore à distinguer les indigènes des indigents, tant le sens des deux mots sont parfois confondus... comme encore parfois aujourd'hui par certain·e·s fonctionnaires. Le montant pour les indigent·e·s est de 1 807 205 à ce budget de 1947. Au total, les indigent·e·s représentent donc 7 513 381, soit 83,3% du total des frais de traitement. La mairie de Dakar est, de très loin, le premier contributeur des budgets débiteurs, soit 55,8%; et le plus faible contributeur est la commune de Kaolack avec 36 francs! Les priorités et capacités budgétaires de Kaolack étaient certainement contraintes à cette époque.

En 1945, seule la circonscription de Dakar a participé au paiement des frais de traitement des indigent·e·s à hauteur de 1 038 550 francs, soit 17% du total. Dans aucun des autres budgets n'apparaît l'indication « indigent » associée aux montants présentés. Les PALF ne représentent que 2,7% des frais de traitement. Ainsi, on peut se demander si le terme d'« indigent » dans le rapport de 1947 n'a pas été substitué à celui d'« indigène », car nous avons constaté parfois cette erreur de la part de l'administration coloniale. Ou alors, l'administration a changé de politique en deux années en faveur des indigent·e·s. Cependant, le fait que des budgets d'autres colonies comme la Mauritanie, la Guinée ou le Dahomey contribuent au paiement des frais de traitement en 1947, laisse croire qu'il s'agit bien d'indigent·e·s dont on ne sait pas s'ils ont tous suivi les procédures complexes habituelles pour disposer de ce statut.

Dans son édition du 24 novembre 1951, l'hebdomadaire d'informations *Paris-Dakar* relate la dernière séance de la session ordinaire du Grand conseil de l'AOF et son débat sur les frais d'hospitalisation des indigent·e·s. Il semble que cette question a déjà été formulée dans le même hebdomadaire en 1950 par le journaliste Ould Dey Sidi Baba qui demande que « les frais d'hospitalisation des indigents traités dans les hôpitaux dakarois soient imputés au budget général ». On comprend à l'article que cela n'a pas été le cas et donc ce dernier « repose la question ». Le journaliste évoque « une très vive discussion à ce sujet ». Plusieurs conseillers semblent insister pour que cette question soit définitivement

traitée sans remettre en cause le principe de l'aide aux indigent·e·s. L'administration semble d'accord avec le principe mais explique que la somme à engager serait d'environ 30 millions et donc que « le projet de budget général devrait être remanié totalement pour y inscrire cette nouvelle dépense ». L'administration rappelle que le principe reste que la prise en charge des indigent·e·s relève du budget de la ville où il réside. La question semble très débattue puisque le journaliste écrit que « le débat devient confus, les conseillers parlant tous à la fois, et M. Tidjani Traoré suspend la séance ». L'article ne nous explique pas quelle a été la conclusion des discussions qui ont repris le lendemain.

En 1953, le budget du Sénégal dispose d'une ligne nommée simplement « indigents » concernant 1 272 journées d'hospitalisation, soit 13 fois moins que les 16 221 journées des particulier·e·s à leurs frais et soit 0,98% du total des journées⁵. En 1952, ces journées pour les indigent·e·s n'étaient que de 560 pour le budget du Sénégal, soit 0,42% du total des journées. En 1953, les indigent·e·s de l'Ambulance du Cap Manuel concernent 3,8% des journées d'hospitalisation.

De 1951 à 1953, on note une ligne budgétaire minimale concernant les journées payées par le budget des armées, qualifiées de « soins gratuits », essentiellement en troisième catégorie, pour un total de 369 journées, soit 0,34% des journées de l'Hôpital principal en 1953; 0,63% en 1952 et 0,85% en 1951. Cette ligne n'apparaît pas pour l'Ambulance du Cap Manuel et elle sera, pour les années suivantes, parfois intégrée à la ligne « centre de réforme ». En 1952, on note que le budget « Sénégal indigents » concerne 560 journées en troisième catégorie, soit 317 600 francs, 0,5% du budget total. En 1951, ce budget pour les indigent·e·s représentait 130 journées et 51 400 francs, soit 0,09% du budget total.

En 1953, on remarque dans le tableau budgétaire global que trois sources de financement permettent de prendre en charge les indigent·e·s, d'abord, le budget « Sénégal délégation » pour 365 journées correspondant à 219 000 francs, ensuite, la mairie de Dakar pour 813 jours soit 482 000 francs et enfin le budget local de la Guinée⁶ pour

5. La majorité du financement provient des budgets militaires, surtout de l'armée de Terre à hauteur de 40% des journées.

6. On peut douter que la totalité du budget de la Guinée serve à payer les journées des indigent·e·s, car ce n'est pas ce type de libellé que l'on retrouve les autres années. En 1951, la contribution de la Guinée au budget de l'hôpital a été scindée en deux : 330 journées pour la ligne « Guinée » et 64 journées pour la ligne

313 journées et 187 000 francs. Ainsi, au total, les indigent-e-s concernent 1,38% du budget total de l'Hôpital principal de Dakar. En 1954, on note un « budget local pour les indigent-e-s » concernant 105 journées d'hospitalisation pour un total de 84 000 francs, soit 200 fois moins que le budget des revenus des particulier-e-s à leurs frais et 0,04% du budget total. Dans le budget de 1955, on remarque une ligne de prise en charge des indigent-e-s par la mairie de Dakar concernant 1365 journées (0,9%), soit un montant de 1 126 000 francs (1,09%).

En 1955, une série de correspondances permet de disposer d'informations sur les ressortissant-e-s libanais-e-s considéré-e-s comme indigent-e-s et hospitalisé-e-s en AOF depuis 1950 (encadré 8).

-8-

Des Libanais-e-s indigent-e-s

En 1955, le médecin général inspecteur Talec demande (lettre 314/SP-Tech) à tous les directeurs locaux de la santé publique de lui fournir des informations sur les ressortissant-e-s libanais-es considéré-e-s comme indigent-e-s, pour les transmettre à l'ambassadeur de France au Liban, dans l'objectif « d'en faire état lors des demandes d'admission à titre gracieux d'indigents français dans les hôpitaux et sanatoria libanais ». Ainsi, chaque territoire répond en lui fournissant une liste nominative de ces personnes libanaises considérées comme indigentes. Par exemple, l'Hôpital principal de Dakar l'informe que sept personnes, identifiées par leur nom et prénom dans une liste, ont été prises en charge entre 1950 et 1954. La liste est complétée par trois autres personnes pour le centre médical de Ziguinchor et 12 pour le centre médical de Diourbel. À Dakar également, Mademoiselle Nirio, assistante sociale chef des forces terrestres d'Outre-mer, fournit la liste de sept personnes libanaises dont le service s'est occupé, tous des anciens soldats comme Georges Farah, ancien aviateur de la guerre 39-45 ou Abdoul Hadi Khalil, « 2e classe en 14/12/47 ». Deux de ces personnes semblent avoir des problèmes avec la justice et plusieurs ont été aidées par l'assistante sociale pour trouver du

« Guinée indigents », soit 25 600 francs. La Guinée serait donc la seule colonie à avoir, à deux reprises, payé des frais d'hospitalisation pour les indigent-e-s de son territoire.

travail, mais pour l'une d'entre elles, l'assistante écrit qu'il « était venu chercher du travail à Dakar mais, paresseux, n'a pas donné satisfaction là où nous l'avions placé ». La réponse de l'Hôpital de Bamako est plus précise car elle permet notamment de savoir que les trois personnes « libanaises indigentes » hospitalisées aux frais du territoire ont coûté 29 050 francs pour un total de 83 journées d'hospitalisation au prix unitaire de 350 francs. Deux de ces personnes ont été évacuées à l'Hôpital principal de Dakar. De même, le tableau produit par le médecin de l'Hôpital Ballay en Guinée, permet de disposer des montants que la prise en charge des sept personnes entre 1950 et 1953 a coûté au territoire. La plupart de ces personnes sont nées au Liban et une seule est née à Conakry en 1915. Madame Dina Oni Rada, 28 ans, est restée longtemps à l'hôpital (du 23 avril au 13 août 1953, puis du 29 septembre au 18 novembre) et semble y être décédée le 18 novembre 1953. Ces deux séjours auront coûté au territoire 141 400 francs CFA. Pour la Haute-Volta, le directeur local de la santé publique explique qu'au cours de cette période, ils n'ont jamais hospitalisé de ressortissant·e-s libanais·es en tant qu'indigent·e-s et le directeur local du Dahomey explique qu'ils ont dû prendre en charge une seule personne, monsieur Joseph Dib à Porto-Novo, en tant que Libanais indigent. Sur la base de ce recensement, le médecin général inspecteur Talec rédige une note au Haut-commissaire de la République, Gouverneur général de l'AOF, pour lui expliquer que le nombre de Libanais·es indigent·e-s est « relativement peu important ». Au total, on trouve six personnes soutenues par l'action sociale de la délégation du Sénégal, 31 Libanais ayant servi dans l'armée française et ayant ainsi bénéficié de l'action sociale des forces terrestres d'Outre-mer et enfin, 33 Libanais·es indigent·e-s hospitalisé·e-s dans les différents territoires, la majorité au Sénégal avec 22 personnes.

Dans le contexte du Liban indépendant depuis 1945, ces estimations s'inscrivent certainement dans le processus de réciprocité de la prise en charge des personnes indigentes, notamment des Français·es au Liban.

En 1956, pour l'Hôpital principal, mis à part les fonctionnaires et les accidenté·e-s du travail, la « quasi-totalité des malades sont traités comme indigents au compte des budgets locaux et communaux ». Mais le médecin général inspecteur Talec affirme que les budgets locaux

remboursent faiblement et il formule l'hypothèse que « si le remboursement effectif était imposé, il est probable que les certificats d'indigence diminueraient sensiblement », reprenant cette idée d'abus.

La question de la présentation des certificats d'indigence perdure. Le 16 octobre 1956, le médecin commandant Rainaut (médecin-chef de la clinique neurologique), écrit au directeur général de la santé publique de l'AOF pour lui demander les conditions d'admission des malades à l'Hôpital Le Dantec. Il écrit notamment qu'il « se présente en effet fréquemment des malades dont l'entrée est urgente et qui sont démunis de certificats d'indigence et de toute pièce administrative ». Cette question des pièces administratives pour justifier du statut d'indigence est, encore aujourd'hui, une problématique quotidienne en Afrique de l'Ouest. Mais le médecin Rainaut ne s'inquiète pas seulement de l'accès aux soins pour les plus pauvres, il pense aussi au fonctionnement de sa clinique neurologique et demande : « peut-on ou non les admettre sans autre formalité? Et comment s'opérera alors le remboursement des frais d'hospitalisation? ».

Dans une note de deux pages (dont je n'ai pu identifier le signataire) datant de 1956, adressée au gouverneur inspecteur général des affaires administratives de Dakar, on retrouve des éléments concernant la réalité des « petits payants ». Ainsi, l'auteur analyse le projet de circulaire concernant l'assistance médicale et explique que la délibération du 27 juin 1956 ne semble pas avoir fondamentalement changé la situation. Il rappelle d'abord que la hausse des tarifs à l'Hôpital principal permet de mieux aligner les prix des remboursements sur le coût réel. Il continue en expliquant qu'il existe bien une majoration de 25% appliquée aux particulier-e-s, et il confirme l'existence d'un tarif « petit payant », mais dont il dira plus loin dans sa note qu'il n'est pas appliqué. Ainsi, écrit-il : « les règles de la médecine payante sont posées, mal posées sans doute, mais elles existent ». Reprenant un débat moderne, il rappelle par ailleurs l'arrêté du 23 novembre 1929 qui fixait les conditions de traitement des indigent-e-s dans les formations sanitaires sans déterminer ce qu'on entendait par indigence, ni préciser comment l'identifier, ce que l'on nomme aujourd'hui le ciblage. Il explique aussi que « dès lors, le non-indigent devrait payer ses frais de traitement ». Ensuite, il rappelle l'arrêté du 15 janvier 1941 qui divise les « payants » en deux catégories, comme nous l'avons vu plus haut : les « petits payants » et les autres. Les premiers sont « les malades non-indigents dont les revenus ne dépassent pas de plus de 25% le salaire minimum régional ». Les seconds sont les malades dont les revenus dépassent le salaire minimum régional de plus de 25%,

qui doivent payer le tarif entier. Mais l'auteur de la note confirme le contenu du projet de circulaire, en expliquant que la plupart de ces textes sont « demeurés tous théoriques et se traduisent par la médecine gratuite pour tous ». Puis il suggère d'aller « rechercher le payant à un niveau bien plus élevé », dans les couches aisées, ou d'organiser la contribution graduellement sur plusieurs catégories, en fonction des moyens des personnes. Enfin, il se demande, débat toujours d'actualité : « ne serait-il pas plus expédient de réaliser les ressources escomptées par un impôt direct de solidarité par exemple ne frappant que les catégories aisées? ».

Les défis bureaucratiques des recouvrements

Pour les hôpitaux du service général, pris en charge par le budget colonial (département des colonies), un remboursement à la structure est organisé pour les fonctionnaires, les officiers, les hommes de troupes et les employés des services militaires. Diop (1983) indique qu'une retenue sur les soldes et salaires est effectuée¹, comme nous l'avons vu précédemment dans la première partie. Mais encore faut-il que ces sommes soient recouvrées tant par les budgets, que les individus ou les entreprises. Ainsi, les défis sont importants et les stratégies de recouvrement nombreuses.

Le ministre des Colonies, dans une circulaire du 1er septembre 1909, donne des instructions, afin d'éviter « les retards dans les recouvrements des sommes dues par le personnel colonial, à titre d'avances de solde ou de retenues d'hôpital » (JOS 628, 89). Il semble que la Cour des comptes ait attiré l'attention du ministre sur le manque de rigueur du suivi comptable, l'empêchant de prendre connaissance des remboursements. Aussi le ministre énonce-t-il plusieurs mesures à mettre en place pour affecter les retenues d'hôpital au Trésor au titre des « recettes d'ordre en atténuation de dépenses, remboursements des frais de traitement dans les hôpitaux des Colonies ».

À l'ouverture de l'Hôpital central indigène, en octobre 1914, des défis de coordination du remboursement des journées ont été relevés. En effet, la question s'est posée au sujet du remboursement de la journée lorsqu'un patient de l'Hôpital colonial est évacué vers l'Hôpital central indigène, notamment lorsque la personne est déclarée atteinte de la peste et doit donc être internée dans cette dernière structure. À qui le bénéfice de la journée doit-il revenir et « des divergences de vue s'étant produites

1. Au Togo, la retenue variait de 12 à 24 francs par journée d'hôpital selon le niveau de salaire variant de 8 000 à plus de 40 000 francs, soit de 0,15% pour la tranche la plus basse (8 000 francs) à 0,06% pour un salaire de 40 000 francs. Les agents « indigènes » des cadres locaux étaient aussi taxés par journée d'hôpital de 3 à 8,50 francs selon le salaire variant de 2 500 à 18 000 sans nourriture et de 4,75 à 10,25 francs avec nourriture (soit une fourchette de 0,12% à 0,06%). Par ailleurs, les enfants de 5 à 12 ans payaient 50% de cette retenue (Alonou, 1994).

à ce sujet, une même journée a été portée deux fois au compte d'un malade traité à ses frais ». Ainsi, le directeur du service de santé estime que si la personne malade est évacuée après 16 heures, c'est l'hôpital qu'elle quitte qui doit en demander le remboursement. Il précise : « il est certain qu'un malade évacué ne doit pas payer deux fois la même journée d'hospitalisation ».

Dans une lettre, nous apprenons qu'un instituteur (M. Demba Sy) de Ziguinchor a subi une retenue de 100 francs sur son salaire de fonctionnaire (de 1 500 francs), pour avoir séjourné 20 jours à l'Hôpital civil en 1914, soit 5 francs par jour (voir ci-après).

Dans une autre lettre, le directeur de l'exploitation des chemins de fer informe le Gouverneur des colonies, basé à Saint-Louis en 1911, qu'il rembourse la somme de 66 francs pour l'hospitalisation de Mme Rokata Bâ, la femme du chef de station de Rao. Le principe est donc, pour ce type d'employé, d'effectuer un remboursement forfaitaire. L'administration envoie un état de remboursement pour l'hospitalisation des personnes sous son ressort.

La même année (1911), alors que Mme Gueye, qui a eu les « deux jambes coupées » car elle a « été tamponnée par le train de voyageurs n°1 au kilomètre 141 » est décédée, le secrétaire général chargé de l'expédition des affaires courantes et urgentes (M. G. Poirot) transmet un état de remboursement des frais d'hospitalisation d'un montant de 31 francs.

L'Hôpital de Saint-Louis pouvait aussi recevoir des remboursements pour les Africain·e·s de la Côte d'Ivoire (donc à partir du budget de cette colonie), comme M. Kamara Samba, amputé de la jambe droite en 1911. Une lettre de juin 1911 explique notamment que cette personne a bénéficié d'une « jambe de bois au compte du budget local de cette possession » qui aurait été fournie par l'Hôpital civil de Gorée pour 33,75 francs, montrant aussi la circulation des malades entre les structures hospitalières.

À la même époque, en janvier 1910, le médecin chargé de la visite des fonctionnaires du Sénégal se plaint auprès du délégué du Lieutenant-Gouverneur à propos de la retenue sur salaire pour les pansements et médicaments délivrés aux agents de police de la ville de Dakar. Il réclame ainsi la gratuité pour ce personnel qui « risque journallement des coups et blessures en service commandé ». Le gouverneur demandera donc au délégué de Dakar le 18 janvier 1910 de bien vouloir dire au commissaire de police que ses agents « recevront gratuitement les soins médicaux et pansements que nécessitera leur état de santé », les médicaments étant ajoutés à ces deux items dans une note manuscrite, oubliée lors de la rédaction du brouillon.

L'administration déploie souvent des moyens importants pour recouvrer ses créances comme le cas de M. Nicolai le montre bien (encadré 9).

-9-

Une enquête de police pour faire payer M. Nicolai

Le cas de M. Joseph Nicolai, dont on ne sait pas s'il est français, mais a priori, il est au moins « européen », est intéressant à plus d'un titre pour illustrer les modalités de fonctionnement des hôpitaux. Nicolai débarque en novembre 1918 à Dakar avec le « Général Galliéni », dans un état de dénuement tel qu'il oblige un inspecteur de la Sûreté, M. Paoli (« parent de loin »), à lui fournir à son arrivée « une chemise, une paire de chaussettes, un pantalon et un chapeau... et le faisant manger pendant quelques jours où il se trouvait sans ressource ». Puis, le 15 novembre 1918 à 22h00, il se rend à l'Hôpital colonial de Dakar pour une « blessure grave par balle de revolver ». On retrouve une lettre du 22 janvier 1919, dans laquelle le général de division Bonnier, commandant supérieur des troupes de l'AOF, s'enquiert auprès du Gouverneur général de l'AOF de sa décision concernant le paiement des frais d'hospitalisation de M. Nicolai. En effet, en arrivant à l'hôpital, ce dernier a déclaré ne pas pouvoir réaliser le dépôt de fonds demandé, mais qu'il « verserait le lendemain la provision réglementaire² pour son admission à la catégorie des sous-officiers ». Mais « ce blessé dénué de ressources exhiba une facture d'après laquelle il prétendait que la maison Buhan & Teisseire [compagnie coloniale] à l'époque lui devait environ 1 400 francs ». Ainsi, vu la gravité de la blessure, l'hôpital l'a admis, pensant donc pouvoir récupérer son argent par la suite. Mais depuis « le médecin chef de l'hôpital recherche le paiement des frais engagés » et tout l'arsenal administratif est mis en branle à cet effet. Les archives témoignent que médecins, administrateurs et même un commissaire de police sont mobilisés pour trouver les moyens de payer ses frais. La maison Buhan & Teisseire a été contactée mais refuse de payer. La

2. L'arrêté de 1926 précise bien que cette provision est de 30 jours d'hospitalisation « versée au moment de l'entrée entre les mains du gestionnaire et régulièrement renouvelée ».

personne malade, considérée comme « particulier à ses frais » le 22 novembre selon le service de gestion, n'est donc « pas en mesure de verser la provision réglementaire pour frais de traitement », écrit le directeur du service de santé le 28 novembre 1918. M. Nicolai est ainsi transféré d'office à la catégorie « soldats européens et assimilés », alors qu'il ne semble pas être un soldat. Il s'agit donc certainement d'un transfert administratif, sur papier. Le 21 janvier 1919, on retrouve une lettre de M. Raousset, commissaire de police qui rend compte de sa rencontre avec M. Paoli, Inspecteur de la Sûreté, « parent de loin » à qui l'on va aussi chercher les moyens de faire payer cette créance. Ce dernier avoue connaître M. Nicolai depuis peu de temps, mais « M. Paoli décline toute responsabilité sur Nicolai et trouve qu'il a déjà fait beaucoup en lui donnant des vêtements et en l'ayant hébergé quelques temps ». Le 3 janvier 1919, le commissaire de police écrit au délégué du Gouvernement du Sénégal pour le prévenir que cette personne, à « sa sortie d'hôpital » n'a plus de ressource et que « les frais d'hospitalisation ne pourraient être imputés qu'au moment du procès par lui en se faisant porter partie civile ». Les archives ne nous informent pas de la fin de l'histoire.

À Dakar, les « particuliers » hospitalisés à l'Hôpital central indigène, payant eux-mêmes les frais, devaient, lors de leur admission, avancer l'équivalent de 15 jours. L'affaire de M. Nicolai (encadré 9), mais aussi celle de Mme Guillemot en 1919 (voir ci-après), montrent que l'admission à l'hôpital était également possible sans le paiement de cette caution. Il y a évidemment un biais d'archives possible, puisqu'il semble peu probable que des personnes s'étant vu refuser l'admission, faute de pouvoir payer la caution, soient illustrées dans les documents conservés par l'administration. Ainsi, dans une lettre datée du 3 juillet 1919,, le chef du cabinet du Lieutenant-Gouverneur basé à Saint-Louis informe que le Gouverneur a autorisé « sans versement préalable des avances réglementaires, l'admission à l'hôpital civil de Madame Guillemot et de son enfant ». La raison évoquée pour cette entorse au règlement est que le mari, ancien mécanicien à la Compagnie du Niger français, s'est engagé à payer les frais d'hospitalisation « dès le règlement du procès en cours qu'il a intenté à la Compagnie du Niger français ». L'exonération est donc attribuée de manière temporaire car cette famille semble solvable et l'hôpital pourrait recouvrer ses frais. Les règles de l'administration peuvent donc s'adapter.

En 1925 et 1926, les archives témoignent d'un échange important de lettres entre les services de santé, le Lieutenant-Gouverneur du Sénégal et le ministre des Pensions, à propos du respect de la loi du 31 mars 1919 (dont le règlement d'administration n'est pas encore arrivé au Sénégal) accordant la gratuité des soins et des traitements aux mutilés de guerre. M. Demay, professeur au Lycée Faidherbe de Saint-Louis (fonctionnaire et blessé de guerre : deux catégories bénéficiant des soins gratuits), se plaint de ne pouvoir consulter un médecin civil de son choix (qui serait ensuite payé par l'administration), ainsi que de ne pouvoir visiter l'un des deux pharmaciens privés de la ville. Il ne veut pas consulter de médecin militaire, alors qu'il ne semble pas y avoir, à cette date, de médecin civil à Saint-Louis. Il aurait même insisté pour « payer lui-même, comme un malade civil, son médecin et son pharmacien, paraissant ainsi faire abandon des soins gratuits qu'il réclame cependant avec insistance », écrit le médecin principal de première classe (M. Lamy), chef du service de santé au Sénégal le 16 décembre 1925. Mais les échanges de lettres laissent croire à des querelles entre cette personne, l'administration et les médecins militaires. Les archives ne permettent pas cependant de bien comprendre l'origine de ce conflit (les demandes de M. Demay sont en effet confuses), chacun renvoyant la faute sur l'autre, ou affirmant que l'autre a tort. Une lettre signée par 24 personnes (dont des Français et des Sénégalais, tous réformés, certains en citant leur pourcentage d'invalidité) sera même envoyée en avril 1926 au ministre des Pensions pour demander les mêmes droits accordés à M. Demay, afin notamment d'arrêter de devoir se rendre à « l'hôpital civil ou militaire réclamer des soins, en faisant la queue à la porte des médecins traitants, comme des indigents ». M. Demay a-t-il menti à ses pairs pour continuer de faire pression ou régler ses querelles avec l'administration?

Toujours est-il que cette affaire montre que la gratuité des soins était accordée aux mutilés de guerre. En effet, un arrêté de 1926 (1154.931), précisait que cela ne concernait que les formations sanitaires publiques, « quel que soit le budget dont elles relèvent ». L'arrêté expliquait par ailleurs le fonctionnement des remboursements, notamment des notes d'honoraires des médecins et des pharmaciens, tout en précisant que : « en aucun cas le médecin qui, du fait de fonctions déjà rémunérées, doit des soins gratuits à un pensionné ne peut être rétribué pour les soins qui peuvent nécessiter spécialement l'infirmité, la maladie ou la blessure ayant motivé la pension ».

La pratique a-t-elle anticipé le besoin de régulation? Les « Indigènes » non-citoyens français dans cette situation bénéficiaient des mêmes droits aux soins et médicaments gratuits, mais dans les formations sanitaires de l'AMI que nous évoquerons dans la prochaine partie. Mais lorsque cela n'était pas possible, faute de moyen ou de personnel dans les structures de l'AMI, ils avaient « droit aux dispositions générales applicables aux citoyens français ». L'ensemble de ces dépenses était dévolu au budget colonial sous le chapitre R/1 rubrique « soins médicaux aux victimes de la Guerre », un décret de 1935 accordant même « des soins gratuits aux victimes de guerre » (JO, 1935, 1599 : 194).

À l'inverse, on trouve le cas de M. Rufat (chef de transit de la Société générale de l'Ouest franco-africain) qui réclame le remboursement des 45 francs qu'il a versés au Trésor Public après³ avoir été hospitalisé du 5 au 14 mars 1902 à l'Hôpital civil de Saint-Louis. S'il a bien payé et donc en avait la capacité, il réclame un remboursement, car il a été admis pour un diagnostic de « fièvre » qui, finalement, s'est avéré être la petite vérole; « les boutons de petite variole apparaissaient sur mon visage », écrit M. Rufat dans sa lettre. Or, en raison de « l'épidémie qui régnait », la gratuité du traitement avait été décidée. La demande de M. Rufat a remonté toute la chaîne de l'administration coloniale pour arriver jusqu'au Lieutenant-Gouverneur du Sénégal. Mais l'histoire se complique lorsqu'on comprend que M. Rufat avait aussi été hospitalisé 14 jours en février de la même année pour un autre problème de santé pour lequel il avait payé une caution de 100 francs dont 30 lui ont été rendus en sortant (14×5 francs = 70 francs). Les lettres semblent évoquer que la demande de remboursement des 45 francs n'était pas si justifiée que cela, mais leur exploitation ne permet pas de comprendre s'il s'agit d'une erreur ou d'une tentative induite.

Mais le pouvoir colonial essaie aussi parfois de soutenir ses citoyen-ne-s français-es comme le fils de Mme Tressol. Ce cas de 1915 est aussi intéressant pour comprendre les modalités de paiement entre les administrations. Mme Tressol, née à Saint-Louis le 28 mars 1875, est « dactylographe au Thiès-Kayes » et dispose d'un salaire journalier de quatre francs. Son fils étant « gravement malade » et eu égard au besoin d'un « long traitement et un régime dispendieux », selon le docteur

3. Il n'aurait rien payé avant, donc la caution ne semble pas versée systématiquement pour les personnes à leur « compte ».

Durand venu lui rendre visite à domicile, Mme Tressol demande à l'administrateur commandant du cercle de Thiès l'autorisation d'hospitaliser son fils. Une lettre du 11 janvier 1915 du médecin du service local atteste de son état de santé. « Les soins que nécessite la santé du jeune Tressol étant trop onéreux pour le budget de la commune mixte de Thiès et en raison de la situation de la famille » sans ressources suffisantes, l'administration locale, puisque « le crédit pour secours aux indigents est peu élevé » écrit l'administrateur le 16 janvier 1915, cherche à puiser dans le « budget de Thiès-Kayes (fonds d'emprunts) », donc « aux frais de la colonie » demande le chef du 1er bureau dans une autre lettre du 27 janvier 1915. Dans une note manuscrite sur cette lettre, le lieutenant général de Saint-Louis demande au Gouverneur s'il peut faire en sorte que ce soit « la Colonie » qui paye les frais d'hospitalisation⁴. L'argument pour ce transfert de responsabilité de paiement tourne autour du fait que Mme Tressol est fonctionnaire ou épouse de fonctionnaire. Comme pour M. Nicolai (voir précédemment), les archives montrent qu'une enquête de police a été réalisée et confirme le manque de ressources de Mme Tressol, bien qu'elle ait obtenu un « secours de 50 francs » de la mairie en novembre 1914. L'enquête permet de comprendre qu'elle vit seule avec ses deux enfants et qu'elle a demandé en janvier 1915 au Procureur de la République « une assistance judiciaire contre son mari dont elle veut obtenir un secours mensuel de 50 francs pour ses enfants ». Ce dernier « l'a quittée pour aller à Sydiou (sic) comme employé de l'Administration, sans jamais lui avoir envoyé aucune somme d'argent », lit-on dans le dossier.

Le statut de fonctionnaire est donc central dans la décision de financer les soins dans les hôpitaux. Deux lettres de 1914 montrent que les frais d'hospitalisation de la fille de l'instituteur Amadou Moctar Diop seront pris en charge à ce titre, mais seulement après avoir prouvé ce statut. En effet, la mairie de Dakar a dû écrire au Gouverneur des Colonies, le 11 avril 1914, pour attester que « cette indigène n'a pas été hospitalisée par les soins de la Commune de Dakar », confirmant encore une fois les va-et-vient administratifs pour limiter le paiement des soins à partir

4. On retrouve les mêmes tentatives dans une lettre du 19 juin 1913 concernant le paiement des frais des « militaires indigènes licenciés ou réformés » dont le traitement à l'hospice civil de Gorée (ou leur futur rapatriement dans leurs pays d'origine) incombe aux budgets locaux, alors que William Ponty, Gouverneur, réclame qu'il soit pris en charge par le budget de la Colonie.

des budgets locaux. Si cela peut laisser croire que peu de différences sont faites selon l'origine des personnes dans le cas des fonctionnaires (« indigènes » ou pas), il semble que cela n'était pas le cas pour les indigent·e·s, comme nous le verrons plus loin.

En 1936, l'arrêté 2002 explicite le fait que les frais funéraires (d'un montant maximum de 200 francs), ainsi que les frais d'hospitalisation, pour les personnes victimes d'accident du travail et décédées à l'hôpital doivent être remboursés par le chef d'entreprise.

Dans son rapport de tournée de 1941, le chef du service de santé du Sénégal explique qu'à Kaolack où il était lui-même responsable en 1935 et 1936, perdurent des problèmes d'imputation comptable concernant les malades pris en charge. Il explique ainsi que l'on ne fait pas de différence entre les malades qui appartiennent à la commune et ceux qui viennent de l'extérieur, pour le paiement et le remboursement de la nourriture. Il suggère qu'il « conviendrait d'inscrire sur le registre des entrées et sorties, en face du nom de chaque malade hospitalisé, « C » ou « L » suivant que l'intéressé appartient à la commune ou vient de l'extérieur ». Ainsi « le décompte des journées de traitement à chaque budget est désormais facile à établir et partant, le décompte des rations ». Dans le rapport de tournée de l'année suivante, du 29 septembre au 3 octobre 1942, le chef de service affirme que le fonctionnement budgétaire lui a semblé très complexe et qu'« il y a une intrication telle des charges qui incombent au budget local et au budget communal qu'il paraît difficile de s'y reconnaître ». Puis, il explique qu'il a fait part du problème au maire de Kaolack, et au commandant du cercle, et que ce dernier confirme que la répartition des dépenses entre les budgets est arbitraire, alors qu'en 1936 la comptabilité était bien séparée entre, d'un côté, le budget local et, de l'autre, le budget communal.

Les défis concernant l'imputation budgétaire vont perdurer. Ainsi, en 1942 à Saint-Louis, une note du secrétariat général adressée au médecin chef du service de santé cherche à simplifier les procédures, en proposant de ne plus exiger d'attestation administrative du domicile de secours, mais simplement une attestation portée sur le bulletin de visite ou d'hôpital, certifiant que la personne est bien indigente pour « permettre l'imputation budgétaire ».

Début 1956, l'administration se lance dans un projet d'étude de la situation financière des hôpitaux de Dakar. Le docteur Talec, directeur général de la santé publique envoie une note (677) de précision au Gouverneur inspecteur général des affaires administratives de Dakar, à la suite d'un entretien que les services de ce dernier ont eu avec son

adjoint administratif. C'est l'occasion pour Talec de signaler que l'article 222 du règlement du 2 août 1912 traite de la conduite à tenir pour les « particuliers insolvable ». Mais il n'évoque pas le terme d'indigent dans ce passage, mais plus loin dans sa note, affirmant que cet article peut aussi s'appliquer aux « indigents ». Il explique que les frais de traitement de ces personnes insolvable sont imputés au budget local « qui se retourne éventuellement contre les intéressés ou les Municipalités ». Il affirme enfin que seul le budget local dispose des ressources pour investiguer la solvabilité des personnes concernées. Dans une autre note (1316) destinée au médecin chef de l'Hôpital principal en mars 1956, il explique que si les particuliers insolvable se transforment comptablement en indigents pour être imputés au budget local s'est parce que les services de santé n'ont pas les « moyens d'investigations et de coercition nécessaires pour déceler la solvabilité des intéressés et imposer éventuellement les règlements ». Plus tard, en août 1956, une autre note (3963) du docteur Talec pour le Gouverneur inspecteur analyse un projet de circulaire sur l'assistance médicale. C'est fois-ci il évoque la question des indigents. Ainsi, on y apprend que c'est l'arrêté 2595 AP du 23 novembre 1929 qui fixe les conditions d'accès aux soins des indigents. Cependant, l'auteur déplore le fait que l'on ait « omis de déterminer l'indigence et de l'identifier ». Je n'ai pas réussi à trouver cet arrêté.

À propos des modalités de remboursement, on trouve dans les archives des « feuilles nominatives décomptées pour servir au remboursement des sommes dues pour journées de traitement ». Par exemple, l'Hôpital central indigène réclame à la Mauritanie 672 journées, pour la période du 1er au 31 décembre 1947. Figurent les noms et prénoms de 23 indigent-e-s avec leurs dates de séjour et leur nombre de journées, ainsi que la mention de 5 décès. Ces 672 journées ont été classées dans la quatrième catégorie, la plus basse, et sont à un prix unitaire de 100 francs. L'hôpital réclame donc 67 200 francs plus 1 500 francs pour six inhumations complètes (on ne sait pas quelle est la sixième personne) et 250 francs pour cinq frais de transport d'ambulance (s'agit-il des personnes décédées?), donc un total de 68 950 francs.

Fin 1927, on retrouve des échanges entre l'administrateur en chef, commandant le cercle de Thiès et le Lieutenant-Gouverneur de Saint-Louis (Jore) qui trouve « inadmissible qu'une notabilité indigène de cet ordre se trouve dans une situation telle qu'elle nécessite la délivrance de titres d'hospitalisation et de transport gratuits ». Le commandant de

cercle de Thiès lui répondra, dans un télégramme-lettre le 2 décembre 1927, que M. Bougonna Aram, chef de quartier à Thiès, « malgré ces titres, ne possède rien et doit être considéré comme indigent ».

Toujours dans un souci de recouvrement des coûts, le médecin chef de l'Hôpital militaire de Saint-Louis demande en janvier 1927 à la compagnie Oldani & Cie de prendre en charge les frais d'hospitalisation de son employé, M. Amet Sy. Mais cette dernière lui répond par un refus, car « cet indigène a été blessé par la chute d'une pile de sacs sur le quai où il n'avait rien à faire ». L'entreprise demande donc qu'il soit « traité comme malade indigent » pour ne pas avoir à payer, pense-t-on comprendre...

Dans le rapport de 1947, M. R. Campcros indique avoir organisé un « contrôle sévère des entrées » qui lui a permis de « détecter beaucoup d'accidentés du travail qui étaient auparavant traités comme indigents » (voir plus loin). Ainsi, il a supprimé « tous les remboursements d'accidents du travail en quatrième catégorie et [a exigé] de tout faire rembourser par les Compagnies d'Assurance, sur le taux de la troisième catégorie à partir du 1^{er} juillet 1947 ». Puis, Campcros s'inquiète des problèmes qu'il subit pour le remboursement des frais d'hospitalisation des personnes accidentées de la circulation. Enfin, il se plaint que les nourrissons ne soient pas pris en compte dans les statistiques, donc dans les journées d'hospitalisation qui donnent lieu à des remboursements, alors qu'ils consomment du lait de l'hôpital, des soins, des médicaments et même qu'ils « salissent du linge ». Ainsi, il écrit et souligne en lettres capitales dans son rapport : « CES FRAIS NE SONT REMBOURSÉS PAR AUCUN BUDGET ». Les défis de la rentabilité et du dégagement de la responsabilité des entreprises privées sont donc déjà bien présents, même après la Seconde Guerre mondiale. En effet, dans son rapport de l'année précédente, en 1946, Campcros s'inquiétait déjà du manque à gagner et de la perception par les « indigènes » de leur droit :

l'utilisation trop fréquente de la mention d'urgence (il souligne) pour l'hospitalisation, du manque de pièces d'identité de la quasi-totalité des malades et à la conception généralisée chez l'indigène, de prétendre à un véritable droit aux soins et à l'hospitalisation gratuits; il se présente ainsi, sous le couvert de l'urgence, sans billet d'hôpital administratif ou avec un billet erroné qu'il modifie

même parfois lui-même; comme cela nous est arrivé de le constater. Durant l'année 1946, 80% des indigents et 50% des fonctionnaires se sont trouvés dans ce cas.

En 1954, nous retrouvons des échanges épistolaires qui impliquent M. Rigonaux, président du foyer « L'Œuvre française de l'enfance », fondé par l'Union des Eurafricains et subventionné par le Gouvernement général, à propos de la prise en charge des enfants de ce foyer au sein des hôpitaux. Le responsable du foyer demande au médecin chef de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar s'il n'est pas possible de faire en sorte que les enfants soient soignés, non pas à l'Hôpital Le Dantec mais plutôt à l'Hôpital principal. Ce responsable affirme qu'il connaît bien les deux hôpitaux pour y avoir visité des ami·e·s ou des membres de son association et par expérience que les enfants sont mieux et plus vite soigné·e·s à l'Hôpital principal. En outre, écrit-il, « ces enfants, habitués à vivre à la manière métropolitaine, comprendraient difficilement pourquoi, pendant une période de maladie, ils se retrouvent obligés de mener une existence différente de celle qu'ils mènent au Foyer ». Puis M. Rigonaux tente de négocier la prise en charge financière de ces enfants en demandant si son foyer doit payer les ordonnances et si « le service de santé ne pourrait pas céder à titre onéreux ou gratuit, mensuellement, pour notre pharmacie, de la quinine, de la teinture d'iode, etc. ».

De plus, la question de la catégorie sous laquelle ces enfants doivent être hospitalisé·e·s, est largement discutée dans les correspondances. Le médecin-colonel Pons, médecin-chef de l'Hôpital principal, explique que si ces enfants doivent être hospitalisés en 4ème catégorie, ils ne pourront l'être qu'à l'Hôpital Le Dantec, mais s'ils doivent être dans les trois premières catégories, ils pourront être hospitalisés à l'Hôpital principal contre « remboursement des frais d'hospitalisation sur feuilles nominatives décomptées ». Plus loin, le médecin-colonel indique que l'hospitalisation de deux enfants dans son hôpital s'explique certainement par le fait qu'ils aient été référés et que sur le bulletin était écrit « troisième catégorie ». Ainsi, les frais d'hospitalisation ont été pris en charge par le budget de la mairie de Dakar. Puis, en janvier 1955, le médecin général inspecteur Talec répond au médecin-chef de l'assistance médicale que les enfants de ce foyer peuvent être hospitalisés à l'Hôpital principal mais uniquement en première, deuxième ou troisième catégorie et contre remboursement. Il rappelle au médecin-chef les tarifs de remboursement selon les trois catégories soit 200, 300 ou 400 francs

pour les enfants de moins de 5 ans. Il demande donc au médecin de faire en sorte que le président du Foyer explicite l'imputation budgétaire et la fasse porter sur « le billet d'hôpital à l'encre rouge et en haut ». On comprend donc que la demande du président du Foyer, notamment d'une prise en charge gratuite, n'a pas été acceptée et que même pour ces enfants d'une association financée par le gouvernement, le remboursement est exigé par l'hôpital. Cependant, la demande de disposer de quelques médicaments à titre gratuit est acceptée en janvier 1955 par le médecin en chef de l'assistance Martin (lettre 020/IHS), et le foyer va donc recevoir « un petit approvisionnement d'urgence » gratuitement. En réponse à cet accord et à la demande de précision sur l'imputation budgétaire, le président Rigonaux précise que « les enfants devront être admis en catégorie indigent et les frais d'hospitalisation supportés par la municipalité de Dakar comme précédemment. Tous ces enfants sont détenteurs d'un certificat d'indigence délivré par le maire de Dakar ».

Après avoir abordé dans le détail le cas des hôpitaux, il est temps de comprendre la manière dont la financiarisation des soins était aussi présente dans les dispensaires destinés aux « Indigènes ».

III - L'AMI : LA GRATUITÉ D'UNE SANTÉ PUBLIQUE INDIGENTE

Introduction de la troisième partie

Dans le vaste Soudan, le service médical est une mystification.
Lahille, 1910 : 67.

Que retenir?

À partir de 1905, la mise en place de l'Assistance médicale indigène (AMI) en AOF entraîne la création de dispensaires ruraux, en plus des institutions hospitalières qui bénéficiaient déjà à une partie des populations urbaines. L'AMI a été très étudiée mais rarement sous l'angle financier, car le discours colonial la présentait comme étant gratuite. Pourtant, elle était largement sous-financée et ne répondait pas aux besoins multiples de la population. Mais surtout, les bénéficiaires de l'AMI ont aussi été sollicité·e·s pour des paiements directs dans certaines situations. Comme cela a été généralisé plus tard, dans les années 1980-1990, dans les pays appuyés par l'UNICEF et l'OMS, il arrivait que les malades payent les soins dans ces dispensaires, ce qui ne faisait que renforcer les inégalités déjà constatées dans les hôpitaux, le tout au détriment parfois de la santé des populations.

Ainsi, les populations rurales du Sénégal ont toutes contribué au financement de l'AMI, sans qu'elles ne puissent vraiment en bénéficier. L'administration coloniale a en effet imposé une taxe spécifique de 1930 à 1938 avant de l'intégrer en 1939 à l'impôt de capitation (forfait par personne). Ces taxes, régressives, ne tenaient pas compte des capacités à payer des personnes.

Enfin, dès les années 1920, l'idéologie de la performance et des primes à l'activité, mobilisée plus tard par la Banque mondiale et d'autres organisations dans les années 2000, est déjà bien en place. Des primes sont en effet octroyées aux mamans et aux matrones, notamment pour soutenir la politique coloniale de natalité.

Tout comme dans les hôpitaux à Dakar, la santé des populations locales, notamment rurales, n'était pas une priorité à l'époque coloniale, malgré les discours humanitaires ou les satisfécits administratifs. À titre d'exemple, Arthur Vernes et René Trautmann commencent leur rapport de visite en AOF en décembre 1938 et janvier 1939 par une « impression d'ensemble : magnifique. Tout le monde à son poste. Effort superbe ». Ce genre de commentaire tiré des archives coloniales expliquerait-il pourquoi, plusieurs décennies après, Rouanet (2015) affirme dans sa thèse que l'accès aux soins durant la période coloniale était gratuit et que moins de 0,1% du budget de l'AMI en 1931 provenait du paiement des patient-e-s? Une autre source coloniale nous apprend qu'un médecin exerçant à Boké (Guinée) depuis 1866 ne « s'intéressait pas à la population indigène »... (*Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'AOF*, 1938, XXI : 280). Il est donc important dans cet ouvrage de briser le mythe de l'AMI, relayé notamment par les archives coloniales, en montrant son fonctionnement dans la réalité de ses dispensaires, en plus du service général (hôpitaux et ambulances) ou militaire que nous venons d'analyser.

Des discours de « sacrifice » à une réalité budgétaire réduite

Henri Gallay, médecin inspecteur des services médicaux civils, dans un rapport de 1909, évoque l'article 1^{er} du décret¹ signé par le Gouverneur général Ernest Roume le 8 février 1905, mentionnant qu'il « est créé en Afrique Occidentale Française un Service d'Assistance médicale indigène, dont le but est de procurer gratuitement aux populations indigènes des soins médicaux et des conseils d'hygiène générale » (Gallay, 1909).

Bien que les termes « gratuit » et « sacrifice » financier soient très souvent utilisés dans ce rapport (et présents dans le décret de 1905), il semble que les résultats n'aient pas été à la hauteur des attentes (Ndao, 2005). En 1905, l'AMI disposait de 14 formations sanitaires et de 16 médecins pour l'ensemble du Sénégal².

Les premiers médecins civils de l'AMI seraient arrivés au Sénégal dès 1904, donc avant l'application de l'arrêté (Gallay, 1909), pour donner des soins *a priori* gratuits³. Le décret 84 signé par Roume en 1905 note en son article 4 que les médecins de l'AMI reçoivent une solde annuelle de 10 000 francs durant leur présence en Afrique, en plus d'une indemnité de déplacement et de cherté de la vie de 2 000 francs par an.

1. On pourra se rapporter au travail monumental de « répertoire des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal, 1822-2016 » (Becker, Collignon, Mbaye & Sadio, 2016). Il s'agit du décret 84, ce qui permet de valider le contenu du rapport Gallay.

2. Sur la place des infirmiers (et de l'évolution de leur salaire) au sein de l'AMI, voir Mbaye (2002)

3. En France, à la même époque, la loi du 15 juillet 1893 stipule également la prise en charge médicale gratuite pour les personnes sans ressources en fonction de leur domicile (Domin, 2016). L'assistance médicale gratuite est fournie à domicile ou, si cela est impossible, dans un hôpital. Il semble que la gratuité pouvait être transformée en « demi assistance » en cas de « demi-indigence », la personne devant payer la moitié des honoraires du médecin (Rondel, 1912). D'autres lois ciblaient d'autres publics pris en charge à cette époque comme les aliénés (1838), les vieillards (1905), les femmes en couche et leur repos (1913), mais elles n'avaient pas été promulguées en AOF selon un rapport de la Colonie du Soudan français pour le 6^{ème} Congrès de la mutualité coloniale.

Dans le rapport de Gallay (1909) pour la période de 1905 à 1907, on ne retrouve pas moins de 17 occurrences du mot « sacrifice ». Le terme « sacrifice » est également utilisé par le Gouverneur général Carde dans sa présentation des services de l'AMI en AOF : « il n'est pas douteux que les colonies sont prêtes à faire tous les sacrifices nécessaires » (Gouvernement du Sénégal, 1931). En 1937, on retrouve aussi un vocabulaire proche, lorsque le docteur Cheneveau (1937) parle de la « tyrannie du budget » dans le contexte des défis financiers de la prise en charge des « aliénés » au Togo.

En 1913, lorsque le grand marabout El Hadj Malick Sy se rend à l'Hôpital de Saint-Louis pour se faire opérer de la cataracte, l'administrateur en chef explique dans une lettre au Gouverneur du Sénégal le 12 mai 1913 : « il faudrait aussi que l'opération ne lui coûtât rien, pas plus que les soins qui en découleront. Nous ferions là de la bonne propagande⁴ en faveur de nos intérêts », ce qui laisse croire que des modalités de paiement étaient en vigueur, comme nous l'avons largement démontré dans la partie précédente, mais aussi que des faveurs accordées aux élites locales étaient déjà bien en place (Ngalamulume, 1997). Balandier (1951) a bien expliqué comment la politique coloniale cherchait à « compromettre, en l'intéressant, l'aristocratie indigène » (p. 5).

Peu de temps après, en Haute-Volta, un médecin-major explique que :

Dans les dispensaires, on délivre gratuitement des médicaments aux malades, les indigènes ne disposant pas des ressources nécessaires pour les payer; d'ailleurs, ces délivrances constituent le meilleur moyen de propagande pour attirer à nous les populations, et pour les familiariser avec les procédés de notre thérapeutique. (Le Dentu, 1923)

4. À la même époque, mais en Indochine, certains évoquaient « la propagande par l'hôpital, déjà difficile à assurer puisqu'elle doit toujours être suivie de guérison pour l'indigène » (Clarac, 1913). Le Gouverneur général Carde ne dira pas mieux lorsqu'en 1930, il propose que les médecins puissent créer des alliances avec les matrones par exemple, mais aussi pratiquer des « opérations chirurgicales dont la réussite étonne l'indigène » (Gouvernement du Sénégal, 1931). Le terme de propagande est aussi retrouvé en 1957 dans le numéro spécial qu'AOF Magazine consacre à la santé publique. Le médecin général Sanner, directeur général de la santé publique indique que « les groupes mobiles incluent dans leur programme des consultations foraines de propagande ». Ainsi, il ne s'agit pas juste de soigner les populations villageoises.

L'aide médicale intervient dans un contexte où le pouvoir colonial tente de lutter contre les tradipraticien·ne·s, en même temps que de montrer aux populations l'importance et l'efficacité de la médecine dite moderne (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000). On est aussi dans un contexte de ségrégation raciale et de croyance en une « mission civilisatrice » dont l'un des chevaux de bataille est la santé : « un réseau de surveillance et d'influence doit être maintenu en permanence pour dresser (sic) peu à peu des indigènes à la pratique des règles élémentaires de l'hygiène et modifier dans ce sens leur mentalité », lit-on dans un rapport de 1925 du ministre des Colonies André Hesse.

En 1939, Arthur Vernes (ancien interne des hôpitaux de Paris) et René Trautmann (École de médecine coloniale de Bordeaux), à la suite de leur visite des territoires de l'AOF, écrivent dans leur rapport de 17 pages, que les médecins coloniaux « sont tous des missionnaires merveilleux et des apôtres de colonisation toujours sur la brèche ». Ils affirment par ailleurs que « vouloir coucher les Noirs dans des lits à l'européenne est une utopie », car ces derniers sont « habitués à coucher sur une natte ». Enfin, ils fustigent les « médecins indigènes » qui cherchent à « faire avant tout du nombre », en allant « racoler » les femmes dans les villages pour qu'elles viennent accoucher au dispensaire, alors que « ce racolement (sic) porte – dans une race⁵ où la démocratie n'existe pas et où seul compte le rang – sur des femmes de la plus basse classe, ce qui est sans aucun intérêt pour l'œuvre sociale vraie. Elles viennent là comme elles iraient en prison ». La « mission bienfaitrice » de ces deux médecins s'inscrit ainsi totalement dans la continuité d'une vision raciste qui domine le monde de la médecine coloniale, y compris en dehors de l'espace militaire, car Vernes était un civil... qui a par ailleurs publié un livre sur la « défense de la race » préfacé par Alexis Carrel, eugéniste notoire.

La priorité des soins est donc plus discursive qu'humaniste dans ce rapport. Puis, ils expliquent qu'il faudrait faire appel, dans les villages, à des sage-femmes recrutées parmi les « castes élevées » pour d'abord

5. On ne comprend pas de qui ils parlent dans leur rapport, toutes les personnes en AOF. À la page suivante, ils évoquent « la psychologie du Noir » pour justifier le fait qu'il fallait recruter dans « l'élite de la population », car « vous introduisez dans le service médical un fils d'esclave, il n'aura aucune autorité, ni aucune influence au point de vue social ». Carde, dans ses instructions sur le développement de l'AMI sociale en 1931, ne dit pas autre chose lorsqu'il demande le recrutement de jeunes instruits et de familles influentes pour les former à l'École de médecine.

accoucher les femmes des notables⁶. Pourtant, en avril 1942, le docteur Henri Goux ajoute cette phrase en exorde de son rapport sur l'AMI et l'organisation du service de santé en AOF : « l'assistance médicale transforme le fait colonial en une entreprise de haute humanité ». Le Maréchal Lyautey n'aurait-il pas dit, écrivent Vernes et Trautmann en 1939, qu'un « médecin vaut un bataillon »?

Les budgets accordés à l'AMI étaient en réalité très réduits⁷ (Conklin, 2001; Pam, 2022). Cette faiblesse s'inscrit dans un contexte où globalement, l'aide publique de la France aux colonies entre 1898 et 1957 ne représente que 0,007% du total des dépenses de l'État (Huillery, 2008).

En 1909, le docteur Thiroux (élève de Laveran, découvreur du parasite responsable du paludisme), directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis, explique le fonctionnement d'un village de ségrégation pour la maladie du sommeil. Il note que « tous les malades du faubourg de Sor passent par nos mains à la consultation gratuite ». Le médecin s'adonne même à un calcul de coût de l'entretien des malades en 1908, soit 2 387,40 francs pour leur indemnité de vivres (0,6 francs par personne et par jour), plus 1 100 francs « pour l'installation des cases, l'achat de couvertures, d'ustensiles de cuisine et de vêtements, enfin une somme de 200 francs représentant le loyer du terrain du 14 juin au 31 décembre ». Ainsi, le médecin estime que le coût total est de 3 687,4 francs, soit 0,92 francs « la journée du malade du sommeil » (Thiroux, 1909).

Le docteur Abel Lahille (1910), « pharmacien des colonies », se demande dans un livre relatant son séjour au Soudan français, si les administrateurs et officiers qui assurent le service médical de l'AMI dans les 28 postes dépourvus de médecin en AOF, ne sont pas dans une pratique illégale de la médecine. Sa critique est encore plus acerbe sur le manque de moyens de l'AMI :

6. Sur les premières femmes sénégalaises dans le secteur de la santé, voir l'ouvrage de Fatimata Ly et Awa Oumar Touré (2023).

7. En 1952, une conférence des directeurs de la santé en Afrique tenue à Paris réclame un rééquilibrage qui ne se fera pas vraiment (Domergue-Cloarec, 1986). Précurseurs, « ils émirent le vœu que les dépenses de fonctionnement des services de santé ne soient pas inférieures à 15 % des budgets locaux » (p. 844). Ils demandent de « sacrifier le spectaculaire à l'utile » (p. 843).

L'Administration ne paraît pas décidée à consentir de grands sacrifices, puisque, pour les 48 postes disséminés sur le territoire soudanais et destinés à secourir cinq millions d'indigènes —cinq millions d'indigents— elle prévoyait, en 1908, 9 500 francs pour l'achat des médicaments, objets de pansements et appareils de chirurgie. 9 500 francs à répartir entre 20 dispensaires pourvus de médecins et 28 postes! (p. 223)

Un arrêté du 1^{er} juin 1912 (840 bis) instaure la gratuité des consultations et des soins aux « autochtones » dans les formations sanitaires de l'AMI. Puis, cette gratuité est « étendue aux consultations de spécialités données dans les hôpitaux et ambulances. Les soins et actes professionnels (radios, soins ORL, examens ophtalmologiques, etc.) sont gratuits » (Sanner & Habay, 1952 : 4). Fait intéressant, les auteurs, médecins responsables de santé publique, affirment dans leur article qu'« il est nécessaire de préciser qu'aucune discrimination basée sur le rang ou la fortune n'est faite à ces consultations dont la gratuité ne comporte aucune restriction », ce que les faits présentés dans notre première partie relativisent. Puis, Sanner et Habay (1952) précisent que celles et ceux qui ne veulent pas en bénéficier peuvent s'adresser « aux praticiens libres ou, à leur défaut, se rendre aux consultations payantes, organisées dans certaines formations sanitaires, et dont les tarifs sont réglementés » (p. 4).

Le rapport annuel de 1933 de l'Inspection générale de la santé pour l'AOF indique que les crédits affectés pour l'AMI en 1927 étaient de 26 millions de francs, soit beaucoup plus que les 10 millions de 1926 et les 344 230 francs de 1900. Le rapport concernant l'AOF rédigé pour l'exposition universelle de 1931 propose des chiffres un peu différents mais laissant croire à une hausse importante en 1927 après plusieurs années de stagnation (tableau 18).

Années	Crédits
1900	344 230
1922	9 786 258
1923	10 576 675
1924	10 186 840
1925	10 910 606
1926	10 662 776
1927	29 946 872
1928	38 749 042
1929	38 798 850
1930	45 337 231

Tableau 18 : Crédits (en francs) affectés à l'assistance médicale en AOF

Il en aurait été de même pour les prisons et les soins accordés aux détenus pendant la période coloniale (à noter cependant qu'aucune prison ne semble avoir disposé de services de santé avant 1930).

Toutefois l'objectif pour toute colonie était de couvrir le minimum à la métropole (Thioub, 1998). Le médecin-colonel Le Rouzic confirme cette réalité dans les années 1940, lorsqu'il souligne que les médecins des troupes coloniales n'ont jamais les moyens pour faire face aux besoins (Domergue-Cloarec, 1986).

Malgré leurs conclusions hâtives et racistes précédemment évoquées concernant les populations et leur santé, Arthur Vernes et René Trautmann (1939) évoquent de manière régulière le manque de moyens de toutes les structures de santé visitées dans tous les territoires, affirmant que les « formations médicales visitées travaillent à la limite de leur rendement. Il suffit d'un accident (cas d'une fracture de côte, par exemple, comme nous l'avons vu durant notre séjour à Bamako, survenu chez un médecin) pour déséquilibrer le fonctionnement ». Ils évoquent aussi toute une liste de problèmes bureaucratiques liés à des budgets promis mais non envoyés, à la capacité du médecin-chef d'un hôpital de disposer de crédits, des fournisseurs non payés ou encore des travaux prévus ou commencés mais jamais terminés... Permanence des défis... et des influences : « Nous avons vu nous-mêmes combien une simple conversation avec le Gouverneur ou le Secrétaire général peut mettre d'huile dans les roulements ». Le Gouverneur de l'époque semble aussi se plaindre de la bureaucratie en évoquant le fait que son obligation de

passer par les Travaux publics lui fait perdre du temps et de l'argent : « chaque fois que je peux me passer des Travaux publics, ça va 5 fois plus vite et ça coute 5 fois moins cher », écrivent Vernes et Trautmann.

Si, dans les années 1905-1910, les consultations et les médicaments étaient délivrés gratuitement dans les services de l'AMI, ces derniers étaient rares (13 centres médicaux AMI en 1904, 14 en 1905⁸, 15 en 1906 et 17 en 1907 (Gallay, 1909)), éloignés des villages, peu financés, et manquaient souvent de médicaments et de personnel (Pam, 2022). Gallay (1907) constate en effet que « la délivrance gratuite des médicaments et pansements, limitée aux ressources des différents cercles, fait parfois défaut, ce qui crée une gêne regrettable au fonctionnement de l'œuvre d'assistance ». En 1905, seulement 20 médecins civils et militaires sont recrutés pour l'AMI. Bien que toutes les dépenses de l'AMI doivent être financées par le budget local, le Gouverneur général arrive à faire en sorte que trois (pour l'ensemble de l'AOF) des 100 millions de prêt qu'il se voit accorder soient consacrés à la construction de postes de santé, dit groupes d'assistance indigène (Conklin, 2001).

Dans un article sur la ville de Rufisque, nous apprenons qu'« en 1900, les secours aux indigents s'élevaient à 3 000 francs; la municipalité a élevé la somme à 4 000 francs en 1906. Le budget total de l'assistance médicale de Rufisque s'élève, en personnel et matériel, à 17 100 francs » (Ribot, 1907). L'auteur nous explique que tout-e « Indigène », « Rufisquois ou nomade, est reçu et soigné sans formalités au dispensaire municipal » et que la consultation est gratuite tous les matins (donc que se passe-t-il les après-midis?). Cet article paru dans les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* est très largement tiré d'une lettre du 15 avril 1907, que nous avons retrouvée aux Archives d'Aix, de ce médecin Ribot, chargé du service local de santé, au médecin-chef de Saint-Louis. La lettre entretient toujours la confusion entre « indigents » et « indigènes », mais précise que les consultations gratuites ont lieu les matins, sauf le dimanche et les jours fériés. Dans l'article, on apprend que même les visites auprès des malades indigent-e-s qui ne peuvent se déplacer sont gratuites (Ribot, 1907). On note aussi que le budget municipal permet de payer un médecin (8 400 francs), un infirmier (900 francs) et une

8. Les 14 : deux hôpitaux (Saint-Louis et Gorée), quatre dispensaires (Saint-Louis, Dakar, Thiès et Joal), une léproserie (Sor), cinq postes médicaux (Rufisque, Louga, Tivaouane, Kaolack et Ziguinchor), deux centres de consultation (Sédhiou et Dagana).

infirmière (1 800 francs), l'entretien du dispensaire (9 000 francs) et le secours aux indigent-e-s (4 000 francs). On note aussi que la municipalité achète ses vaccins, envoyés depuis Paris :

Une somme de 100 francs environ est annuellement envoyée à l'Institut de vaccination animale dirigé par le docteur Saint-Yves Ménard, qui expédie de Paris, en échange, 60 à 70 tubes pour 20 vaccinations par tube.

En 1905, les dépenses pour l'AMI ont été de 84 120 francs pour le Sénégal, puis de 106 800 francs en 1906 et 150 340 francs en 1907, afin de payer le solde du personnel, l'achat des médicaments et les objets pour la réalisation des pansements « pour le bénéfice exclusif des indigènes malades » (Gallay, 1909). Mais à cette dépense de 1907, Gallay (1909) explique qu'il faudrait aussi ajouter :

les dépenses faites pour l'assistance, sur les autres chapitres du budget, savoir : 2 483 francs de médicaments pour la consultation gratuite de l'Hôpital de Saint-Louis; 1.500 francs environ pour la consultation gratuite de l'Hôpital de Gorée; 30.192 francs prix de 10 064 journées d'hôpital, à 3 francs l'une à Gorée; 32 490 francs, prix de 13 709 journées d'indigènes, à 2 fr. 37 à l'Hôpital de Saint-Louis; soit, comme ensemble, 66 665 fr. 31 de dépenses inscrites au compte de la colonie. Somme à laquelle il faudrait ajouter les dépenses d'entretien et de fonctionnement des dispensaires municipaux qui demeurent à la charge des villes de Saint-Louis, Dakar et Rufisque.

Cela montre les difficultés d'estimation des dépenses de l'époque.

Toujours en 1905, un arrêté du 10 juin concernant la vaccination contre la variole stipule que « toutes les opérations concernant la vaccination et revaccination sont gratuites et les dépenses sont à la charge des budgets locaux et communaux des pays intéressés » (Gallay, 1907). Mais l'auteur se plaint du manque de médecins vaccinateurs et d'un manque de coordination faute de personnel pour la campagne de vaccination. Camara (2020) a écrit que la vaccination BCG était également gratuite en 1927.

En 1906, le Conseil de gouvernement vote un budget de 3 millions pour l'ensemble des services sanitaires dont la moitié pour « l'Assistance aux indigènes », avec 500 000 francs pour la construction d'un hôpital indigène et un million pour équiper les centres les plus importants des colonies de l'AOF.

Un arrêté signé par Roume à Gorée en 1905 détaille, à l'article 4, le salaire des médecins de l'AMI qui est fixé à 10 000 francs par an, plus 2 000 francs par an d'indemnités pour les déplacements, la « cherté de vivres et autres ». Si l'on compare ces données au budget global de l'AMI, on comprend la faiblesse de ce dernier. Seulement dix postes avaient été prévus au budget de 1905.

Par ailleurs, un projet de modification de cet arrêté précise, à l'article 25, que si les malades sont admis-es gratuitement à l'infirmerie, ils et elles doivent être en principe nourri-e-s par leurs familles. Puis l'article 26 explique qu'un fonds de 50 francs renouvelable et « alloué au médecin pour les menues dépenses du service », mais dont il devra justifier « l'emploi des crédits en un bordereau détaillé indiquant l'ordre de succession et la nature des dépenses faites » (Gallay, 1909). Au 1^{er} janvier 1906, le Sénégal dispose de onze médecins civils et de cinq médecins militaires (Gallay, 1909).

En 1909, l'AMI a pris en charge au Sénégal 105 595 personnes pour un total de 305 982 consultations. Cela semble montrer une amélioration puisque ces données étaient de 43 317 et 174 312 en 1907; et de 70 283 et 178 164 en 1908. Le rapporteur n'explique pas ce quasi doublement entre 1908 et 1909 (Merveilleux, 1910). Cependant, il donne un aperçu chiffré de l'évolution mensuelle par « poste d'assistance » qui permet de constater l'existence de postes à l'échelle du pays. En 1911, 31 centres d'assistance, auraient pris en charge 88 370 malades (pour 1 438 148 journées) dans le cadre de l'AMI au Sénégal, soit 35% de l'ensemble des malades dans les colonies d'AOF et 28% des consultations. En outre, Delrieu (1914) avance que cette prise en charge n'a fait qu'augmenter depuis 1905 concernant les « consultations médicales gratuites données dans les diverses colonies de l'Afrique occidentale française ».

Dans une lettre du 11 août 1920, l'adjoint principal du commandant du cercle de Tambacounda demande la prise en charge à l'Hôpital de Saint-Louis d'un indigent (en fournissant un certificat). Il justifie cette référence par le fait qu'il « est d'autant plus difficile de soigner ici que le cercle est démuné des médicaments et objets de pansements les plus

indispensables ». Ainsi, l'augmentation de l'offre de soins ne semble pas parfaitement corrélée à celle des moyens, puisque les ressources manquent pour soigner les malades.

En effet, mes calculs montrent que Dakar dépensait (budget général, municipal, d'emprunt et local) 14% de plus pour l'assainissement (eaux, voiries, égouts) que pour l'AMI entre 1920 et 1925.

Dans les statistiques présentées à l'exposition coloniale de Marseille en 1922, il est précisé que 10 millions sont accordés à l'AMI et que « tous les soins médicaux donnés aux indigènes sont gratuits ».

Dans un long rapport de 12 pages concernant l'AMI, le Gouverneur général Carde relate le 15 février 1926 sa tournée dans les différentes colonies et propose des instructions sur son fonctionnement. Il commence par affirmer qu'il reste beaucoup à faire pour « l'amélioration physiologique des races indigènes ». Il confirme le recrutement de « médecins étrangers (russes) » engagés comme hygiénistes adjoints comme une des stratégies d'augmentation de l'effectif⁹. Il rappelle que le but de l'AMI est de « développer les races indigènes en qualité et en quantité ». Il revient sur le besoin, sauf à Dakar, de ne pas séparer les hôpitaux « indigènes » des hôpitaux du service général et de leur faire bénéficier des mêmes services communs. Mais il faut que « le quartier de l'Assistance soit nettement distinct » avec une administration autonome et un « régime alimentaire propre », pour ne pas « imposer une charge trop lourde à son budget ».

En 1927, Carde est clair sur l'état déplorable de la situation à la suite de son inspection en Guinée et au Soudan : « le ravitaillement sanitaire des postes laisse beaucoup à désirer; certains médicaments essentiels font défaut, d'autres sont en quantité exagérée, le matériel à pansements est, en général, très au-dessous des besoins. [...] On a l'impression que cette question des médicaments a été laissée à la fantaisie de chacun et qu'on ne s'en est pas suffisamment préoccupé. Ce désordre doit cesser ».

Pour illustrer le manque de ressources en personnel pour l'AMI, le 31 août 1930 est lancé un concours de recrutement pour toute l'AOF d'une dizaine de médecins, concours organisé à Paris, Marseille et Bordeaux (Sasportas, 1939). Les médecins recrutés auront chacun une solde, s'échelonnant de 40 800 à 113 900 francs selon leur grade, à laquelle s'ajoutent des primes et des congés de six mois après deux années de

9. Voir les analyses précises sur ce sujet (Gousseff, 2008; Hutchinson, 1986).

service. Lors de l'exposition coloniale de 1931, le rapport de l'AOF fait cependant état des difficultés majeures pour recruter des médecins civils, ainsi l'effectif n'est que de 32 personnes, malgré les indemnités et la publicité réalisée dans les facultés et les écoles de médecine. Le rapport précise que 69 médecins militaires sont en service en AOF en 1929, en plus des onze médecins civils libres.

Selon le rapport présentant le Sénégal à l'exposition coloniale internationale de 1931, on ne compte que sept docteurs en médecine dans le cadre de l'AMI, ainsi que douze médecins auxiliaires indigènes et « onze médecins russes, immigrés en France, [qui] ont été dans ces conditions engagés comme hygiénistes adjoints ». Ce sont des « Russes blancs » devenus apatrides dans le contexte de la révolution bolchévique de 1917 (Kanté, 2023). C'est à cette même époque que le ministre des Colonies Albert Sarraut affirme que l'assistance médicale vise à défendre la santé et la vie des « indigènes » mais aussi, sinon surtout, à augmenter « le nombre et la force utile de nos protégés », dans le contexte de la politique de mise en valeur du moment (Dimier, 2005). Il s'agissait moins d'offrir des soins aux personnes selon leurs besoins que de s'assurer que la main d'œuvre soit suffisamment en bonne santé pour travailler dans l'exploitation des ressources locales.

Dans les « formations sanitaires de brousse », le prix de la journée varie entre 2 francs et 3,5 francs en 1937. En 1935, le rapport annuel avance que le taux moyen de la journée varie selon ces mêmes tarifs, mais précise que cela n'est pas « calculé selon des règles précises » et ajoute que « comme il s'agit à peu près uniquement d'indigents, la nourriture des malades est assurée selon les ressources du pays », montrant le peu d'importance accordée à ces malades. En 1935 aussi, le rapport annuel évalue les moyens de transport du Service de santé de la Colonie comme étant « dans un état assez médiocre ».

De même, dans la tournée qu'il a réalisée du 16 septembre au 16 octobre 1935, un médecin explique que « les formations indigènes de l'AMI : dispensaire, maternité, hôpital indigène doivent disparaître et il faut prévoir leur remplacement à bref délai par des organisations neuves ». Il continue son rapport en expliquant « que l'organisation du service médical de Bobo-Dioulasso laisse à désirer sur certains points importants ».

En outre, à l'image des débats actuels sur la pérennité des projets de l'industrie de l'aide au développement et du financement de la santé au Sénégal (Bodson & Zongo, 2021; Ridde *et al.*, 2022), ces services éprouvaient des difficultés à se maintenir dans le temps. Diop (1983)

explique qu'un chef de service s'est plaint auprès du chef de la colonie car il n'a pas répondu favorablement à ses demandes financières, arguant d'un « manque de ressources pécuniaires » (p.190), alors qu'il ne demande que 3 500 francs pour l'ensemble des infirmeries de l'AMI. Ainsi, faute de budget entre 1912, 1913 et 1914, ces infirmeries établies à grand frais pour l'AMI vont devenir des logements de fonctionnaires. Le budget accordé à l'AMI permettra en 1913 à seulement deux des sept groupes d'assistance de l'AMI du Sénégal de fonctionner « tant bien que mal » (Diop, 1983 : 190). On est au cœur de « l'insuffisance financière de la colonie » (Diop, 1983 : 190), notamment en période de guerre (Ndao, 2015). Et comme aujourd'hui, lorsque les politiques d'exemption du paiement des années 2000 ne sont pas suffisamment financées au Sénégal (Mbaye, Kâ & Ridde, 2013), le réflexe des médecins coloniaux était de demander aux patient-e-s de payer¹⁰, « puisque l'indigène s'est familiarisé avec le médecin européen, on pourrait faire payer une très légère allocation pour certains pansements et médicaments. Cette petite taxe viendrait en atténuation des dépenses de l'assistance » (Diop, 1983 : 189).

Lors de la session de novembre 1929 du Conseil colonial du Sénégal, M. Gadiaga Mabigué, membre du Conseil, affirme « qu'il est nécessaire et rationnel de faire contribuer davantage les originaires même des régions atteintes aux mesures préventives préconisées par l'Administration » et que les médicaments manquent dans les dispensaires. Puis, il précise que « la gratuité de soins ne peut s'envisager par la Colonie que pour les indigents » et donc, logiquement :

aucune fourniture gratuite de médicaments ou objet de pansements ne soit faite aux habitants, européens ou indigènes dont la situation sociale ou de fortune permet d'en acquitter la

10. Même réflexe au Ghana, où lorsqu'il est envisagé de fermer la clinique de PMI en 1932, « le *Gold Coast Independent* publie un article sur le projet de fermeture des centres de PMI, protestant contre ce plan et proposant que le gouvernement revienne plutôt sur la gratuité des consultations » (Hugon, 2020 : 79-112). En Amérique, on constate aussi la même crainte à une époque encore plus ancienne puisqu'en 1875 à New York, le grand nombre de patient-e-s pris-es en charge gratuitement fait dire à un médecin de l'hôpital : « Si les patients qui paient ne reçoivent pas plus de soins et d'attention et ne sont pas mieux nourris, la tentation sera grande pour eux de prétendre être des sujets de charité et d'économiser leur argent (ma traduction) » (Cranmer Green, 1999 : 358).

valeur, à l'exception des fonctionnaires et leurs familles, ainsi que des indigents, des mutilés de guerre et des infirmes, des sinistrés et accidentés de la voie publique.

Dans les années 1930 est mise en place une Commission de la prévoyance sociale de la conférence économique de la France métropolitaine et d'outre-mer. Elle apporte notamment un « ensemble de résolutions » au ministère des Colonies pour l'organisation des services de santé, ce qui donne lieu à une circulaire (13-4/S) signée par le ministre des Colonies, Louis Rollin le 14 mai 1935. Cette commission regrette la tendance actuelle à la réduction des crédits sanitaires et Rollin estime dans sa circulaire que ce n'est pas le moment de réduire l'effort : « l'heure n'est pas à la mise en sommeil des forces sanitaires ». Il s'inquiète par ailleurs qu'en cette « période de crise », provoquant une récession économique, les populations rurales ne restent trop longtemps dans les « taudis des villes où leur situation misérable les rend réceptifs à toutes les maladies et les amène dans les hôpitaux dont les budgets s'obèrent [se réduisent] de plus en plus ». Santé publique et efficience des finances publiques se confrontent dans cette circulaire du ministre Rollin. En ce qui concerne les approvisionnements, il réclame « un rendement beaucoup plus effectif » et s'inquiète de l'exagération, déjà, oserait-on écrire, des prescriptions de « médicaments de spécialités par les médecins » et leur oubli « du Codex [guide thérapeutique à suivre], tout aussi efficace et infiniment moins dispendieux ». Ainsi, la commission prononce-t-elle une série de recommandations pour mieux rationaliser les prescriptions, si l'on utilise un vocabulaire contemporain, et notamment « adopter une nomenclature réduite pour les formations de l'AMI », autrement dit, la liste des médicaments essentiels de la fin des années 1970 n'est pas très loin. Une autre solution pour améliorer l'efficience de l'usage des ressources est de grouper sous une seule direction tous les services qui concernent la santé : santé publique, santé militaire, AMI, médecine sociale, etc. La centralisation est demandée et dévolue au Directeur de service de santé.

Mais la situation du système de santé, souvent présentée favorablement par l'administration coloniale, ne semble pas très reluisante si on lit les articles de la presse de l'époque. Ainsi, dans un article non signé paru

dans l'hebdomadaire *L'Ouest africain*¹¹ du 1^{er} mars 1930, l'analyse est plus sévère : « les hôpitaux n'ont pas de médicaments. La quinine manque et l'aspirine date de Faidherbe¹². Certaines salles réservées aux malades indigènes sont des taudis munis de grabats ». En somme « la plupart des œuvres sociales africaines ne sont que vaste fumisterie », affirme l'article. Et on évoque (déjà) une association (« la Goutte de lait ») dont l'objectif est plus de faire des photos de « dames de la ville avec des bébés noirs sur les genoux » que d'offrir du lait à ces « négrillons » qui pleurent.

Le rapport annuel de santé publique de 1935 au Sénégal est intéressant de ce point de vue, car il présente un tableau comparant la répartition des dépenses entre les structures existantes et confirme, déjà, l'hospitalo-centrisme (comme en Côte d'Ivoire durant la colonisation (Lasker, 1977)) qui va perdurer après la décolonisation (McPake, 2009; Van Lerberghe & de Brouwere, 2000).

En 1935, l'Hôpital colonial de Dakar absorbe la moitié des dépenses de l'ensemble des dispensaires de l'AMI pour l'ensemble du pays (tableau 19). On se souviendra que le plan Sarraut des années 1920, visant à (re)mettre en valeur les colonies dans un but essentiellement économique en renforçant les liens entre la métropole et les colonies, était centré sur des projets d'infrastructures (Coquery-Vidrovitch, 1979).

	1934	1935
Dispensaires AMI	534 000	615 000
Services d'hygiène	430 000	490 000
Dispensaires municipaux	90 000	76 000
Hôpital Colonial	343 700	338 100

Tableau 19 : Répartition des dépenses de santé publique en 1934 et 1935 au Sénégal

11. *L'Ouest africain*, qui deviendra l'organe hebdomadaire du parti socialiste, milite pour la « défense des intérêts politiques et économiques des colonies du groupe de l'A.O.F. ».

12. On se rappellera que le Général Louis Faidherbe a été un conquérant violent du Sénégal dans les années 1850-60.

Le 7 octobre 1935, le ministre des Colonies Louis Rollin écrit une lettre de six pages (en réponse à un courrier, 1.396-sc) au Gouverneur général de l'AOF : « nous sommes en effet dans l'obligation de reconnaître qu'il y a impossibilité matérielle, étant donné le nombre actuel de médecins, à soigner et même à surveiller efficacement l'ensemble des treize millions d'habitants que compte l'AOF ».

La recherche d'efficience pour les hôpitaux est aussi dans les propositions du ministre pour la médecine mobile et les consultations rurales. En effet, non seulement le Ministre salue-t-il les augmentations budgétaires dans les colonies de l'AOF et « demande d'essayer de [les] intensifier encore », mais il réclame aussi plus d'investissement de la part des individus :

si ceux à qui incombe la véritable charge de la protection sanitaire – les médecins et leurs auxiliaires – viennent à se pénétrer complètement de l'esprit dans lequel ils doivent travailler, des économies importantes seront réalisées. Ainsi, avec des dépenses identiques aboutira-t-on à un rendement plus important.

À la quête d'efficience hospitalière s'ajoute donc une quête d'efficience du personnel médical, sans mentionner l'insinuation de son manque de motivation.

Dans une note de dix pages (non datée, c.1935), le ministre des Colonies Rollin évoque aussi la première forme d'efficience pour les formations sanitaires de l'AMI, en préconisant une « manière rationnelle d'éviter le gaspillage et la fantaisie dispendieuse ». Puis il réclame clairement qu'une commission puisse proposer des mesures pour réaliser des économies dans le fonctionnement des organisations du Service de santé colonial. La recherche d'efficience des hôpitaux discutée précédemment est aussi visée pour l'AMI (notamment concernant les indemnités journalières, voir l'encadré 10).

-10-

L'abus des indemnités journalières, une histoire ancienne

Selon le ministre des Colonies Louis Rollin, les tournées des médecins européens pour superviser les médecins africains dans les postes de brousse sont trop onéreuses. Rollin écrit : « il semble

en effet que l'octroi de frais de déplacement journaliers a tourné à l'abus : ils doivent être réduits au strict remboursement des frais supplémentaires que les déplacements occasionnent aux médecins : en réalité, ils sont minces » (il souligne). Il se plaint que ces déplacements soient trop considérés comme « un travail en dehors de cette fonction » de médecin, alors qu'ils en sont « partie intégrante ». Les débats sur les indemnités journalières (Samb, Essombe & Ridde, 2020) sont donc très anciens et *a priori* sans solution, comme on continue de la constater au Sénégal.

Dans le rapport annuel de 1939 signé par le médecin général Bourgarel, la répartition des dépenses du personnel et du matériel montre la même tendance que les années précédentes. En outre, si l'on en croit les chiffres¹³ du rapport annuel de 1948, en 1935, la population du Sénégal s'élevait à 1 667 971 habitant-e-s, dont seulement 15 407 « Européens »¹⁴, soit moins de 1% de la population totale, ce qui permet de saisir que la proportion des dépenses accordées aux populations locales était dérisoire.

Toujours pour l'année 1939, le rapport du 15 janvier 1941 du docteur Ricou présente les dépenses sanitaires prévues aux budgets locaux de l'AOF et donne une répartition claire des priorités géographiques et sanitaires. À lui seul, le Sénégal représente 39,58% du total de toutes les dépenses de santé coloniale prévues pour l'AOF. Si on s'intéresse uniquement aux dépenses qui sont identifiées comme relevant de l'AMI, on constate que les budgets consacrés varient de 19% à 42% selon les colonies (moyenne de 28,94%) et concernent le Sénégal pour 40% du total des dépenses de santé. Cependant, rapporté au budget global des colonies, l'AMI représente entre 3% et 8% du budget global (moyenne de 3,58%). Le Sénégal et la Mauritanie semblent avoir été privilégiés à cet égard pour cette année 1939.

13. Dans sa thèse, Abdoulaye Touré (1991) analyse parfaitement les défis du recensement de la population et donc la prudence que nous devons avoir avec ces données. Cependant les données sont proches, car il estime la population à 1 793 000 en 1936 dont 1 624 755 « Indigènes sénégalais » (dont 1 172 890 contribuables). Cependant, le rapport annuel du Sénégal donne pour 1936 : 5 752 « Européens » pour 1 691 925 « Indigènes » au recensement du 8 mars 1936.

14. Dans les années 1950, à l'échelle de l'AOF et de l'AEF, on estime que la population européenne représentait autour de 0,4% de la population totale (Piketty, 2019).

Si l'on utilise les données du recensement de la population en 1931, présentées dans le rapport annuel de 1933 de l'inspection générale des services de santé, on constate que le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Dahomey ont reçu plus de budget par habitant que les autres territoires. Et si l'on regroupe Dakar/Rufisque avec le reste du Sénégal, l'effort budgétaire par habitant est alors de 22,9 francs pour la santé dans sa globalité et de 4,5 francs pour le budget de l'AMI, soit comparativement le double de ce que reçoivent les territoires privilégiés comme la Côte d'Ivoire et le Dahomey. De plus, la Guinée et le Niger semblent recevoir une part infime du budget, confirmant les priorités politiques coloniales vers certains territoires au détriment d'autres.

En AOF, le rapport de 1939 sur l'œuvre sanitaire de la France précise que dans les établissements hospitaliers, « les médicaments sont fournis gratuitement par l'Assistance Médicale Indigène ». Dans son rapport pour l'OMS (article 73) à la fin des années 1950, le médecin général Le Rouzic note que « de par son organisation même, orientée dès l'origine vers l'Assistance Médicale Sociale, le Service de santé a toujours apporté l'assistance médicale gratuite aux populations d'AOF ». Le médecin général Sanner, directeur général de la Santé publique, ne déclarait-il pas en 1957, en évoquant les étapes pour améliorer la santé des populations (en luttant d'abord contre les grandes endémies, puis en organisant les soins curatifs), dans son introduction au numéro spécial d'AOF *magazine* consacré à la santé publique, que « le financement d'une telle armature est pour le moment hors de la portée d'une Fédération dont l'action médicale a été accomplie jusqu'ici sous le signe d'une gratuité absolue » (Sanner, 1957 : 6).

Dans le rapport annuel de 1940, les dépenses affichées pour l'AMI ne concernent que le matériel, pour un montant total de 5,2 millions de francs, soit 24,8% de l'ensemble des dépenses de santé de la Colonie.

Dans l'hebdomadaire d'informations illustré *Paris-Dakar* daté du 28 avril 1949, un article rend compte d'une entrevue avec le Professeur Lavier de la Faculté de médecine de Paris. Le professeur affirme au journaliste Jean Comtois que partout en « Afrique noire », « les soins, les médicaments y sont distribués gratuitement. Pour la brousse, il existe des formations mobiles qui vont au-devant des malades et qui donnent également des soins gratuits ». Dans la suite de l'entretien, Lavier évoque même des projets pilotes comme la création « d'îlots de prospérité », c'est-à-dire des « régions scientifiquement et économiquement bien choisies où vivraient dans les conditions les plus favorables des populations indigènes ». Il s'agit de créer des conditions

environnementales pour permettre aux populations de vivre sans risque de maladies. Il évoque l'assèchement des marais à l'aide de produits diffusés par avion, pour lutter contre le vecteur du paludisme, ainsi que le débroussaillage pour s'attaquer aux mouches tsé-tsé. Toutefois, dans ce même hebdomadaire en date du 13 juin 1950, le sénateur Oumar Ba rappelle que l'AMI a surtout bénéficié aux populations urbaines et à celles des « gros centres ruraux », au détriment des « masses rurales laborieuses ».

En 1952, le compte rendu de la « Conférence des directeurs de la santé d'Afrique Noire et de Madagascar » tenue à Paris du 28 juillet au 2 août montre l'inquiétude de ses participants : « l'action sanitaire risque de voir le rythme de son développement sérieusement ralenti dans les mois à venir par des obstacles financiers ». Le rapport remis par le docteur Aujoulat (7324 DSS/4) au haut-commissaire de la République en AOF note « la réalité des difficultés économiques et budgétaires de l'heure », mais aussi « la nécessité pour les Services de Santé de dégager dans la mesure du possible des ressources nouvelles ». Annonceur des discussions contemporaines sur la relation entre l'économie et la santé (Sachs, 2001), le rapport insiste sur l'importance de ne pas réduire les budgets et rappelle que « la politique des 'investissements humains' est à longue échéance la plus solide ». Ce rapport réclame par ailleurs, comme s'engageront les pays africains à Abuja en 2001, que la « part consacrée par les budgets fédéraux et territoriaux à la couverture des dépenses de fonctionnement des services de santé ne soit jamais inférieure à 15% » (p. 2).

Le 16 octobre 1952, le docteur Diagne, de la Direction du service de santé de la Fédération de l'Outre-Mer (FOM), relate dans un rapport les très mauvaises conditions de fonctionnement de la polyclinique de Dakar, dotée de locaux trop petits et, qui plus est, il n'y a « pas de médicaments même dans le dispensaire antituberculeux, pas d'équipement ». La polyclinique sera intégrée en 1953 à l'Institut d'hygiène sociale de Dakar (avec le centre de protection maternelle et infantile et le centre de phtisiologie).

Pour témoigner de ce manque de priorité, le médecin général directeur de la Santé publique de l'AOF explique qu'en 1953, les crédits octroyés à la santé publique sont de 197 francs par habitant avec seulement un médecin pour 70 000 personnes, ce qui serait 100 fois moins qu'en France métropolitaine (Ndao, 2015). Dans son livre relatant sa mission de 1950, Gautier-Walter (1951) compare le programme de lutte contre la « trypanosomiase (riche) » et celui « de l'AMI (pauvres) », confirmant donc

que les programmes de lutte contre certaines maladies sont privilégiés au plan budgétaire au détriment des services de santé destinés aux populations locales. L'ensemble de sa mission constatera un déficit total de personnel et du système de santé incapable de prendre en charge les populations, notamment rurales, du Sénégal au Niger. Les membres de la mission ne distribueront pas moins de trois tonnes de médicaments gratuitement pendant leur périple grâce à la « générosité de tous les laboratoires »¹⁵.

Enfin, la thèse d'Abdoulaye Touré (1991) sur la période 1905-1946 confirme l'indigence de l'assistance publique organisée par l'administration coloniale. Il note que l'aide n'arrive pas aux personnes et que ces dernières doivent avoir les moyens de s'engager dans la démarche et d'en faire la demande. L'offre de service n'est pas principalement destinée aux indigent-e-s, ni mêmes aux « indigènes », mais surtout aux anciens fonctionnaires, aux veuves, aux mutilés de guerre, aux victimes de catastrophes, etc. Le déséquilibre, au détriment des populations locales, est même flagrant concernant les versements d'aides en cas de catastrophes naturelles, comme les inondations en 1936 ou le raz de marée en 1926. Les calculs réalisés par Touré (1991) montrent que les veuves sont les premières bénéficiaires, au nom du service rendu à la France. Ses analyses montrent également que les crédits alloués à l'assistance publique ne dépassent jamais 2% entre 1905 et 1946. La conclusion de sa thèse est que l'assistance publique est d'abord une assistance orientée vers les intérêts du colonisateur.

On est donc très, très loin du satisfecit du docteur Henri Goux dans son rapport de 1942 :

L'Assistance médicale indigène :

1. Le met physiquement en mesure de remplir le rôle que lui

15. En Algérie, dès le milieu des années 1870, le Père Olivier affirme s'être concilié la population indigène « au moyen de nos médicaments » (Fredj, 2015 : 46). L'article de Fredj donne aussi quelques exemples de médecins coloniaux refusant les soins, faute d'être suffisamment payés ou tergiversant pour éviter de prendre en charge une parturiente (dont le mari est considéré comme indigent) qui finalement va décéder. Ainsi, l'autrice précise que « La médecine de colonisation offre cependant au médecin la possibilité de faire de la clientèle payante » (Fredj, 2015 : 44).

assignent les destinées de la civilisation moderne.

2. Elle lève la défiance vis à vis du Blanc puisqu'aussi bien ce cadeau de la Santé et de la Vie est le plus beau qu'on puisse lui faire.

N'est-ce pas celui-là même dont tous les missionnaires de toutes les confessions cherchent à doter leurs catéchumènes, afin de mieux les inclure dans la propagande de leur mystique religieuse?

La thèse de Camara (2020) confirme par ailleurs l'indigence des services hospitaliers dans les années 1940, le manque de moyens pour la prise en charge de la tuberculose à Dakar, mais aussi les barrières financières que doivent subir les patient·e·s, d'autant plus qu'ils et elles doivent parfois payer les soins.

Des indigènes qui doivent parfois payer

En 1930, M. Mabigué Gadiaga, membre du Conseil colonial, confirme l'existence des consultations payantes qui peuvent avoir des conséquences néfastes pour les soins des « indigènes » :

Que les visites payantes, dont bénéficie seule la clientèle du Médecin-Résident, acquittent une redevance à fixer par l'autorité médicale compétente pour toute cession de médicaments ou objets de pansements appartenant aux dispensaires. Considérant que M. le Médecin Charles, de Ziguinchor, principale cause de la présente motion s'occupe davantage de sa clientèle payante, que des indigènes de la ville. Les médicaments et objets pansements sont exclusivement, réservés à sa clientèle payante, bien que déjà cette clientèle obtienne dudit médecin des spécialités à titre onéreux.

En conséquence, M. Mabigué Gadiaga réclame « un contrôle sérieux » de la part de l'Administration afin d'« empêcher le retour de tels errements » (Conseil colonial, 1930). Sa proposition est adoptée par le Conseil. En outre, la lecture du rapport du Conseil colonial de 1934 donne une indication concernant le projet de budget local du Sénégal pour 1935. Il est ainsi mentionné une augmentation de « 5 000 francs par l'incorporation au budget local des produits de cession des dispensaires, autrefois inscrits au budget de l'Assistance médicale indigène » (Conseil colonial, 1935). Cela confirme donc que certains dispensaires de l'AMI vendaient certains de leurs services auprès des populations locales (consultations et médicaments).

L'année suivante, M. Mabigué Gadiaga poursuit sa dénonciation des pratiques médicales discriminatoires en affirmant que les « salles dites payantes » sont « uniquement réservées aux personnes de race blanche à l'exclusion absolue des indigènes de toutes conditions » (Conseil colonial,

1931). Puis, il persiste avec le cas du docteur Charles de Ziguinchor qui n'a pas accepté que des « originaires » qui en avaient les moyens soient affectés dans cette salle :

à Ziguinchor le docteur Charles semble pousser ce particularisme déplorable jusqu'à refuser à des originaires non indigents qui, dans un accouchement difficile à l'infirmerie locale, sollicitaient pour la mère et l'enfant, le bénéfice de l'isolement en salle payante, qu'il les a ainsi contraints à séjourner en salle commune sans aucun ménagement.

En conséquence, M. Mabigué Gadiaga exprime devant le Conseil le vœu que toutes les salles payantes soient accessibles sans distinction. Il demande également, et on imagine qu'il faut lire entre les lignes qui évoquent de probables cessions au seul profit des soignants au détriment de l'administration, que « toute cession de médicaments ou produits pharmaceutiques soit dans ces conditions l'objet d'un ordre de recette au profit du Budget local » (Conseil colonial, 1931). L'administration a donné un avis favorable dont on ne connaît pas l'impact sur la gestion des finances.

En juin 1936, le médecin-général Sorel, Inspecteur général des services de santé des colonies et également délégué de l'AOF au Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique évoque, devant l'Académie de médecine, le fonctionnement des services sanitaires, notamment l'« organisation en profondeur des services d'assistance médicale indigène » (Sorel, 1936). Mais les questions financières ou les enjeux budgétaires ne sont pas abordés par Sorel dont l'allocution est pourtant commentée par M. Achard à la suite de sa mission en AOF en octobre 1936.

En 1936, la mission du professeur Achard en AOF, au nom de l'Académie de médecine, décrit des carences organisationnelles et financières, y compris l'inégalité de répartition du personnel. En ce qui concerne les enjeux financiers, l'auteur, lors de son allocution de décembre 1936, fait mention de cinq millions de francs « destinés à la création d'un asile et qui ont reçu ensuite une autre affectation », se plaignant ainsi de l'absence d'hôpitaux pour mieux prendre en charge ceux et celles que l'on nommait à l'époque des « aliénés ». Puis, il argumente sur le besoin d'étendre ce que l'on appellerait aujourd'hui la couverture sanitaire universelle à l'ensemble de l'AOF, malgré « les crédits qui sont toujours au-dessous de ce que

souhaitent les médecins ». Il rappelle aussi le contexte de rareté des ressources pour la colonie et pour la santé en général : « certes, la fédération de l'AOF a, du fait de ses emprunts, des charges très lourdes. La métropole, de son côté, est surchargée d'impôts. Quant aux entreprises de colonisation, elles n'ont pas atteint la prospérité rapide qu'on avait escomptée » (Achard, 1936).

Nous pouvons faire un parallèle entre le texte d'Achard sur sa mission en AOF et la discussion concernant les pratiques privées des médecins coloniaux. En effet, dans une section consacrée au rôle du service de santé dans la colonisation, Achard développe un paragraphe sur la morale des médecins coloniaux : « ce n'est pas seulement par ses connaissances médicales que le médecin gagne le cœur de l'indigène, c'est aussi par sa tenue morale. Comme partout mais plus nécessairement qu'en beaucoup de pays, le médecin doit unir à sa science sa bonté. Il doit songer toujours au bien de l'indigène et aimer vraiment l'indigène qui d'ailleurs en AOF le mérite par sa douceur et son caractère serviable ». En amont de ce paragraphe, Achard explique par ailleurs, dans son texte, que les « indigènes » sont organisés en « troupeau » à l'hôpital (faute de place). Au-delà de l'usage d'un terme dénigrant, voire raciste, pour évoquer le regroupement des populations dans l'hôpital, il confirme le manque de moyens des infrastructures sanitaires pour répondre aux besoins.

Si, dans le cadre de l'AMI, le pouvoir colonial fait la promotion de la gratuité (Ndao, 2015)... il ne s'en donne pas les moyens. En 1916, si on constate bien la présence d'une consultation gratuite à l'Hôpital civil de Saint-Louis, elle est « installée dans un local absolument insuffisant ». Le rapport annuel de 1930 note, dactylographié, que les vaccinations antipesteuses ont été offertes « à titre gracieux par l'Institut Pasteur »..., « de Paris » (p. 8 bis, Rapport du docteur Marque) étant ajouté à la main, comme si les débats sur la décentralisation de l'Institut étaient déjà en cours (Moulin, 1992). À Dakar, la polyclinique Roume (du nom du Gouverneur général) a été inaugurée en 1933, installée « en pleine zone indigène » et offrant une assistance médicale gratuite (Pam, 2022).

Une note de 1933, rédigée pour le président de la République Albert Lebrun, confirme la gratuité mais surtout rappelle ses fondements et ses objectifs instrumentaux de l'époque :

Dans tous les pays de l'Union française, l'AMI a été créée selon un même schéma. Elle a été basée aussi sur un même principe : la gratuité des soins. Ce principe était justifié : il fallait mener

des populations neuves, le plus souvent arriérées, aux concepts modernes de traitement des maladies, et contrôler leur état sanitaire presque toujours très déficient.

Lebrun rappelle aussi, dans cette note, que l'AMI est un « excellent placement qui permet l'augmentation de la population, condition première du développement de tout territoire et une amélioration de son standard de vie influençant directement son état sanitaire ».

Les débats des années 1980-1990 sur les relations entre l'économie et la santé, puis ceux sur les déterminants sociaux de la santé ont ainsi eu de nombreux précédents. Mais cette note de Lebrun est aussi passionnante par le fait qu'il s'interroge sur la capacité de maintenir la gratuité, sur l'habitude prise par les habitant·e·s et cette « coutume de gratuité ». Il se demande ainsi, s'il n'est pas possible de la maintenir pour des raisons budgétaires, si on ne pourrait pas envisager une « gratuité partielle »... dont on a largement débattu quelques décennies plus tard, dans les années 2000. Il propose par ailleurs de réfléchir à ce que certains actes ou médicaments soient « totalement ou partiellement payés ». Il va même jusqu'à se demander si « certaines mesures de prophylaxie ne pourraient [pas] être payantes ». Évidemment, il pose la même question pour les hospitalisations en proposant l'établissement de « classes » dont on a vu précédemment le fonctionnement (voir [le chapitre 2 de la seconde partie](#)), et « une autre possibilité serait de constituer des formations sanitaires entièrement payantes, d'autres entièrement gratuites ».

De l'imposition d'une taxe et de l'organisation de ristournes

Cette gratuité déclarée pour les patient·e·s a son corolaire de taxes pour la population dans un contexte général où les colonies financent leurs dépenses civiles par des recettes fiscales locales, mais s'adaptent aussi selon les contextes locaux (Cogneau, 2023). Pourtant, le 30 juillet 1925, lorsque le Gouverneur général transmet deux notes au ministre des Colonies (sous le sceau « confidentiel ») de la part de personnes du secteur privé (qui s'inquiètent de la santé de leur main d'œuvre) désirant proposer des moyens d'augmenter les ressources financières à travers des « taxes spéciales consacrées au fonctionnement des services sanitaires », il prend le soin de noter qu'« il ne devrait résulter de cette réorganisation aucune charge nouvelle pour la population indigène ». Ces notes proposaient, en plus des « recettes effectuées par les établissements hospitaliers », confirmant donc le principe de paiement des soins dès cette époque, un « apport ouvert par les grandes entreprises africaines », autrement dit, une contribution financière du secteur privé. Ces notes annonçaient peut-être le budget annexe dédié à la santé entre 1930 et 1939 dans lequel il est proposé d'ajouter à la contribution du budget général et local, à l'image d'un port de commerce qui perçoit des droits de douane, des « droits additionnels importants d'entrée et de sortie sur toutes les marchandises et produits ainsi que d'autres ressources ». L'idée était de donner aux Services de santé une certaine autonomie budgétaire, pour disposer, non seulement de suffisamment de ressources, mais aussi éviter que des crédits qui leur étaient *a priori* dédiés ne soient utilisés à d'autres fins. Une des notes suggère même de taxer les arachides de 20 ou 25 francs par tonne pour permettre à 150 médecins supplémentaires de s'installer... L'auteur de cette note propose même de « recourir (...) aux médecins russes et roumains qui cherchent tous des places ». Cette idée semble d'autant plus poussée que « les maisons de commerce et les exportateurs en Afrique ont gagné des sommes folles sans y avoir aucun mérite ». Cogneau (2023) rappelle en effet que le secteur privé n'a pas vraiment été un moteur

économique durant la colonisation, suivant plutôt le processus, à tout le moins dans la première phase de l'occupation coloniale, le coût de la conquête ayant été supporté par les contribuables.

La proposition de ces personnes du secteur privé reçoit une très longue réponse négative de la part du Gouverneur général Carde, le 19 septembre 1925. Dans sa réponse, Carde rappelle le principe de l'autonomie financière des « colonies du Groupe » et que sa remise en cause est dangereuse. Lever et garder des taxes localement semble impossible à comprendre pour le gouverneur. Cette proposition de budget médical autonome, avec son propre ordonnateur, irait aussi à l'encontre du processus de décentralisation et surtout, comprend-on, contre le pouvoir du Gouverneur. Ce budget serait « impolitique et inefficace ». Le message est clair : il faut « un chef unique, un seul responsable, il n'y a que déception à s'éloigner de cette formule d'administration ».

L'année 1925 est aussi importante, puisqu'elle est marquée par l'adoption de la loi des Finances du 13 juillet qui propose de faire basculer le fardeau financier des hôpitaux du budget de l'État vers le budget local, expliquant tous les débats sur la manière de trouver des sommes supplémentaires localement. Le 20 novembre 1925, le ministre des Colonies Gaston Doumergue signe un décret stipulant que même les dépenses associées à la visite de l'Inspecteur général du Service de santé de la métropole dans les colonies doivent être désormais prises en charge par les colonies. En plus de sa solde à la charge du budget colonial, cet inspecteur envoyé par la métropole doit recevoir une indemnité de mission de 120 francs par jour, en plus d'une indemnité de zone, ainsi qu'une indemnité pour couvrir son voyage aller-retour. Les colonies inspectées doivent également fournir le personnel nécessaire (« secrétaire, planton, interprète »), les moyens de transport et de logement.

Cela s'inscrit aussi dans un contexte économique difficile en France, quand Doumergue écrit au Gouverneur général de l'AOF le 9 février 1926, en réponse à ses propositions de décrets d'application de cette loi et avec les remerciements de ses sacrifices, que « la situation financière du pays fait obligation de rechercher toutes les mesures susceptibles d'en alléger les charges ». Mais le ministre chipote... s'il approuve les décrets, il en propose des corrections de « forme et de détail ». Retenons les éléments importants pour notre thèse :

il m'a paru inopportun de maintenir les dispositions du Règlement du 2 août 1912 qui accordent la gratuité du traitement aux enfants au-dessous de 5 ans et qui fixent pour les autres un prix de journée uniforme, quelle que soit la catégorie à laquelle ils sont traités. Il paraît plus judicieux et plus équitable de faire payer tous les enfants, quel que soit leur âge, en tenant compte, dans les tarifs, de l'âge et de la catégorie d'hospitalisation.

Le dilemme bien connu de viser l'efficacité tout autant que l'équité se pose donc déjà à l'époque et l'idée du Ministre est claire. Le Conseil supérieur pour les hôpitaux et hospices avait déjà noté (dans un document non daté mais *a priori* postérieur à 1924) son inquiétude que le conseil municipal augmente le « nombre de vieillards entretenus gratuitement en vertu de l'article 31 de la loi du 14 juillet 1905 » et que cela mette à mal l'autonomie de l'hôpital. Plus loin dans sa note du 9 février 1926, le Ministre indique aussi qu'il n'est pas question de remettre en cause les retenues sur salaires des coûts de l'hospitalisation des fonctionnaires, car cela permet à l'État « de récupérer une partie de ses dépenses ». Enfin, le Ministre reproche d'avoir oublié dans ces prévisions budgétaires locales une multitudes de primes : indemnité de départ colonial, gratification aux infirmiers militaires, etc. Les débats actuels sur les primes dans le secteur de la santé ont donc une histoire ancienne (Samb *et al.*, 2020).

En mai 1926, l'Inspecteur général du Service de santé explique que la loi des Finances du 29 avril 1926 a réduit de 784 000 francs (par rapport à l'année 1925) les crédits du budget colonial concernant le fonctionnement des services sanitaires (chapitre 54). Aussi, il demande que « les malades légers des corps de troupes [soient] traités dans les infirmeries régimentaires et de garnisons et non dans les formations du service général. L'application stricte de ces prescriptions réduira sensiblement les dépenses du chapitre 54. Il importe d'éviter tout dépassement de crédit ».

Plus loin, il invite les membres de l'administration coloniale à « effectuer le plus tôt possible toutes compressions compatibles avec le bien-être des malades ». Le médecin annexe à cette lettre la liste des crédits délégués du chapitre 54 qui s'élèvent à 520 000 francs pour l'AOF, alors que le budget colonial pour ce même chapitre est de 7 946 000 francs.

Dans un rapport de 1926, le Gouverneur général Carde évoque le fonctionnement des services de santé et rappelle le principe de la gratuité qui ne doit pas « éloigner » les populations des services de santé. Mais il propose aussi d'instaurer des modalités de paiement pour les personnes qui le souhaitent, comme évoqué précédemment. Un des arguments qui soutient cette médecine à deux vitesses, pour utiliser un terme contemporain, de cette contribution « volontaire », est qu'elle peut être « un acheminement vers l'établissement d'une taxe spéciale de l'Assistance avec budget sanitaire autonome par colonie » (Rapport de Carde, 1926). Cependant, Carde note que cela ne sera pas possible tant que les conditions de vie des « indigènes » ne se seront pas améliorées et que leurs ressources ne se seront pas accrues, pour reprendre ses termes.

À partir de 1930, les autorités coloniales vont imposer deux taxes en s'appuyant, disent-elles, sur les « excellents résultats » depuis 1904 à Madagascar, ainsi qu'au Togo et au Cameroun (Gouvernement général de l'AOF, 1930). Ces deux taxes sont valorisées dans le rapport présentant le Sénégal pour l'exposition coloniale internationale de 1931. Pour rappel, l'impôt est l'un des grands piliers du système colonial (M'Bokolo, 2004). Pendant la période coloniale, la fiscalité est le point d'orgue de l'organisation administrative, à côté d'un État policier et répressif. La pression fiscale s'accroît, on cherche à améliorer la performance des impôts précoloniaux et de nouveaux impôts sont mis en place. Le travail forcé ne sera aboli qu'en 1946 et la capitation (montant forfaitaire réclamé à chaque individu, variant selon les régions comme nous le verrons plus loin) reste la norme. Partout, les colons résistent à l'impôt et aux taxes et la pression fiscale pèse donc de manière plus importante sur les populations colonisées (Cogneau, 2023).

La première est la taxe d'hygiène annuelle de 10 francs qui s'applique à « tous les habitants français et étrangers des deux sexes non réputés indigents et non exemptés de la contribution personnelle ». Cette taxe serait de 100 francs au Togo (Gouvernement général de l'AOF, 1930).

La deuxième est la taxe d'assistance médicale indigène (AMI) qui s'applique à « tous les habitants, sans distinction ». Selon le document officiel, elle est de 2 francs, 3 francs ou 4 francs, selon la cote personnel¹

1. L'article 2 du décret du 19 juin 1929 sur la création du budget annexe évoque plutôt les cercles des « contribuables assujettis à la cote personnelle » ou encore « superposée à la cote personnelle » (Gouvernement général de l'AOF, 1930).

des cercles (Gouvernement général de l'AOF, 1931). Cette taxe avait déjà été proposée en 1905 pour l'AMI et le système de mutualité coopérative de santé en Tunisie (Malinas & Tostivint, 1905a).

Beurnier, lorsqu'il présente ces deux taxes aux conseillers coloniaux à Saint-Louis en octobre 1929, évoque des taux différents et relativement égaux (autour de 33%, donc régressifs) :

- 3 francs, pour une capitation de 8 à 10 francs;
- 4 francs, pour une capitation de 10 à 14 francs;
- 5 francs, pour une capitation de 15 francs.

Mais dans l'exposé des motifs concernant les recettes pour 1930, ce sont bien les montants de 2, 3 et 4 francs qui sont utilisés pour réaliser les calculs de la taxe selon les mêmes niveaux de capitation (Gouvernement général de l'AOF, 1930). Puis dans les budgets de 1931 et 1932, il s'agit de 2 francs pour les cercles dont la cote personnelle (capitation) est de 8 francs, 3 francs pour une cote de 11 à 14 francs et 4 francs pour une cote de 15 francs (Gouvernement général de l' AOF, 1932). Le budget de 1934 fixe la taxe à 2 francs pour le seul cercle de Kédougou, à 3 francs à Podor, Matam, Bakel, dans le Bas-Sénégal et à Tambacounda et à 4 francs dans les autres cercles du pays (Gouvernement général de l'AOF, 1934). Le montant de la taxe d'AMI irait de 2 francs à Kédougou en 1933 à 8 francs dans la région de Thiès en 1939 (Diouf, 2005). Touré (1991) évoque, lui, un montant de 10 francs dans les communes et de 7 et 8 francs dans les cercles.

C'est donc avec cette taxe que la colonie va disposer d'un budget spécifique et autonome consacré à la santé et l'hygiène (budget annexe au budget local du Sénégal, supprimé en 1935). Ainsi, « aux yeux du colonisateur, il s'agira, certes, d'une nouvelle charge pour le contribuable mais dont il va bénéficier d'une manière directe et effective » (Gouvernement général de l'AOF, 1930). Dans le « projet de budget annexe de l'Hygiène publique et de l'Assistance médicale indigène pour l'exercice 1931 » pour le Sénégal, on note une prévision de 350 000 francs pour la taxe d'hygiène et de 4 450 000 francs pour la taxe d'AMI. L'ensemble de ces deux taxes est qualifié d'« impôts perçus sur rôles » (Gouvernement général de l'AOF, 1931). Il faut enfin noter que la collecte de ces taxes est assurée par des collecteurs « indigènes » pour qui des remises sont prévues dans les dépenses du budget annexe. On applique les mêmes règles que pour la collecte des ressources du budget local. Dans les

budgets prévisionnels, on constate une légère augmentation des revenus des taxes, mais une baisse de la remise dédiée aux collecteurs, cette dernière passant de 5,6% en 1930 à 3,0% du budget en 1934.

Dans le rapport présentant le Sénégal à l'exposition coloniale de 1931, il est précisé que les fonctionnaires et leurs familles reçoivent gratuitement de la quinine durant les saisons chaudes et humides, ainsi que quelques semaines avant et après. Par ailleurs, « la quinine dite d'État est cédée par l'Administration de la Colonie à un prix modique à toute personne qui en fait la demande pour son usage personnel ». Pour justifier l'absence de prophylaxie pour les « indigènes », un rapport (militaire) de 1922 ou 1923 explique que « le décret du 25 avril 1910 qui a institué dans la colonie le principe de la quinine d'État, n'a pu recevoir une application large pour diverses raisons dont les principales sont la quantité de médicaments qui serait nécessaire et les lourdes charges financières qui en résulteraient ». L'enjeu budgétaire ne permet donc pas de traiter les « indigènes », mais seulement les colons et leurs familles. En 1939, le rapport annuel de l'Hôpital indigène montre que les autorités hospitalières ont demandé, avec insistance semble-t-il, que la Croix-Rouge assure « les distributions gratuites à domicile, du sirop de quinine aux enfants », notamment ceux qui ont été vus avant à la polyclinique et qui sont « fiché[s] et contre-visité[s] l'après-midi ».

La taxe n'est cependant pas collectée dans les communes de plein exercice (proches de l'organisation d'une commune de la métropole, soit Dakar, Gorée, Rufisque et Saint-Louis) et les communes mixtes (communes disposant d'un certain degré de décentralisation, mais encore sous le contrôle du Gouverneur) jusqu'en 1936. La hausse que l'on constate dans le tableau 20 s'explique en partie par l'augmentation de la taxe qui est passée en moyenne de 3,41 francs en 1933 à 7,33 francs en 1939, soit plus que le double en sept années, et cela dans l'ensemble du pays (Ndao, 2015).

1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
4 571 055	4 481 758	4 074 763	4 662 681	4 271 787	4 350 432	5 788 454	8 706 618	9 040 527

Tableau 20 : Montant total en francs de la taxe d'AMI. Source : Touré, 1991.

Diouf montre que cette taxe de 4 francs au Sine en 1929 s'ajoute aux 15 francs de capitation et au « franc du Commandant »² réclamés aux cultivateurs (Diouf, 2005). Entre 1930 et 1938, les données montrent que cette taxe était très bien récupérée (même durant la crise des années 1930, qui pourtant contraignait les dépenses de santé publique (Caldwell, 1987)). Le niveau de recouvrement était proche des prévisions. Abdoulaye Touré (1991) affirme même que la tendance est au dépassement des prévisions par les réalisations. Ainsi, la taxe d'AMI génère 4,5 millions de francs en 1930 et 9 millions en 1938 (Ndao, 2015). Les méthodes « dissuasives » expliquent certainement cette « performance ». Dans son mémoire de maîtrise, Sène (1991) explique que les dépenses du budget annexe pour l'AMI (et l'hygiène) seraient financées par le budget local, les taxes d'hygiène (10 francs dans les communes de plein exercice) et d'AMI (de 4 à 2 francs selon les cercles, ce qui contredit un peu les données préalables), le remboursement des journées d'hospitalisation des malades payants, des fonds de concours, budgets communaux, dons et legs... Mais il n'en donne pas la répartition, ni les montants³. Le budget d'hygiène et d'AMI de 1931 serait de 9,3 millions de francs (Sène, 1991). Puis, Sène a reproduit les recettes de 1930 à 1934 du budget annexe pour l'hygiène et l'AMI, ce qui permet de mieux comprendre la répartition de ses sources de financements (tableau 21). Ainsi, les taxes d'AMI et d'hygiène représentent de 48% à 70% des recettes permettant leur propre fonctionnement (Touré estime de 45% en 1931 à 97% en 1935, année sans subvention)... Le discours sur le recouvrement des coûts⁴ des années 1980, porté par l'OMS et l'UNICEF, n'est pas loin (Ridde & Girard, 2004), car il postulait que le paiement des soins par les patients des villages allait permettre de financer le fonctionnement des centres de santé locaux et garantir la présence des médicaments. On ajoutera que tous les types de taxes imposées par l'administration coloniale semblent injustes, puisqu'aucune, y compris la taxe d'AMI, n'est progressive, ce que confirme

2. Le « franc du Commandant » était la cotisation que chaque sociétaire de SIP devait verser annuellement. Il était destiné au renforcement du budget local.

3. L'étudiant cite le journal officiel 1502 de 1920, ce qui ne semble pas possible, mais la citation suivante date de 1930 (1576), laissant croire à une erreur de numérotage des références?

4. En 1930, on découvre même que les apprentis de l'école professionnelle ont droit, « afin de stimuler l'émulation », à 50% des recettes des ateliers en plus de leur bourse mensuelle de 75 francs.

l'analyse plus globale à l'échelle de l'empire (Cogneau, 2023). Cela a été exactement le cas en Algérie avec l'imposition d'une taxe de 5 francs (passant à 30-60 francs en 1927, puis à 80-250 francs en 1946) pour chaque fête et mariage, afin de financer les soins pour les « Musulmans ». De plus, un « centime additionnel » s'ajoutait aux « impôts arabes » et aux taxes sur la consommation déjà collectés, pour financer les structures de soins, quelques rares infirmeries éloignées dans les régions rurales (Clark, 2021).

En Tunisie, une réflexion est lancée en 1905 pour socialiser la médecine par la mutualité coopérative. C'est la ville de Zurich en Suisse qui est prise en exemple car elle viendrait d'imposer une taxe médicale de 4,35 francs par personne, permettant de recruter 40 médecins qui s'engageront à soigner gratuitement. Il s'agit d'une « assurance obligatoire contre la maladie basée sur les règles de la mutualité » (Malinas & Tostivint, 1905a). Malinas & Tostivint, tous deux médecins, évoquent même la présence à cette époque en Tunisie d'un système de contrats de 150 à 200 francs entre des médecins et des familles qu'ils s'engagent à soigner toute l'année avec ce tarif forfaitaire. Ils s'approchent de « l'assurance contre la maladie », écrivent-ils.

	1930	1931	1932	1933	1934
Taxe d'hygiène	288	279	311	469	395
Taxe d'AMI	4 571	4 482	4 075	4 463	4 275
Produits divers	5	1 498	5	8	21
Subventions et fonds de concours	4 330	3 590	2 035	2 035	2 659
Total	9 194	9 849	6 426	6 975	7 350

Tableau 21 : Recettes de 1930 à 1934 (en milliers de francs) du budget annexe d'hygiène et d'AMI

Dans les recettes du budget prévisionnel, sont aussi mentionnés, en lien avec les pages précédentes sur la vente des médicaments dans les hôpitaux, le « produit des cessions diverses de médicaments », ainsi que le « produit de remboursement des journées de malades payants ». Cette contribution des malades payants est bien indiquée comme une des

sources possibles de financement de l'AMI à l'article 2⁵ du décret de création du budget annexe en juin 1929 (Gouvernement général de l'AOF, 1930).

En 1931, les 50 000 francs représentent 19% des recettes de la rubrique des produits divers et 0,5% du total des recettes. Ces propositions n'évoluent guère. Les taxes d'AMI et d'hygiène représentent 47% du total des recettes de 1931, le reste provient essentiellement des subventions (46%). Nous verrons plus loin que cette participation des subventions n'a cessé de diminuer avec le temps. En outre, ces prévisions ont évolué car les cessions pour les médicaments sont passées à 5 000 francs en 1932 (Gouvernement général de l'AOF, 1932). Cependant, le rapport de 1934 tempère un peu ces prévisions et montre que les cessions n'ont pas été aussi faciles que cela dans la réalité. Ainsi, les recettes pour la vente des médicaments ont été plus que modestes, soit 4 697,60 francs en 1930, 3 762,95 francs en 1931 et 2 521,80 francs en 1932. Elles sont encore plus maigres pour les malades payants, soit aucune recette en 1930, 638,64 francs en 1931 et 170,70 francs en 1932 (Gouvernement général de l'Afrique occidentale française, 1933). Malgré ces défis, le lieutenant-gouverneur Debonne semble avoir de l'espoir, puisqu'il est décidé d'augmenter les prévisions pour la vente des médicaments à 45 000 francs, car « les cessions de quinine d'État aux particuliers [doivent] devenir plus importantes par suite de la suppression au budget local de la dotation pour cession, aux fonctionnaires, de quinine préventive », et à 100 000 francs pour les malades payants, réduisant de 85 000 francs la prévision précédente, « bien qu'une 4^{ème} catégorie intermédiaire, payante, pour malades indigènes doive être créée, lors du fonctionnement des nouveaux services du quartier de l'Assistance médicale indigène de l'Hôpital de Saint-Louis, en janvier 1934 » (Gouvernement général de l'AOF, 1934).

5. C'est bien aussi ce budget annexe qui va payer le « remboursement des journées d'hospitalisation des malades de l'Assistance médicale indigène traités dans les formations sanitaires du Service général ». Il semble que le fonctionnement par budget annexe permette « une innovation essentielle : c'est l'autorisation de reverser sur l'exercice suivant le reliquat disponible des exercices antérieurs, qui constituera ainsi une réserve pour des dépenses imprévues » (Letonturier, 1924).

En 1936, un déséquilibre financier semble être en cours (dans le contexte d'un projet de relever l'âge de l'impôt de capitation à 14 ans pour mieux « l'humaniser », se traduisant par une réduction du budget⁶ de l'ordre de 12%). On recherche les moyens de disposer de plus de ressources pour l'AMI, notamment par la hausse de la taxe proposée par le ministre des Colonies :

En ce qui concerne l'Assistance médicale, l'augmentation constante des dépenses de ce service nécessite le relèvement du tarif de la taxe de l'Assistance médicale indigène pour permettre de couvrir normalement les dépenses budgétaires de cette œuvre d'intérêt social. Cette taxe constitue, en effet, pour le contribuable indigène, la simple rémunération d'un service rendu à la masse de la population qui est assurée de la gratuité complète des soins médicaux. Or, les dépenses des services d'Assistance médicale, qui d'année en année, vont en augmentant à mesure que l'action bienfaisante de ces services se développe en profondeur, dépassent largement le montant des recettes que procure au budget, à ses tarifs actuels, la taxe en question.

L'administration semble évoquer la relation directe entre des services gratuits et leur « rémunération » par le paiement de la taxe, et de poursuivre :

Il est donc légitime de rechercher la contrepartie des dépenses de ces services d'intérêt social dans une augmentation du tarif de la taxe d'assistance.

Lors de cette rencontre, le Lieutenant-Gouverneur confirme cette vision :

6. Estimé à une perte de 120 000 contribuables, l'âge était fixé à dix ans auparavant.

La taxe d'hygiène et d'assistance correspond au remboursement d'un service rendu par cette organisation d'intérêt social dont jouit seul, de toute la Fédération, le Sénégal. Remboursement d'ailleurs partiel puisque, d'après le dernier exercice réglé, le montant des cotisations n'atteint que 4 800 000 francs en chiffres ronds pour une dépense de 7 493 000 francs (Conseil général, 1936).

Un projet de relèvement de la taxe d'AMI est donc présenté.

Lors de ce même Conseil général, tenu à Saint-Louis en 1936, M. Larrieu revient sur le caractère injuste de ces taxes et propose plutôt un impôt indirect :

Pour éviter ces exagérations au détriment des plus pauvres, pourquoi ne pas utiliser la taxe additionnelle, cette taxe additionnelle qui a conditionné la prospérité du Sénégal? C'est un impôt indirect payé par le consommateur, et qui fait que le riche paie plus que le pauvre. Si vous agissez ainsi, vous serez en accord avec la totalité des Chambres de commerce de la Colonie. (Conseil général, 1936)

Et M. Larrieu de préciser :

Je profite de l'occasion pour reconnaître les bienfaits de l'Assistance médicale indigène, mais il ne faut pas compromettre les résultats vers lesquels elle tend, en diminuant les moyens d'existence des populations indigènes.

Mais cette taxe sera intégrée au 1^{er} janvier 1939 à la taxe de l'impôt de capitation. Les personnes prouvant qu'elles « suivent un traitement contre la maladie du sommeil », sont exemptées du paiement de cet impôt personnel. En effet, on exonérait de l'impôt de capitation les personnes dépistées pour améliorer l'efficacité de leur présence lors des contrôles médicaux assurant la prophylaxie (Seck, 2020). Cette mesure aurait été instituée en 1937 et précisée par une instruction du docteur Muraz le 18 mars 1939. Mais Muraz évoque qu'en haute Côte-d'Ivoire (Burkina Faso actuel), certaines personnes se plaignaient d'être obligées de payer l'impôt (Seck, 2020), malgré le droit à l'exemption que leur conférait leur

état de santé. Le respect des exonérations est déjà un défi, alors qu'il est au cœur des débats des politiques actuelles pour la couverture sanitaire universelle et qu'on le retrouve même au début de l'indépendance du Sénégal (voire plus loin).

Les archives de Toulon permettent de découvrir une étude réalisée par le docteur Goux en 1941 et envoyée début 1942 au Gouverneur général par M. Rey de l'Inspection générale des services sanitaires et médicaux (encadré 11).

-11-

Une étude originale pour financer l'AMI en 1941

L'étude réalisée par le docteur Goux vise à calculer les besoins en personnes et en ressources financières pour organiser l'AMI avec dix équipes mobiles qui couvriraient tout le Sénégal, « pouvant traiter chacune 150 000 indigènes ». L'objectif annoncé est de « faire de l'homme » et un « accroissement du 'capital humain' », en commençant par les régions très peuplées. Au-delà de la proposition budgétaire qui ne semble pas à la portée de la Colonie, avance M. Rey, l'étude est intéressante, car elle pose des questions de financement dont les modalités sont proches de l'époque contemporaine. D'abord, le docteur Goux propose que l'investissement dans ces équipes soit payé par la métropole, car la colonie n'en a pas les moyens, mais elle serait en mesure d'en financer le fonctionnement. Ensuite, il propose que le financement vienne « ultimement » des « sociétés médicales de prévoyance indigènes » dont on parlera plus loin. Enfin, il revient sur l'idée des années 1930 en suggérant, sans la chiffrer, qu'« une cotisation de X francs rapporterait donc annuellement plusieurs millions », en évoquant le fait que les « cercles riches de Kaolack, Foundiougne, Thiès, Baol et Ziguinchor représentent environ 1 million d'habitants ». Sur la base des coûts de fonctionnement des équipes mobiles, soit 4 millions au total, il estime que cela « fixerait la cotisation annuelle à 4 francs par habitant ». Cela permettrait donc au budget local de ne payer que la « première mise », dit le rapporteur. Mais, « si la cotisation de 4 francs paraît trop élevée, la colonie pourrait dépenser annuellement 2 000 000 de francs, les deux autres millions étant fournis par une cotisation de 2 francs par habitant », nous rappelant toutes les études des années 1980

sur la capacité à payer les soins de santé, lorsqu'il s'agissait de proposer les politiques de recouvrement des coûts (paiement direct) ou de mutuelles communautaires (Waelkens *et al.*, 2017).

Enfin, l'étude propose que pour les autres cercles, donc ceux qui ne sont pas considérés comme « riches », le financement puisse venir du budget local, d'une cotisation « minime des habitants » et des membres des sociétés de prévoyance, « dont le taux resterait à fixer ». Finalement, comme un clin d'œil à l'histoire actuelle des projets pilotes, le docteur Goux explique que l'étude est encore théorique, qu'il peut y avoir des « erreurs en ce qui concerne l'évaluation financière », et donc qu'il faudrait faire un test qu'il propose de réaliser à Foundiougne. Ainsi, « on serait alors définitivement fixé sur l'importance réelle des dépenses et sur la participation à demander aux sociétés de prévoyance ». Mais il évoque aussi le passage à l'échelle, car si « l'expérience n'est pas tellement coûteuse et si elle réussit comme tout permet de le croire – compte tenu évidemment des circonstances redevenues normales – une extension progressive de cette organisation pourrait gagner peu à peu toute la colonie ».

Ainsi, les débats actuels autour du « cartel du succès » de l'aide au développement (Rajkotia, 2018), les projets pilotes, le passage à l'échelle et les modèles voyageurs (Olivier de Sardan, Diarra & Moha, 2017) n'ont rien à envier à ceux de l'époque coloniale. On constate en effet la permanence de propositions de solutions clefs en main, d'un contexte à l'autre, de la part des acteurs de l'aide publique au développement, sans qu'elles répondent toujours à des besoins locaux, qu'elles soient adaptées aux conditions locales ou qu'elles aient fait leurs preuves avant de s'étendre à plus grande échelle.

En 1949, une note a été élaborée par la Direction générale de la santé publique pour éclairer les débats du Grand Conseil de l'Afrique équatoriale française sur l'institution d'une taxe d'assistance médicale. Ainsi, le docteur Raynal s'étonne de la volonté d'instaurer cette taxe et l'objectif des débats est de trouver « un complément de recettes ». Il y va de quelques propositions, notamment « édicter un tarif (raisonnable et peu élevé) pour toutes les interventions chirurgicales, comme cela se fait dans la Métropole et pour toute personne non indigente ou ayant un employeur répondant ». Il affirme ensuite que « pour les Africains, la gratuité était la règle comme elle l'est encore aujourd'hui pour environ

90 pour 100 de la population autochtone ». Mais le docteur Raynal ne semble pas si réfractaire à l'idée d'instaurer une taxe, puisqu'il propose même qu'elle soit incluse dans les impôts directs. Elle serait annuelle, d'un montant de 500 francs par chef de famille européen de 21 ans au moins et de 50 francs pour les Africains. La place de l'AMI en AEF semble encore débattue à l'époque, car on retrouve une note de 1951 sur les enjeux de son financement et la réflexion pour son abolition. La note nous permet de comprendre qu'il « n'existe plus de crédits spécifiquement destinés » à l'AMI à cette époque et qu'elle est financée par le budget général ou local de la santé publique. Le fonctionnaire est prudent en affirmant que :

la suppression du principe de l'assistance médicale gratuite semble donc être du ressort du Gouvernement, car le problème est à la fois politique, social et financier. Il y aurait lieu de s'attendre d'ailleurs, lors de la discussion de ce problème, à une très vive réaction de la part des représentants élus qui ne se feraient pas faute de comparer la situation défavorable faite aux autochtones, alors qu'en Métropole, grâce à l'organisation de la sécurité sociale, on tend de plus en plus à la quasi-gratuité des soins médicaux.

On trouve également aux Archives à Toulon une note sur le même thème concernant l'AOF, non datée mais postérieure à 1951, puisqu'elle se réfère à un arrêté stipulant que tous les accidentés du travail sont traités aux frais de leurs employeurs et « admis en général pour les autochtones en 3^{ème} catégorie ». La note commence par affirmer que le principe de l'assistance médicale gratuite doit être préservé. Mais très vite, le second paragraphe précise :

Cependant ce principe ne doit pas rester intangible et il faut envisager de faire payer certaines catégories d'Africains. Les mesures à prendre ne devront toutefois pas être généralisées mais adaptées à chaque territoire de la Fédération.

La note confirme le paiement direct pour les particulier·e·s à leurs frais (PALF) et tombe parfois dans le culturalisme (pratique, dirait Fassin (2001), qui souligne les défis pour la santé publique de comprendre le rôle de la culture et qui parfois l'instrumentalise pour éviter d'évoquer

des enjeux politiques) « dans des postes comme Abengourou en basse Côte-d'Ivoire, où l'Agni, propriétaire de plantations de cacao, n'admettrait pas d'être hospitalisé sans payer ». Elle confirme aussi le débat lancé sur « l'établissement d'une taxe spéciale d'assistance médicale se surajoutant aux impôts ». Elle évoque la circulaire 504 du Haut-Commissaire de la République du 13 juillet 1951 pour la préparation du budget de 1952 précisant qu'il « conviendrait que des taxes médicales, ou taxes d'assistance, puissent être instituées dans un proche avenir pour alléger les charges permanentes résultant de l'extension des services sociaux (hôpitaux, etc.) ».

Pour reprendre des termes modernes, en plus du paiement direct pour les PALF, rares utilisateurs payeurs, les administrateurs coloniaux envisagent en 1951 l'implantation d'une taxe⁷, a priori plus juste que le paiement direct (puisque pas uniquement imposée aux malades) dont les dispositions relèveraient des Conseils généraux. La note propose en effet de laisser à ces Conseils le soin d'étudier « le problème d'une taxe médicale d'assistance afin d'assurer une extension plus grande du service de santé local et un approvisionnement plus grand en médicaments ». Mais une bascule semble s'opérer dans cette note, notamment autour du terme d'« indigent », parfois confondu avec celui d'« indigène », comme nous l'avons vu. En effet, la note confirme que le principe de la gratuité de l'AMI doit être maintenu mais « pour en faire bénéficier les indigents. La définition de ce terme appartient à l'administration ». Mais la note réclame une réforme prudente car « une modification brutale et généralisée serait évidemment mal venue ».

Ensuite, toujours dans cette confusion autour des termes indigent/indigène, la note précise que les PALF sont hospitalisé·e·s dans les trois premières catégories et que « la 4^{ème} [est] en principe réservée aux indigents ». Donc, « en principe », aucun·e PALF ne peut être pris·e en charge en quatrième catégorie. Dix ans plus tard, dans son discours prononcé en 1961 à Paris, lors de la conférence des ministères de la santé des pays d'expression française, le ministre de la Santé du Sénégal, M. Sar Babacar, évoque le dépôt d'un projet de loi pour exonérer de l'impôt personnel, les personnes qui seraient victimes des grandes endémies dans le contexte de leur déclaration obligatoire. En effet, à l'instar de la

7. À ma connaissance, seul le Niger a testé ce type de taxe dans les années 1980 avec l'aide de la coopération américaine et d'un consultant... sénégalais (Diop, Yazbeck & Bitran, 1995).

demande du docteur Muraz concernant la maladie du sommeil évoquée précédemment, certaines maladies doivent être obligatoirement déclarées par le soignant et sa prise en charge gratuite peut permettre une réduction du risque épidémique en réduisant le temps de guérison. Cependant, le projet du ministre montre que l'exonération de la fin des années 1930 n'a pas perduré, ou n'est plus connue et que les malades continuent de subir des impôts.

Un rapport concernant l'AMI à Madagascar, rédigé en 1933 par le ministre des Colonies Sarraut et destiné au Président de la République, explique qu'un budget annexe avait été créé pour s'assurer que le produit de la taxe soit spécifiquement dévolu aux dépenses d'assistance. Mais le Ministre affirme que la taxe (mise en place en 1910) a été insuffisante pour financer les dépenses d'assistance et que d'importantes subventions ont été fournies chaque année par le budget annexe. Ainsi, il propose que ce budget annexe soit supprimé et que le produit de la taxe spéciale de l'AMI soit directement versé au budget local. À Madagascar, une étude montre que « les indigènes se rendent compte que le paiement de la taxe spéciale de l'AMI due par tous les hommes adultes ne leur permet pas pour autant de bénéficier de l'assistance médicale gratuite » (Esoavelomandroso, 1981 : 174). Qu'en est-il au Sénégal? Nous n'avons trouvé aucune recherche sur ce sujet.

Des primes pour les mamans et les matrones

Au-delà des ristournes dont les médecins coloniaux se prévalaient (voir plus loin), des primes sont octroyées aux femmes qui accouchent. Ces primes s'inscrivent dans une économie globale (libérale) du recours à des incitatifs dont l'idée circule et est appliquée dans tous les domaines (encadré 12) et des processus de taxation (voir précédemment).

À la fin des années 1910, dans le cadre de la lutte contre la peste, les autorités coloniales octroyaient aux habitants du Sénégal une prime de 10 francs par malade déclaré et reconnu ensuite comme porteur de la peste; une prime (0,25 francs, puis 0,50 francs) était aussi prévue pour chaque rat capturé, dans la limite des très modestes moyens disponibles (Gueye, 1995). Selon l'administration, cette prime ne semble pas avoir été efficace, car les Africain·e·s craignaient que la réclamer provoquerait la destruction de leur maison (Echenberg, 2002).

-12-

Une économie libérale des incitatifs bien en place

En 1892, une prime a été prévue pour les personnes introduisant dans la colonie des animaux de l'espèce bovine (JOS, 12.522). En 1914, une gratification est proposée pour l'infirmier adjudant Anjot de l'Hôpital indigène pour récompenser son dévouement durant l'épidémie de peste (on va aussi demander à l'exonérer du remboursement de ses frais de nourriture). En 1937, il est également proposé de donner une « récompense » aux fonctionnaires qui vont participer à la collecte des données des trois enquêtes (alimentation « des Noirs », nommés « indigènes » dans un autre document, habitation des indigènes, « problème des métis ») de la commission d'enquête dans les territoires d'Outre-mer proposé par le premier gouvernement du Front populaire. Cette enquête ne semble finalement ne pas avoir eu lieu, faute de budget. La commission a remis sa démission le 7 juillet 1938 (FRANOM_00138). Dans un article de la *Revue Coloniale* de 1906, comparant la situation économique en Afrique occidentale anglaise

et française, Émile Baillaud note que « ce qui est vrai, c'est que comme tout être humain, le Noir ne travaille que si la rémunération de son travail est en proportion de l'effort qu'il fait pour l'accomplir ». Sur ces questions, dans le Congo colonial des années 1930, voir la récente traduction de l'ouvrage de Nancy Rose Hunt (2024).

En 1919, le Conseil colonial, lors de la création d'une maternité indigène à Dakar, évoque le besoin de planifier le financement de primes pour les femmes ayant accouché. Ainsi, l'administrateur demande que « aux charges de votre budget, [s'ajoute] le paiement à chaque accouchée traitée gratuitement, d'une gratification de vingt francs, prime modique, mais suffisante pour secourir efficacement la mère et le nourrisson et de contribuer pratiquement à la publicité de l'institution » (Conseil colonial, 1919). L'administration coloniale veut donc soutenir les mères et leur bébé, mais également faire œuvre de bienfaisance, afin d'attirer plus de femmes à la maternité. Pour rappel, des salles payantes étaient prévues dans cette maternité à hauteur de 5 francs par journée et les communes de Dakar, Rufisque et Gorée devaient prendre sur leur budget une somme forfaitaire de 3 francs par femme de leur commune, ce qui donne une idée de la générosité de la prime proposée. L'administration a même estimé que pour l'ensemble de l'exercice 1919, cette prime s'élèverait à un total de 2 000 francs et donc concernerait 100 femmes¹.

En 1931, un rapport sur l'organisation de l'AMI mentionne qu'une « légère prime est attribuée aux matrones pour chaque enfant lorsque, au bout de trois mois, la mère et l'enfant sont en bonne santé » (Gouvernement du Sénégal, 1931), sans en préciser le montant. Cette prime avait été mise en place par suite de la circulaire du Gouverneur Carde du 12 mars 1924. Le rapport gouvernemental indique par ailleurs qu'une prime est donnée aux « mères de cinq enfants vivants » depuis la même circulaire du 12 mars 1924. Carde ajoute que « cette pratique est à reprendre et la prime pourra être augmentée toutes les fois que la matrone aura fait appel au concours ou au contrôle de la sage-femme ou du médecin ». En outre, la prime pour les mères fait partie des « mesures d'ordre moral » pour honorer les familles nombreuses, tout comme la

1. Au Cameroun, un arrêté du 1er juin 1928 accorde une prime de 20 francs à toute femme « indigène » ayant accouché d'un enfant vivant.

fête annuelle des enfants, le concours avec remise de prix aux familles nombreuses, aux « nourrissons les plus vigoureux et les mieux vêtus, aux propriétaires de cases les plus hygiéniques et les mieux tenues, etc. » (Gouvernement du Sénégal, 1931).

En 1930, le budget total dévolu à ces primes au Sénégal s'élève à 50 000 francs, tant pour les matrones que pour les femmes « indigènes » ayant recours aux maternités. Mais il est ramené à 15 000 francs l'année suivante, car « le nombre des matrones fréquentant nos maternités, dont on ne peut envisager l'augmentation avant longtemps, ne [justifie] plus l'importance du crédit primitif » (Gouvernement général de l'AOF, 1931).

La mention des femmes « indigènes » comme potentielles bénéficiaires de ces primes a été retirée du budget de 1931 pour se concentrer uniquement sur les matrones. En outre, ce montant des primes est à relativiser par rapport aux dépenses prévues pour 1931, par exemple les 2,8 millions pour l'AMI ou encore les 121 898 francs prévus pour le personnel hygiéniste « russe » ou les 38 600 francs prévus pour la première expérience de recours à des « infirmières visiteuses européennes » pour encadrer les infirmières « indigènes ».

Le budget de 15 000 francs pour 1931 est le même pour les prévisions de 1932, 1933 et 1934, sans aucune modification du montant. La pertinence de toutes ces primes est également mise en avant dans le rapport présentant le Sénégal pour l'exposition coloniale internationale de 1931. En revanche, dans les documents de préparation du 6ème Congrès de la mutualité coloniale de 1931, les auteurs remettent en question l'utilisation de primes destinées aux familles nombreuses, en affirmant qu'elles seraient certainement plus utiles si elles étaient utilisées « dans le sens de la puériculture ou de l'aide médicale ». Les experts de la mutualité s'interrogent donc sur la pertinence des primes individuelles au lieu d'actions plus collectives ou plus pertinentes pour la santé des enfants.

Mais par la suite, ces mêmes experts font la promotion de cette approche, en évoquant le cas du Dahomey, où a été créée une section du « Berceau Africain », avec l'organisation « d'une fête de l'enfance au cours de laquelle sont distribuées des primes aux mères qui donnent l'exemple en ayant recours avec confiance et persistance aux conseils des sage-femmes et aux soins gratuits donnés dans les maternités et dispensaires ». Ces consultations permettent selon les auteurs « de présenter des enfants nombreux et bien portants ».

Le rapport des dépenses de 1933 laisse apparaître une rubrique « primes aux accouchées » d'un montant de 11 700 francs, sans que l'on puisse comprendre de quoi il s'agit exactement. Cette rubrique apparaît

aussi en 1936, mais elle est vide. Dans le rapport annuel de 1939, on explique que « selon la tradition », les matrones ayant réalisé des accouchements « sans séquelles pathologiques redevables à l'accoucheuse et surtout sans tétanos ombilical » ont reçu des primes². Ces primes seraient-elles donc plus destinées aux accoucheuses qu'aux accouchées? Au total, en 1939, 2 405 francs ont été distribués en primes à 33 matrones dont une ayant réalisé 161 accouchements et « touché de ce fait 644 francs ». Ainsi, on comprend que chaque accouchement donne droit à une prime de 4 francs (alors que la prime destinée au médecin par enfant mort-né était de 10 francs à Saint-Louis en 1876).

Le fonctionnement de ces primes de paiement au rendement est bien décrit par Pascale Barthélemy (2010) qui précise notamment qu'il n'y a pas d'harmonisation au sein de l'AOF. Cette prime de 4 francs est à comparer avec le salaire de 9 francs par jour pour un manœuvre ou de 13 francs par jour pour un planton en 1931 (Gouvernement général de l'AOF, 1931). On peut aussi comparer son montant à l'indemnité de fonction journalière de 25 francs pour un professeur des écoles d'application du service de santé des troupes coloniales et de 16,66 francs pour un professeur adjoint.

Au Dahomey, en 1935, sans que l'on ne dispose du montant individuel, 1 000 francs ont été inscrits au budget pour les primes des matrones et autant pour les familles nombreuses (*Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 1937). Quelques années plus tard, en 1939, un autre médecin, à l'issue de sa tournée des formations sanitaires au Sénégal, évoque lui aussi

2. En Cochinchine, le système de prime est aussi en place, y compris avec un résultat à atteindre : « Les bà-mu actuellement en service dans la province sont rétribuées par le budget régional et reçoivent une solde mensuelle de 10 piastres. De plus, à compter du 1er juin courant, il leur est accordé une prime de 0 piastre 40 par accouchement heureux et une deuxième prime d'égale somme pour le même accouchement, dans le cas où l'enfant serait vivant six mois après sa naissance » (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 1906, tome 9). Les mêmes annales de 1913 précisent qu'en 1911, la prime n'est attribuée que si l'enfant est vivant trois semaines après l'accouchement : la durée de la performance a donc été largement réduite. Le docteur Clarac (1913) évoque même la causalité de l'instrument politique en Indochine : « L'institution d'une prime de 0 fr. 50 par accouchement et la délivrance de pansements individuels pour le cordon des nouveau-nés ont fait baisser de 50 p. 100 la mortalité infantile ». Mais dans les pages suivantes, il évoque ce que l'on nommerait aujourd'hui les déterminants sociaux de la santé, comme la présence de personnel médical, la « richesse du pays », l'éducation (sans oublier que tout cela est dû à la « présence ancienne des Français » qui ont instruit les habitant·e·s « des bienfaits de nos méthodes »).

l'intérêt d'organiser des primes de rendement pour quelques « matrones sélectionnées parmi celles qui exercent dans les centres de consultation rurale régulièrement visités chaque semaine ». Il évoque cette solution pour lutter contre la mortalité infantile. Ces primes de rendement leur seraient « attribuées tous les 3 ou 6 mois, si le contrôle fait par les médecins au cours de leur tournée était satisfaisant (renseignements fournis par les chefs), nombre de nouveau-nés âgés de 15 à 30 jours présentés chaque mois avec une bonne cicatrisation ombilicale et en bon état ». Et le médecin d'ajouter que « la prime de rendement serait ainsi substituée à la prime de désintéressement qui a fait son temps. Du reste, cette dernière n'était pratiquement applicable que dans les centres où fonctionne une maternité, mais bien souvent elles n'intéressaient pas les matrones qui la jugeaient insuffisante et percevaient davantage en pratiquant les accouchements ».

En 1936, M. Larrieu s'inquiète, lors du Conseil général tenu à Saint-Louis, de l'effet néfaste des primes données aux responsables locaux en fonction de leur capacité à collecter l'impôt :

Vous avez créé la prime de rendement aux Chefs. En bon français, cela veut dire une prime pour celui qui rapporte le plus, une prime à l'exagération. Les Chefs, pour acquérir les bonnes grâces de l'Administrateur et pour percevoir davantage, ont intérêt à gonfler les recensements, les Administrateurs ne sont pas mécontents de voir le montant de l'impôt augmenter chaque année, ils disent aux Chefs : « Débrouillez-vous, faites pour le mieux ». Les chiffres de perception en plus le prouvent. (Conseil général, 1936)

Cela ne concerne pas la santé, mais l'énonciation des dérives possibles est intéressante pour comprendre le contexte et certainement faire un parallèle avec les dérives des médecins lors de leurs tournées.

Au Niger, ces primes aux matrones sont également en place dans les années 1930, mais elles ne semblent ni utilisées, ni efficaces. En 1936, un budget (non totalement dépensé) de 730 francs est prévu pour ces primes, alors qu'il était de 100 000 francs la même année en Côte d'Ivoire. Comme ailleurs, la prime est octroyée aux matrones qui conduisent les femmes à accoucher dans une formation sanitaire. Elle est de 10 francs en 1934.

En 1948, cette prime est toujours en place, mais selon trois catégories : 30 francs pour les cinq premiers accouchements, puis 50 francs pour l'accompagnement dans une formation sanitaire – 15 à 25 francs, si la

matrone conduit un agent de santé auprès d'une parturiente; 10 francs si l'accoucheuse présente un enfant, au plus tard trois mois après l'accouchement, aux autorités. Le paiement de ces primes donnait lieu à une bureaucratie inefficace, semble dire l'historienne nigérienne Ayouba Arzika (1992).

En 1941 à Dakar, 8 000 francs sont distribués à 732 enfants, dans le cadre de l'opération « bébé noir » qui récompense les mères qui présentent les plus beaux bébés (Gueye, 1995).

Dans son rapport de tournée dans la subdivision de Dagana le 30 décembre 1942, le chef du Service santé du Sénégal note que le chef de subdivision lui a expliqué qu'il « n'avait pas été possible de donner aux femmes ayant atteint le 6e mois de leur gestation la prime céréale prévue (400 g base de mil) selon le T.L 264-A-E du 6 août 1942 et du gouvernement du Sénégal ». La raison tiendrait au fait que les approvisionnements en mil n'étaient pas suffisants. Le médecin s'étonne ainsi dans son rapport : « il est regrettable que les instructions données ne soient pas respectées sans qu'on paraisse s'en préoccuper ».

En 2024, au Sénégal, une mutuelle de santé et un hôpital de district s'associent pour « récompenser » les femmes qui ont respecté le calendrier de leurs consultations prénatales (CPN) ou vacciné leurs enfants. Des utilitaires de cuisines sont offerts... aux femmes.

IV - LA PRATIQUE PRIVÉE DE LA MÉDECINE

Introduction de la quatrième partie

Que retenir?

Durant la période coloniale, les salaires et autres primes de « dépaysement » des médecins militaires et civil·e·s sont payés par l'administration coloniale. Ils servent souvent d'incitatifs à s'expatrier, comme c'est encore le cas. Mais face aux contraintes budgétaires, ces médecins ne sont pas en nombre suffisant pour répondre aux besoins sanitaires, la situation n'ayant guère changé aujourd'hui, puisque l'on manque toujours de personnel. Pourtant, les archives montrent que ces personnes ont une pratique privée au sein et en dehors des formations sanitaires publiques. L'administration coloniale va tardivement tenter de les réguler. On constate par ailleurs une grande diversité de ces pratiques selon le type d'établissement de santé, de professionnel·le et de lieu. Le personnel de santé africain fait face à de multiples défis pour obtenir ce même droit à une pratique privée rémunératrice. Dans les années 1950, des syndicats se plaignent. De plus, les praticien·ne·s coloniaux obtiennent des ristournes sur la vente de leurs actes médicaux exercés en plus de leurs activités de routine. Ces ristournes, dont le fonctionnement perdure, seront formalisées dans les années 1980, avec la généralisation du principe du recouvrement des coûts encouragé par l'OMS et l'UNICEF. L'administration publique tire aussi profit de cette pratique privée des médecins coloniaux, car elle reçoit une partie des sommes payées par les patient·e·s. Cependant, le personnel du secteur privé de la médecine (qui paie une patente), en émergence, se plaint de la concurrence déloyale de ces médecins coloniaux. L'ordre des médecins et l'administration coloniale font face à de nombreux défis pour réguler cette concurrence entre les praticien·ne·s libres et les médecins financé·e·s par le secteur public, à l'image de la situation actuelle au Sénégal.

En dehors des structures hospitalières, les médecins coloniaux (militaires ou civils) avaient une pratique clinique qui pouvait donner lieu à des rémunérations supplémentaires à leurs salaires. J'ai évoqué, dans la partie précédente, les primes distribuées aux matrones pour les inciter, dans le cadre de l'AMI, à collaborer avec les sage-femmes (sénégalaises ou françaises), ainsi que les primes proposées aux mères dans le cadre de la politique de natalité. À l'inverse, l'imposition d'amendes est une pratique classique de la santé publique coloniale et de sa police sanitaire, notamment pour le contrôle des épidémies. Le Gouverneur général Carde avait même évoqué « l'expulsion des étrangers » dans un décret de 1927 suivant l'idée d'une propagation des épidémies par les personnes venant de l'extérieur. Cette pratique perdure puisque récemment, des maternités du Sénégal ont imposé une amende aux mères ayant accouché à la maison.

Cette quatrième partie de l'ouvrage s'attarde sur la pratique privée des médecins coloniaux et africains et leurs ristournes. En 1930, le rapport d'une inspection de l'Hôpital principal note les défis de réguler la pratique privée des médecins payés par l'administration. Ce défi perdure aujourd'hui au Sénégal, ce qui a notamment donné lieu à la publication d'un arrêté le 18 novembre 2022 pour préciser les modalités d'utilisation des recettes générées par les activités des formations sanitaires. Ainsi, le personnel socio-sanitaire de la fonction publique a le droit de percevoir 20% de ristournes (dites « motivations ») sur les recettes nettes (plafonnées à 150 000 F CFA par personne), tandis que les agent·e·s de santé communautaire reçoivent 30% (plafonnées à 100 000 F CFA par personne). Aujourd'hui en France, les médecins qui ont une pratique privée dans les hôpitaux parisiens payent une redevance à l'hôpital (entre 15% et 60% du montant), selon un rapport de la Cour des comptes d'octobre 2023. En 2022, un document interne de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris montre que cette redevance payée par les praticien·ne·s concerné·e·s rapporte 14,9 millions d'euros, confirmant donc l'intérêt de ce type de pratiques pour l'institution hospitalière. Les taux varient selon les services : 16% pour les consultations, 25% pour les actes de chirurgie, obstétriques ou les anesthésies, 60% pour les imageries, radiothérapies, de médecine nucléaire et biologie. Qu'en est-il durant la période coloniale, alors qu'aucune étude ne s'est encore penchée sur cette question?

La pratique privée des médecins coloniaux et ses défis

L'analyse des archives m'a permis de comprendre que l'enjeu du paiement des primes aux médecins coloniaux s'est posé dès le 19^{ème} siècle avec les médecins de la marine, notamment. Dans les prochaines pages, je vais décrire la réalité des faits de cette pratique, mais aussi montrer tous les défis de l'administration coloniale pour la réguler, processus dans lequel elle va attendre longtemps avant de s'engager. L'ordre des médecins ne sera mis en place que dans les années 1950. On constate finalement que la théorie (d'une interdiction à une régulation) et la pratique (de l'exercice privé de la médecine par les médecins coloniaux) diffèrent grandement selon les sources.

À Saint-Louis, un échange de correspondances a lieu entre la mairie et le Gouverneur de 1876 à 1877, pour que la mairie puisse payer des consultations réalisées par M. de Rochebrune, « officier de santé chargé des mort-nés », alors qu'il est en partance pour la France : « Il ne serait pas juste de le priver d'un salaire correspond à un service fait ». Les familles des enfants ne semblent pas avoir payé, et le médecin réclame ses honoraires (vacations) pour les constats de 38 mort-nés¹ (procédure réclamée par l'administration, selon un décret de 1872) entre le 26 juin et le 22 octobre 1876. Dans une lettre de 1876, nous trouvons même l'évocation de M. de Rochebrune en « sa qualité de médecin subventionné par la Commune ».

Une correspondance de 1874, concernant un autre médecin, M. Roux, qui réclame lui aussi le paiement de ses honoraires sur le budget municipal (pour la visite de 22 enfants mort-nés entre le 25 février et le 12 juillet 1874²) montre que cette question est récurrente. On comprend que le prix est de 100 francs pour dix réquisitions. En 1874, la mairie affirme que ce n'est pas à elle de payer, mais à la police locale ou judiciaire. Dans cette même correspondance, on comprend que M. Roux, médecin de

1. Dont quatre avec un nom à consonance française.

2. Dont un seul avec un nom à consonance française... dont on verra qu'il est l'objet d'une enquête criminelle.

première classe de la Marine, est aussi appelé par la justice pour constater des décès et facture ses services à cette dernière. Par exemple, pour le procès criminel de Mme Sophie Leautier, qui concerne un enfant, le médecin réclame 10 francs pour la première visite du constat de décès, puis 20 francs pour l'autopsie du cadavre et 10 francs pour la visite de la mère. C'est à cette époque (1876) que l'on voit apparaître des débats pour que la mairie de Saint-Louis puisse disposer dans son budget d'un salaire pour un médecin civil³, laissant donc croire qu'il n'y avait que des médecins militaires à Saint-Louis à cette époque. En effet, selon la retranscription du débat du Conseil municipal d'août 1876 autour de cette affaire, le recrutement d'un médecin civil permettrait de « réduire les honoraires payés aux médecins de la Marine », ce qui confirme le principe d'une rémunération supplémentaire à ces personnes. Il est même proposé de réduire le prix payé pour la visite du médecin civil à 3 francs. On comprend aussi que le Gouverneur aurait demandé à la mairie de prendre en charge les deux tiers du salaire du médecin civil. Mais le plus utile pour notre propos se trouve dans un passage de la lettre du Gouverneur au maire de Saint-Louis, datée du 18 juillet 1876, selon lequel un membre du conseil aurait demandé « si en présence de cette augmentation [de 4 000 à 6 000 francs] le médecin civil aurait été astreint à un tarif pour ses visites ».

Les enjeux du paiement direct et du paiement à l'acte (voir précédemment) sont donc déjà présents à la fin du 19^{ème} siècle au Sénégal. Finalement, la mairie aurait prévu 2 000 francs et la Colonie 4 000 francs pour offrir un salaire de 6 000 francs à un médecin civil « dont l'envoi était demandé depuis plusieurs années à la métropole ». Lors de la séance du 28 août 1873, donc trois ans auparavant, le Conseil municipal avait aussi débattu du besoin de faire venir un médecin et voté à l'unanimité une indemnité de 3 000 francs. C'est donc peut-être le défi de recrutement qui a fait monter le salaire en 1876.

Six ans plus tard, la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine cherchera, notamment, à interdire les activités curatives des marabouts et autres féticheurs et donc à réduire la concurrence à la médecine dite « moderne » dont on voit qu'elle avait peine à vraiment s'imposer, notamment faute de moyens (Ngalamulumé, 1997).

3. 2 000 francs pour complément d'émolument, mais le Conseil aurait pourtant budgétisé 6 000 francs en 1875, alors que l'administration précédente avait budgétisé 4 000 francs.

Mais la question de la régulation des tarifs reste centrale puisqu'en 1893, on fixe le prix des visites des deux médecins présents à Saint-Louis (Dr Carpot et Dr Duval) aux fonctionnaires et employés du service local qui auraient été signalés malades par leurs chefs de service. Si la première visite est gratuite, car elle permet de connaître le domicile du fonctionnaire, chacune des visites suivantes pour le soigner donne droit à des honoraires ajustés selon la solde annuelle des fonctionnaires malades. L'équité du financement était donc déjà abordée bien que de manière rudimentaire. La consultation était facturée cinq francs pour une solde annuelle de 3 000 francs ou plus, et de trois francs pour celles et ceux gagnant moins (JOS, 1983.375). À noter que les honoraires étaient les mêmes pour les soins à domicile des familles des fonctionnaires.

Le Gouverneur évoque, lui aussi, le prix de la visite, fixé à 3 francs, en affirmant que le Conseil aurait débattu en 1896 pour que ce montant soit un prix plafond que « le médecin ne devrait pas dépasser ». Cependant, il rappelle que le médecin doit fournir gratuitement des consultations à l'hospice et aux indigent·e·s avec certificat, puisque ce document est indispensable pour pouvoir être pris en charge gratuitement sur le budget de la commune. C'est donc pour les autres consultations que le débat du tarif se pose.

En 1906, un arrêté (JOS, 84.445) spécifie les tarifs auxquels le laboratoire de chimie du service de santé installé à Gorée, est autorisé à réaliser des cessions. Par exemple, les analyses de matière grasse sont au tarif de 8 francs et les analyses d'eau à 4 francs. Ces tarifs concernent les services demandés par les structures de santé du Gouvernement général et des services publics du Sénégal. Cependant, s'il est prouvé qu'il n'existe pas d'autres laboratoires où ces analyses peuvent être réalisées, il est possible également de facturer ces services à des particulier·e·s. La somme à payer sera majorée de 25% et versée à la caisse de l'officier d'administration qui est gestionnaire. On note cependant, à l'alinéa d de l'article 4 de cet arrêté de 1906, que « le demandeur aura à s'acquitter directement des vacations demandées par le chimiste. L'unité du prix de ces vacations sera de 5 francs et le nombre maximum des vacations possibles à demander pour une analyse restera limité à 5 ». Ainsi, non seulement les services publics augmentent de 25% leurs tarifs pour des particulier·e·s, mais les personnes qui réalisent les analyses, en l'occurrence un chimiste, obtiennent des vacations rémunérées en sus de leur solde.

Dans une note de 1919 du service des affaires civiles du Gouverneur général de l'AOF adressée à l'Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de Dakar, il est question de la direction du service d'hygiène (qui

doit être assurée par un militaire) et de l'interdiction réglementaire qu'il pratique auprès d'une clientèle privée. Le chef du service précise, dans cette note (H022) datée du 10 avril 1919, que cette disposition pourrait être supprimée. Le projet d'arrêté présenté dans cette note précise que le médecin hygiéniste devra renoncer à toute clientèle et recevra une indemnité de fonction de 4 000 francs par an. On cherche donc déjà à réguler les pratiques.

Dans une note remise au ministre des Colonies le 30 juin 1925, l'auteur constate la présence de « médecins [...] en service dans des postes où ils peuvent faire de la clientèle », confirmant donc l'écart entre la théorie (interdiction et gratuité) et la pratique. Dans sa lettre au ministre des Pensions, M. Léon Demay, mutilé de guerre, se plaint qu'il n'arrive pas à faire valoir ses droits de soins gratuits auprès des médecins civils à Saint-Louis (puisque'il n'y a que des médecins militaires ou « militarisés », écrit-il). On apprend au détour d'une phrase que ces derniers peuvent « faire de la clientèle – soins à donner aux commerçants, aux indigènes aisés, accouchements ». Il affirme par ailleurs que « les médecins militaires font ici de la clientèle, par conséquent on peut les tenir à ce titre pour médecins civils ».

Pourtant, un projet de décret datant de 1926 comporte une mention explicite pour interdire au personnel de recevoir d'autres « traitements, soldes et indemnités que ceux qui lui sont alloués par les textes en vigueur », témoignant donc d'un besoin de régulation. Si ce projet d'arrêté confirme la possibilité de facturer les analyses aux particulier·e·s, les sommes doivent être versées « au profit du budget gestionnaire », et donc pas aux professionnel·le·s de santé.

Lors du Conseil colonial de 1926, au cœur des débats sur le manque de moyens des services de santé explicité dans un chapitre précédent, des discussions s'engagent sur le besoin de « tarifier les visites » des médecins coloniaux (Conseil colonial, 1927). La reproduction du débat permet d'en comprendre les tenants et aboutissants, notamment la présence attestée de consultations payantes et la stratégie financière de la profession médicale :

LARRIEU. — Quant à moi, parodiant une phrase célèbre, je ne cesserai de vous dire : des médecins, encore des médecins et toujours des médecins! Si vous ne recrutez pas assez de médecins, c'est que vous n'offrez pas des situations de début suffisantes. En second lieu, je me dois de vous signaler que dans les dispensaires

que vous construisez il n'y a pas de médicaments. Est-ce un oubli du docteur pour ses commandes? Cela vient-il du service de santé? Je crois plutôt qu'il s'agit d'une façon de faire intéressée des médecins, car si l'on ne trouve pas de remèdes dans les dispensaires, on en trouve chez ceux-ci. Je demande aussi à l'Administration d'examiner s'il ne serait pas possible de tarifier les visites. À Kaolack, on paye une visite 40 francs, à bord d'un bateau français, c'est 100 francs, et si le bateau est étranger, c'est une livre.

D'OXOBY. — Je suis entièrement de l'avis de mon collègue Larrieu. Je vais vous donner quelques prix pratiqués dans le cercle du Cayor : À Kébémér, 250 francs la visite. À Mékhé, 80 francs la visite. J'estime que 25 francs pour la visite de jour et 50 francs pour la nuit seraient des prix raisonnables.

LE REPRÉSENTANT DE L'ADMINISTRATION. — Il me serait difficile de vous répondre sur le champ et de vous dire d'une façon catégorique si l'Administration peut intervenir pour tarifier le prix des visites médicales. (Conseil colonial, 1927 : 223)

Puis, M. Larrieu donne l'exemple d'un médecin de Kaolack qui a refusé de se déplacer à Foundiougne pour l'accouchement compliqué d'une femme (signalée « bien à tort » comme « indigente »), préférant aller, durant la nuit, « soigner un riche commerçant de Sokhone ». Et M. Larrieu de préciser, avec la nuance du mot « uniquement » :

Mon but, en insistant, est de faire remarquer aux médecins de l'Assistance médicale indigène que leur rôle n'est pas de faire uniquement de la clientèle payante.

La gratuité des soins de l'AMI analysée précédemment est donc toute relative, d'autant plus que les médecins sont rémunérés par l'administration coloniale.

Puis, le président du Conseil nuance les propos de Larrieu, en affirmant que les médecins « qui s'empressent auprès des pauvres; nous les connaissons. Ceux-là ont du cœur ». Puis M. D'Oxoby poursuit :

« L'Administration ne tarifiera jamais les visites, car si elle tarifie, elle sera obligée de payer plus cher ses médecins ». L'enjeu de la distribution des ressources est au cœur du débat (Conseil colonial, 1927).

Un rapport de 1930 mentionne aussi que le Gouverneur général a donné son accord pour une pratique privée au sein de l'Hôpital principal de Dakar, afin « qu'un certain nombre d'interventions [soient] payées par les malades ». Le rapporteur semble scandalisé par cette pratique, car « il apparaît donc que le médecin lèse les droits de l'hôpital qui le paie, et lui fait une concurrence inadmissible », notamment pour « la catégorie [d'interventions] qui, à l'hôpital, eussent été payantes pour l'administration », confirmant cette source de revenu. En effet, le personnel de l'hôpital ne serait payé que pour soigner les fonctionnaires et non les particulier·e·s qui, dès lors, doivent payer. Quand un médecin justifie sa pratique en disant que cela « se passait en Extrême-Orient », le rapporteur s'emporte :

Cette défense ne vaut rien, mais il est juste pourtant de reconnaître que la faiblesse humaine se laisse facilement entraîner à répéter un geste lucratif, même défendu, et à s'en trouver une excuse du fait que, dans le passé, elle en a vu la répétition quotidienne, sans que jamais quiconque n'ait songé à le trouver amoral. Le médecin en cause a déclaré d'ailleurs que l'accusation qui pesait sur lui avait été un rappel pour sa conscience et qu'à l'avenir aucune faute de cette nature ne serait à lui reprocher.

Ce point de vue est intéressant dans le débat contemporain de la pratique privée dans les structures publiques sénégalaises, qui est largement relaté par la presse, mais où rares sont les études rigoureuses sur le sujet. L'État semble par ailleurs faire face à des défis pour réguler cette pratique, ancestrale comme on vient de le voir, et quasiment mondiale.

Un autre rapport de 1930, sur les services de pharmacie de l'Hôpital principal à Dakar, montre que les défis de gestion concernent aussi les infirmier·e·s : « une autre cause de perte, plus minime, mais qui se renouvelle tous les jours est due à la disparition des flacons qui contiennent les prescriptions médicamenteuses, les infirmiers ne

rapportant parfois que la moitié des fioles délivrées »⁴. Toujours dans ce rapport de 1930, le chef du service ORL confirme qu'il pratique des « consultations payantes pour son propre compte », mais « avec des instruments à lui ». Ce médecin précise même qu'il a ouvert un cabinet privé à domicile, trois fois par semaine, de « 5 heures à 7 heures ½ ».

Voté en 1936, l'arrêté 2002 statue sur les frais médicaux et d'hospitalisation, ainsi que les frais funéraires pour les personnes victimes d'accident du travail. Cet arrêté comprend 26 articles très détaillés sur les modalités de paiement, les facturations et les remboursements. Par exemple, l'article 2 indique que les visites réalisées au domicile de la personne blessée donnent lieu à des indemnités de déplacement. L'article suivant explique que le prix de la visite est augmenté de 50%, lorsque cette dernière doit avoir lieu à une heure fixe ou lorsqu'elle est réalisée en urgence ainsi que les dimanches et les jours fériés. L'article 4 note que le prix de cette visite est triplé lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre 21h00 et 06h00. En outre, si des actes opératoires doivent être réalisés dans cette situation d'urgence au cours de la nuit, leur prix est majoré de 25%, tant pour « les chirurgiens que pour les aides ou l'anesthésiste », stipule l'article 8. L'article 11 demande également de prévoir des « honoraires ou la rémunération des aides ou anesthésistes pour leur assistance aux interventions de grande chirurgie ». L'article 5 précise le prix de la consultation dans les cas d'extrême urgence :

lorsque dans les cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif de déplacement sera appliqué en plus s'il y a lieu.

Il est ensuite précisé que lorsqu'une surveillance du malade est nécessaire, chaque demi-heure est facturée comme une visite supplémentaire « dans la limite d'un maximum de cinq visites ». L'établissement d'un certificat médical donne droit à une rémunération

4. À noter qu'en 1896, on prévenait déjà, pour l'Hôpital de Saint-Louis, que « le médecin chef intéressé directement à la bonne administration de son hôpital, [veillerait] à ce qu'il n'y ait pas d'abus dans la délivrance des médicaments aux malades en traitement ».

de 10 francs, mais si la personne a des blessures graves et qu'il faut rédiger un certificat descriptif, alors l'indemnité est de 20 francs. Les tarifs des médicaments doivent suivre ceux de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France. Ils sont également augmentés aux mêmes conditions horaires que pour les visites médicales. Ainsi, l'État cherche à mieux réguler cette pratique privée et notamment les tarifs qu'il est possible de proposer. Les enjeux des ristournes pour le personnel, notamment la marge de 25%, restent une norme appliquée et officielle.

Dans les débats du Conseil colonial de 1936 concernant le chapitre des dépenses de santé, M. Adama Lo, membre du Conseil, témoigne devant l'assemblée au sujet de la maladie de sa mère. Un médecin de Rufisque à qui il avait fait appel lui aurait répondu qu'il n'avait pas le temps de s'en occuper : « débrouillez-vous avec la sage-femme pour lui donner un lavement ». M. Lo explique qu'il est allé « chercher un autre médecin mais il paraît, que les médecins fonctionnaires n'ont pas le droit de soigner les malades ni de faire de la clientèle payante. J'insistais auprès du médecin capitaine chargé de l'hygiène qui m'a dit : devrais-je y laisser mon grade, je vais vous accompagner » (p.140). Malheureusement, le médecin capitaine arrivera trop tard et M. Lo de faire un plaidoyer pour que l'administration puisse autoriser tous les médecins à prodiguer des soins à tous-tes les malades. Il poursuit en se plaignant :

Il n'est pas admissible que dans des communes comme celle de Rufisque, on laisse mourir les personnes sans soin, et cela uniquement pour servir les intérêts du médecin municipal. La ville de Rufisque a demandé un médecin auxiliaire dont elle a inscrit la solde sur son budget. Nous serions reconnaissants à l'administration si elle faisait le sacrifice nécessaire pour nous envoyer un médecin auxiliaire, de préférence celui qui a fait une demande dans ce sens, qui se trouve en Casamance et connaît merveilleusement bien son métier qu'il pratique d'ailleurs très consciencieusement, à la satisfaction de l'administration et des habitants de la Casamance, j'ai nommé monsieur Carvalho.

On comprend donc combien les enjeux budgétaires et les pratiques privées avec une clientèle payante s'entremêlent, les questions de concurrence, que l'on évoque dans une prochaine section, entre les médecins, selon qu'ils ont droit (ou pas) de disposer d'une clientèle privée, s'ajoutant au débat.

Une lettre de M. de Coppet datée du 15 mai 1937 à Dakar stipule que « chaque visite ou consultation ayant fait l'objet d'une cession donnera droit pour les médecins fonctionnaires à une indemnité uniforme de 10 francs dans tous les centres ou postes ». Le principe de la ristourne sur la tarification des actes est donc en place. À noter que la somme de 10 francs est indiquée à la main dans ce document dactylographié et que le chiffre noté à l'origine était 7,50 francs (évoqué par Vernes et Trautmann précédemment). Cette indemnité est doublée pour les visites de nuit et pour les accouchements ou opérations, elle est égale au tiers des tarifs de cession. Le 18 mai 1940, l'arrêté 1085 signé par Léon Cayla suspend la réglementation de l'exercice rémunéré des médecins. Le 21 mai 1940, le Gouverneur des colonies écrit au médecin général chef du service de santé à Dakar pour l'informer de la suspension du décret. Il explique ensuite que les médecins fonctionnaires, militaires, civils et contractuels sont autorisés « à donner leurs soins aux particulier-e-s et à percevoir une rémunération raisonnable sans ristourne au profit de l'administration ». Il demande cependant au chef du service santé de rappeler que la clientèle payante ne doit être reçue « ni pendant les heures de service sauf cas d'urgence, ni dans les formations sanitaires avec le matériel appartenant à l'administration ».

En 1939, le docteur Sasportas confirme la continuité de la pratique privée de certains médecins :

Je n'ignore pas qu'à côté de ces médecins fonctionnaires travaillant pour la chose publique et qui forment la majorité, il existe quelques rares cas de confrères, installés dans les grandes villes, faisant de la clientèle comme dans un centre français.
(Sasportas, 1939 : 1659)

Mais ces derniers touchent quand même certaines indemnités de la part du gouvernement, qui constituent « un appoint très utile aux ressources que la clientèle peut, par ailleurs, leur procurer » (Sasportas, 1939 : 1659).

La régulation progressive de la pratique privée de la médecine

Alors que la pratique privée de la médecine est très ancienne, ce n'est qu'en 1937 qu'émergent des archives consultées un « décret relatif à l'exercice de la clientèle payante pour les médecins fonctionnaires (arrêté de promulgation n°591 du 5-3-1937) », ainsi que l'« arrêté n°1280 réglementant l'exercice de la clientèle rémunérée par tout médecin militaire, fonctionnaire ou contractuel ». Ce dernier arrêté précise que toute pratique rémunérée par la clientèle est interdite aux médecins, qu'ils soient militaires ou civils, lorsqu'ils perçoivent une solde supérieure à 6 000 francs par an. L'arrêté précise également que les fonctionnaires et agents européens en service dans les colonies ainsi que leur famille et la population indigène ont droit « aux soins gratuits », selon l'arrêté général du 1^{er} juin 1912. En outre, dans les localités où il existe plusieurs praticiens libres, les médecins fonctionnaires ne peuvent pas donner de soins à une clientèle privée, sans que cela réponde à la demande du médecin traitant ou alors « à titre de relation personnelle, ce qui implique la gratuité totale ». Le souci de ne pas créer de concurrence entre les médecins, tel que nous l'aborderons ultérieurement, est déjà présent en 1937, puisque l'article 3 de l'arrêté 1280 stipule que les médecins spécialistes pourront réaliser des consultations payantes dans les formations sanitaires, mais le tarif des consultations données « en cession sera assez élevé pour ne pas concurrencer le médecin libre, il sera au minimum égal au tarif normal des consultations en clientèle ». En outre, les médecins dans l'administration auront droit de donner des soins aux malades dans les localités où ne se trouve aucun médecin libre, mais « sans distinction d'origine ou de profession ». À cette époque, il n'existe pas encore de Syndicat des médecins et c'est donc l'administration qui est chargée de réguler la situation.

L'arrêté n°1280 de 1937 sera suivi des arrêts n°2719 du 29 août 1939, n°2566 du 27 novembre 1939 n°1085 du 18 mai 1940, n°2530 du 16 juillet 1941 et n°2053 du 22 juillet 1944. Ils seront tous abrogés le 23 avril 1949 par l'arrêté n°1926, lui-même abrogé par l'arrêt n°1860 du 9 août 1952, montrant le caractère dynamique de la question et de sa prise en charge par l'administration coloniale. Un projet d'augmentation de 50% des tarifs

en vigueur depuis l'arrêté de 1939, pour les consultations et accouchements et de 100% pour les analyses chimiques a été refusé par le directeur général de la santé publique le 10 octobre 1946. Pourtant, le médecin général inspecteur Peltier, auteur de la demande, affirme que « les nouveaux tarifs proposés sont encore nettement inférieurs à ceux pratiqués dans le secteur privé », montrant l'objectif d'aligner les tarifs publics avec ceux pratiqués dans le privé.

L'arrêté n°2719 du 29 août 1939 fixe le prix de la consultation « externe de spécialité » ouverte aux particulier-e-s à l'hôpital à 80 francs (il était de 40 francs en 1937) et de la visite à domicile à 100 francs (il était de 50 francs en 1937) pour « les médecins en service dans les formations hospitalières du Service Général ». Ces prix sont doublés la nuit, entre 21 heures et 6 heures. Les visites à domicile (réalisées par les médecins de l'administration) aux malades « européens ou assimilés » autres que les fonctionnaires et militaires sont facturées à 25 francs et la consultation à 15 francs. Les frais d'examen pour l'aptitude à conduire sont facturés à 150 francs et ceux pour la navigation à 200 francs. Le tarif des accouchements pour les « malades non hospitalisées » est deux fois plus cher dans les localités où un ou plusieurs médecins libres sont présents que lorsqu'il n'y en a pas. Le prix pour un accouchement normal est de 500 francs et pour un accouchement dystocique (avec complications) de 700 francs en présence de médecins dans la localité, dans le cas contraire, c'est moitié prix.

L'arrêté 660 de 1940 rappelle que les « médecins-fonctionnaires de la place de Dakar ne peuvent donner leurs soins en clientèle que s'ils sont appelés en consultation par le médecin-traitant ». De même, l'accès aux consultations externes de l'Hôpital principal n'est possible pour les particulier-e-s que sur la demande des médecins-traitant et donc, pas directement selon leur choix. Pour reprendre les termes modernes, nous sommes dans un processus de porte d'entrée du système où l'accès à des spécialistes à l'hôpital est conditionné par un recours précédent à un médecin généraliste qui décide de la pertinence de cette consultation de second niveau. Cela étant dit, les consultations pour les particulier-e-s qui ne sont pas fonctionnaires sont autorisées. Le tarif des cessions est précisé, soit 40 francs pour une consultation à l'Hôpital principal et 50 francs pour une visite à domicile, ce prix étant doublé pour les consultations de nuit, soit de 21 heures et 6 heures. De même, leurs frais d'expertise pour les examens médicaux liés à l'obtention du certificat médical d'aptitude à conduire est fixé à 80 francs par certificat, soit deux consultations, dit-on. Pour la licence de navigation aérienne, il s'agit de

trois consultations, soit 120 francs. Ces cessions sont versées « entre les mains du gestionnaire » qui les reverse au Trésor chaque mois. Il n'est pas fait mention de ristourne. L'arrêté explique également qu'il ne sera pas possible de procéder aux cessions « de médicaments, d'eaux minérales et d'objets de pansement ». Puis, l'arrêté dresse une longue liste des tarifs des services de spécialités ouverts aux particulier·e·s non-fonctionnaires. Par exemple, un examen de radioscopie est à 40 francs, une opération des amygdales à 1 000 francs.

En 1948, dans le rapport que la France adresse à l'Assemblée générale des Nations-Unies sur la protection de la santé publique en AOF, on note, dans l'inventaire des formations sanitaires, la présence de 23 dispensaires d'œuvres privées, une maternité privée et un poste privé doté d'une sage-femme. La pratique privée des praticiens n'est pas mentionnée mais il est indiqué, sans les dénombrer, des « médecins libres chargés d'un service rémunéré » parmi le personnel européen uniquement. Le nombre de consultations que ces derniers réalisent ainsi que celles des praticiens n'est pas précisé dans la liste des indicateurs de « rendement des services sanitaires ».

Le 26 septembre 1949, Le Rouzic écrit une note (confidentiel, 471/SP-CP) au Président du Conseil de l'ordre des médecins à Paris pour obtenir son avis à propos d'un projet d'arrêté sur l'exercice rémunéré de la clientèle par les médecins fonctionnaires. Il souhaite donc l'associer aux décisions. Le projet vise à « refondre » l'arrêté 1926/SP du 28 avril 1948. Le Rouzic précise que l'arrêté doit être adapté aux conditions très différentes de la métropole « où le nombre des praticiens n'est pas, comme en Afrique noire, réduit souvent à une unité pour des territoires immenses ». Le terme d'« indigent », par rapport à celui d'« indigène », est de nouveau emprunté dans une certaine confusion (récurrente), puisque Le Rouzic explique qu'en Afrique, la population « se compose essentiellement d'indigents (ou admis comme tels) », et il emprunte les poncifs comme « si de nombreux présumés indigents demandent une consultation payante, d'autres cependant fortunés se présentent au dispensaire gratuit ». On retrouve ici les idées reçues véhiculées en Afrique de l'Ouest dans les années 2000 sur l'abus des patient·e·s à l'égard des politiques d'exemption du paiement des soins qui ont pourtant permis une amélioration sans précédent du recours aux soins (Ridde, Queuille, Ndour, 2014). Mais Le Rouzic évoque-t-il les « indigent·e·s » ou les « indigènes » ? Il utilise plus loin dans sa note le terme d'« autochtones », lorsqu'il précise que la clientèle payante sera réduite au minimum en Haute-Volta, contrairement à la basse Côte d'Ivoire et à Dakar où l'on

se situe entre les deux ». Comme il n'est pas possible de faire une réglementation différente selon les territoires, il propose une perspective « intermédiaire », dit-il, avec le chiffre d'un médecin pour 15 000 habitants. Il explique qu'il est prêt à la discussion et qu'il attend des suggestions du Conseil de l'ordre des médecins sur ce ratio. Il continue sa réflexion en expliquant que, selon lui, le libre choix d'un médecin commence lorsqu'il existe au moins deux médecins dans la localité, alors qu'il semble que ce chiffre ait été discuté et que certains aient plutôt proposé au moins trois médecins pour que les patient·e·s puissent choisir librement leur médecin. Il termine sa lettre en expliquant que les tarifs qui ont été proposés, ont été calculés selon ceux « de la nomenclature des actes professionnels pour la Sécurité Sociale ». La France est évidemment la référence pour l'AOF.

En 1949, le médecin-chef du dispensaire de l'AMI de Rufisque écrit au docteur Le Rouzic pour lui demander le prix de la consultation dans les formations sanitaires pour les PALF non hospitalisé·e·s. Le Rouzic lui répond (lettre 2555/AD) que la consultation est de 200 francs, confirmant donc que toutes les consultations de l'AMI n'étaient pas gratuites. Mais il signale également un fait intéressant. En effet, le grand conseil de l'AOF n'a pas accepté de modification au tarif lors d'une réunion de 1948. La formule laisse donc croire que le docteur Le Rouzic, Directeur général de la santé publique, n'est pas très heureux de ce refus du grand conseil.

Le 20 juin 1949 à Dakar, le Gouverneur général en AOF rédige une lettre à l'attention des autres gouverneurs et notamment des directeurs locaux de la santé publique. Il explique que l'arrêté numéro 1926/SP du 23 avril 1948 comporte des lacunes et des imprécisions dans sa volonté de réglementer l'exercice rémunéré de la clientèle par les praticiens fonctionnaires. Il explique notamment que la création prochaine de l'ordre des médecins en AOF (encadré 13) nécessite de revoir certains points. Il faudrait notamment un accord préalable du département pour signer une entente avec le Conseil national de l'ordre, bien qu'il anticipe que cela puisse prendre du temps. Pour éviter les erreurs d'interprétation, il fournit donc des précisions qui doivent entrer en vigueur à partir du 1^{er} juillet 1949. Cela concerne notamment les quoteparts que ces praticiens doivent recevoir sur les consultations qu'ils donnent dans les formations sanitaires aux PALF. Pour ces dernières, l'arrêté 1926 mentionne que « les tarifs de consultation sont soit égaux, soit le double du prix appliqué en clientèle civile ». Mais cela semblait équivoque et il explique donc qu'à partir de cette date, les tarifs ne seront plus simples ou doubles mais constitués, d'une part, d'une partie (K), revenant à

l'administration, et d'une autre partie (C), revenant au praticien. Le K est fixé chaque année par l'administration et il s'agit d'une constante (elle est de 200 francs en 1950 par exemple, tant pour les médecins que les dentistes, selon une note (68/HC) du médecin chef de l'Hôpital Saint-Louis, Dr Morard). Quant au C, il est fixé en suivant le tarif des « praticiens libres » de la localité ou à défaut celui de Dakar. Ainsi, pour mieux interpréter le décret, le gouverneur secrétaire général Chauvet explique que lorsque ce dernier évoque un tarif double, il faudra comprendre K+C et lorsqu'il sera question d'un tarif simple, « la somme exigée sera égale à $K/2 + C/2$ ». Cependant, il précise dans sa lettre que ce dernier tarif « ne pourra jamais être inférieur au prix moyen de la consultation demandé par les praticiens civils de la localité ». L'indication de 50% à titre d'honoraires du décret n'est plus valable sauf pour certaines analyses et examens.

-13-

Une courte histoire de l'Ordre des médecins

L'ordre a été créé en 1952 (décret 52.964) avec un premier tableau de la section locale pour l'Afrique (au sud du Sahara) de l'Ordre national des médecins. Avant leur création, c'est l'administration qui se substituait au Conseil de l'ordre « dans l'application des règles déontologiques », selon une lettre du secrétaire général Torre adressée au ministre de la FOM, le 30 août 1956 (8976/SP-CP). L'ordre concerne les « médecins exerçant en pratique privée dans les territoires de l'AOF, AEF, Cameroun et Togo ». Lors de l'Assemblée générale de 1954, il note la présence de 179 médecins diplômé·e·s d'État et 20 diplômé·e·s de l'École africaine de médecine de Dakar. En fait, il semble qu'en 1949 se soit réunie une Assemblée générale des médecins libres « destinée à l'élection du premier conseil de l'Ordre des médecins », selon une lettre de Le Rouzic du 12 juillet 1949 (2174/SP-CP). Cette approche est conforme à l'ordonnance 45-21 84 du 24 septembre 1945 sur l'exercice de la profession de médecin et la création d'un premier conseil départemental de l'Ordre. Pour être éligible au Conseil de l'ordre, il faut être de nationalité française et âgé de 30 ans révolus. En 1949, la liste des médecins autorisé·e·s à exercer librement est composée de sept personnes au Sénégal, 11 personnes à Dakar, deux à Saint-Louis, une à Kaolack et une à M'Backé. Ils sont au total moins de 100 sur l'ensemble des territoires. La section locale

dispose des fonctions de l'Ordre des médecins de la métropole et notamment des conseils départementaux. Elle a aussi des compétences disciplinaires qui, en métropole, sont réservées plutôt aux Conseils régionaux (de fait, dans une décision d'une affaire de 1956 sur l'interdiction du « compérage entre médecins et pharmaciens », l'entête de la lettre du Conseil est changé pour « conseil régional de l'Ordre », certainement pour confirmer cette compétence. En 1957, le Conseil de l'ordre demande la création de sous-sections pour l'AOF, l'AEF, le Cameroun et le Togo, afin de disposer des mêmes fonctions que la section locale, sauf les pouvoirs disciplinaires. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, l'assemblée générale portant création du Conseil de la section locale pour l'Afrique s'est tenue le 23 novembre 1954 à l'Hôpital Le Dantec. Cette assemblée a permis d'établir le premier tableau des chirurgiens-dentistes ayant une pratique privée « en Afrique noire », soit 56 diplômés d'État. Dans la liste des 21 personnes qui ont obtenu des voix, entre 4 et 24, on note la présence de quatre femmes dont trois demoiselles (deux étaient notées « Mme » mais corrigée par la machine avec le « m » remplacée par le « ll ») et aucun nom ne semble être de consonance ouest-africaine. En 1953, une note du directeur local de la santé publique du Sénégal et de la Mauritanie précise qu'il n'existe aucun chirurgien-dentiste contractuel en service ou exerçant à titre privé dans le territoire de la Mauritanie au 1^{er} mai 1953. Et le médecin colonel Maxime Carrière de déplorer qu'il n'existe « aucune inscription budgétaire à ce titre pour 1953. Et, il n'est pas encore permis d'espérer que les crédits nécessaires seront inscrits en 1954 ». On est donc loin d'une santé publique prioritaire. L'année suivante le même médecin colonel constate l'absence totale de ce métier en Mauritanie, dans sa lettre du 12 mai 1954. Mais c'est le cas aussi du territoire du Dahomey où il n'existe qu'un seul chirurgien-dentiste contractuel (M. Nauweleers), né le 20 décembre 1908, et en service à l'Ambulance de Cotonou. Il est de nationalité française et a demandé son intégration dans le cadre de l'assistance médicale. Au Niger, là encore, il n'y a aucun chirurgien-dentiste exerçant librement ou appartenant à une œuvre missionnaire ou une entreprise privée. Un seul est contractuel au service de l'administration. Il est né le 13 décembre 1910 à Saint-Étienne, diplômé de la faculté de médecine de Paris, mais non titulaire d'un doctorat en médecine. M. Fanget Georges travaille à l'hôpital de Niamey.

Fin 1949, une note¹ des renseignements généraux évoque un « certain malaise » du corps médical civil de Dakar. La situation des années précédentes perdure donc. L'auteur de cette note explique qu'une vingtaine de médecins se sont installés à leur compte, mais qu'ils se « trouvent dans une situation financière critique », car « l'Hôpital principal et l'Hôpital central africain leur enlèvent une nombreuse clientèle ». De plus, les fonctionnaires et les militaires ont leurs médecins, tout comme les employé·e·s du secteur privé et les « Libano-syriens ont leurs docteurs et rares sont les Levantins faisant l'antichambre dans le cabinet d'un médecin européen ». Les frais généraux de ces médecins seraient de l'ordre de 100 000 francs par mois.

La nomenclature générale des actes des professionnel·le·s de santé produite par la Direction générale de la santé publique de l'AOF énumère (la version tamponnée du 11 mars 1950) chaque acte possible ainsi que les coefficients associés. Ainsi, « tout acte est désigné par un indicatif suivi d'une lettre-clé et d'un coefficient », comme cela a été décrit plus haut. L'indicatif correspond à la spécialité de l'acte (p. ex. : CHI pour chirurgie, DV pour dermatologie et vénéréologie) et la lettre-clé est un signe indiquant la valeur en francs établie par arrêté général (p. ex. : C pour consultation de praticien, K pour actes de chirurgie). Puis, le coefficient est accolé à la lettre-clé et indique la valeur relative de chaque acte professionnel. Par exemple, un acte en pratique médicale courante (PC) comme une injection intraveineuse est d'un coefficient 1, une injection sous-cutanée d'oxygène est de 1,5, une suture simple par agrafes est de 3, et le plus grand coefficient est une ponction évacuatrice de pleurésie pour 6. Le document de nomenclature dispose de 54 pages.

Le 31 mars 1950, l'arrêté 1860 bis/SPCP aménage les tarifs de 1948 mais conserve les modalités de pratiques déjà énoncées. Des précisions comptables et techniques sont notées. Par exemple, lorsque les particulier·e·s se rendent à l'hôpital faute de spécialiste en pratique libre dans leur ville, les tarifs comprennent une part « H »². Il s'agit d'honoraires des praticiens (au même prix des consultations ordinaires des praticiens libres) et une part « A » qui revient à l'administration.

1. Dont la source est une personne européenne de valeur B, soit « habituellement fiable ». Merci à Gérald Arboit pour l'information.

2. On constate l'apparition de l'usage des lettres clefs dans la comptabilité, qui va perdurer jusqu'au moins les années 2000.

Comme explicité plus haut, les examens de radiologies dont l'interprétation est jugée complexe donnent droit à « deux 'H' ». Les soins dentaires peuvent être facturés un « H » pour une séance de soins isolés ou pour trois à cinq séances de soins selon l'importance du traitement, sans autre indication. Ces montants des « A » sont versés au gestionnaire et le praticien reçoit ses « parts 'H' » (honoraires) en fin de mois. Cet arrêté précise aussi que le prix de référence pour les factures des médecins de l'administration exerçant dans les localités sans « médecin libre » est celui des médecins libres de Dakar. Enfin, il confirme aussi que le prix des actes réalisés dans les postes médicaux sont réduits de moitié. Une note du 3 avril 1950 (1315/SP) signée par Le Rouzic, précise la situation pour les soins dentaires. En l'absence de praticien libre, les lettres-clefs pour un stomatologiste docteur en médecine est de D x 1, pour un chirurgien-dentiste de D x 1,5. Et la note de préciser que « le montant des actes professionnels accomplis, qui correspond à la part A revenant à l'administration reste entièrement acquis à la formation sanitaire ». La note citée plus haut du docteur Morard de 1950 explique que « le malade doit en plus du tarif demandé payer à l'administration les cessions faites (dents, crochets, anesthésie, etc) qui correspondent au paiement ou à l'amortissement des ingrédients ou du matériel utilisé ». Ensuite, le chirurgien-dentiste va pouvoir toucher « pour lui-même », la partie C, en fonction du nombre de consultations réalisées. Cette note rend compte également de la demande (très détaillée) d'un dentiste contractuel, M. Gamelon, qui estime que le tarif des interventions ne doit pas être inférieur à celui pratiqué par les dentistes libres. On voit ici le débat sur la comparaison des tarifs déjà explicité en ce qui concerne les médecins coloniaux. En outre, les sommes variantes selon la spécialité, M. Gamelon demande au médecin-chef de l'hôpital si les stomatos sont considérés comme des spécialistes, montrant l'enjeu financier qu'il souhaite évoquer.

Comme en Amérique du Nord aujourd'hui, le terme « client » pour désigner les patient-e-s apparaît le 10 mai 1950 dans une lettre (1859/SP-AD) du docteur Le Rouzic, Directeur général de la santé publique adressée au directeur local de la santé publique du Soudan. Il explique ainsi qu'il existe trois catégories de clients, d'abord les indigent-e-s qui sont traités gratuitement, puis les fonctionnaires et militaires, et enfin, les PALF qui payent « le tarif intégral prévu pour eux qu'il s'agisse d'autochtones ou d'européens ». Sans disposer de la lettre envoyée par le directeur local

de la santé publique du Soudan le 29 avril 1950, nous comprenons à la réponse du docteur Le Rouzic que ce dernier s'est plaint des « tarifs prohibitifs ». Le médecin général lui répond :

Je n'ignore pas qu'une certaine catégorie de personnes n'ont sans doute pas les moyens de recevoir certains soins onéreux. Il en va de même dans la Métropole pour les personnes des classes moyennes non affiliées à la sécurité sociale. En tout état de cause et tant que cet organisme n'existera pas ici il n'est pas possible de modifier la réglementation pour chaque cas d'espèce qui peut se présenter.

Nous verrons plus loin combien la question de la sécurité sociale a été délaissée, tout comme celle des mutuelles de santé, peu investie durant la période coloniale. Mais encore une fois, on voit ici une référence directe aux réformes en cours en France, mais aussi au défi auquel les représentants locaux font face quant à la solvabilité des populations, la capacité à payer, diraient les économistes de la santé.

Le rapport annuel de 1951 sur le fonctionnement des services de santé rédigé par la Direction générale de la santé publique dresse la liste des praticiens libres qu'elle connaît (02G051_008_M). On y retrouve en grande majorité des médecins mais aussi quelques dentistes ou sage-femmes. Ils étaient 22 à Dakar, 10 ailleurs au Sénégal (M'Baké, Kaolack, Saint-Louis, Thiès), 15 en Côte d'Ivoire et seulement 2 au Soudan français, aucun ailleurs en AOF. La très grande majorité de leur faculté d'origine est en métropole (Bordeaux, Paris, Lille, etc.) et quelques-uns d'ailleurs (Beyrouth, Alger). Un seul « médecin africain » formé à Dakar, de nationalité française, est noté, le docteur Carvalho exerçant à Thiès au Sénégal.

En 1951, le syndicat des médecins de Dakar se plaint auprès du médecin général directeur de la santé publique en AOF, qu'un certain nombre de « médecins accoucheurs civils » peinent à se faire payer par « les tiers payants (maison de commerce et entreprise privée) leurs honoraires », en raison du fait que « l'accouchement n'est pas décompté à l'hôpital ». Ainsi, le syndicat estime que ces confrères obstétriciens devraient toucher des honoraires de 7 000 francs pour un accouchement simple et de 8 000 francs pour un accouchement gémellaire. Ce sont, selon lui, les tarifs qui sont généralement pratiqués en France (toujours la référence donc), notamment dans le contexte de contrats passés entre les syndicats

médicaux départementaux et les caisses de sécurité sociale. On constate donc en 1951, au Sénégal, une référence directe aux réformes de sécurité sociale d'après-guerre en France (Da Silva, 2022). Puis, le syndicat informe le directeur des tarifs syndicaux minimums qu'il s'agit d'appliquer à partir du 1^{er} juillet 1951 : 400 francs la consultation, 500 francs la visite, 1 000 francs la visite de nuit, 800 francs la visite le dimanche et 800 francs la consultation de spécialiste. Comme pour les années suivantes, il s'agit de tarifs planchers et non pas plafonds. Ils servent de référence également à la tarification des médecins de l'administration, comme nous le verrons plus loin. Pourtant, le 15 juin 1948, le médecin général inspecteur Peltier, directeur général de la santé publique, avait répondu (lettre 1923/C) au directeur local de la santé publique de la Côte d'Ivoire, qu'en « l'absence d'ordre des médecins en Afrique occidentale française et de groupements professionnels pouvant s'y assimiler », il avait le loisir de fixer lui-même le tarif moyen auquel peuvent prétendre « les médecins fonctionnaires ou militaires appelés à exercer leur art en clientèle au poste médical ou en ville ». Il lui expliquait que l'indication qu'il avait reçue concernant les honoraires médicaux était, à l'heure actuelle, un minimum en ce qui concerne notamment Dakar.

Le 4 octobre 1952, la section administrative de la direction générale de la santé publique envoie une note (781/SP-AD, signée par Le Layec) à tous les gouverneurs des territoires, pour expliciter notamment les formalités à remplir pour exercer en pratique privée. D'abord, les praticiens « sous vos ordres » qui souhaitent profiter de cette possibilité, doivent adresser leur demande « sous le couvert du chef de service de santé » du territoire concerné. En ce qui concerne Dakar, cette demande doit être adressée au directeur général de la santé publique et l'avis de la sous-section locale du Conseil de l'ordre est requis. On comprend que pour Dakar, puisqu'il y a beaucoup de médecins généralistes qui ont déjà des autorisations, ces dernières seront surtout accordées aux « spécialistes ou aux médecins ayant une valeur technique qualifiée ou reconnue ». De plus, il est expressément demandé aux praticien-ne-s, qu'ils et elles soient militaires ou fonctionnaires, une fois autorisé-e-s à exercer en pratique privée, d'être inscrit-e-s au Tableau de l'Ordre. Puis, la note décrit les trois conditions dans lesquelles il est possible de pratiquer la clientèle privée : à domicile, dans les formations sanitaires et pour certains cas particuliers. Les conditions de l'exercice varient selon trois autres modalités liées à la présence dans la localité de praticien-ne-s ou de spécialistes.

En l'absence de norme, une consultation réalisée à leur domicile, dans une localité où il n'y a pas de praticien-ne-s, est fixée à 400 francs en 1952. Dans les localités où il y a une « insuffisance numérique de praticiens libres », le taux est celui du secteur privé, majoré de 25% ($H + 25\%$). Enfin, dans les localités où il y a un nombre suffisant de praticien-ne-s, « la seule possibilité laissée aux praticiens ou spécialistes de l'administration est celle d'exercer en qualité de consultant ». Ainsi, le tarif des honoraires est le double de celui pratiqué par le secteur privé (2H). La note explique que « dans tous les cas, la part attribuée aux praticiens est de 75% des honoraires perçus, les 25% restants devant revenir à l'administration ». On constate donc une certaine modulation de ces pourcentages d'attribution dans le temps (voir précédemment). Lorsque les consultations sont réalisées dans une formation sanitaire, la modulation des tarifs suit le même principe lié à la présence de praticien-ne-s dans la localité. En cas d'absence de praticien-ne, le tarif est égal à C (400 francs), D (150 francs) ou SF (120 francs) et en cas d'insuffisance de praticien-ne-s, il est de $H + 25\%$. Enfin, si le nombre de praticien-ne-s est suffisant, le tarif est de 2H. La tarification dans les formations sanitaires est donc la même qu'au domicile des médecins. Donc, lorsque les médecins fonctionnaires pratiquent la clientèle privée à leur domicile, ils et elles doivent remettre 25% de leurs honoraires à l'administration, tandis que si c'est dans leur formation sanitaire, ils et elles doivent en reverser 50%.

Au niveau comptable, le médecin chef de la formation sanitaire doit fournir au-la praticien-ne un « carnet manifold coté et paraphé » par le premier (ou par le commandant de cercle), pour que le second puisse remettre des reçus aux patient-e-s pour les paiements. La bureaucratie s'installe. Pour les visites à domicile, le-la praticien-ne perçoit la totalité des honoraires et verse à la fin du mois 25% au responsable financier de sa formation sanitaire... « avec copie de chacun des reçus délivrés à titre de justification ». Ainsi, les pratiques des hôpitaux français relatées en introduction de cette partie ont une longue histoire. Cette somme sera par la suite reversée au Trésor. Pour les consultations réalisées dans les formations sanitaires, la procédure est inverse. Le-la praticien-ne de l'administration perçoit toutes les sommes des honoraires et reverse, à la fin du mois, « la part des honoraires lui revenant ».

En 1952, un rapport estime la présence de seulement deux cliniques en AOF et 31 médecins libéraux dont 18 à Dakar et 9 en Côte d'Ivoire (Sanner & Habay, 1952). Le phénomène est donc de faible ampleur et très localisé là où les moyens financiers des « clients » sont disponibles. Les auteurs de ce rapport affirment que « tout se passe comme si l'initiative

privée s'était, dans ce domaine, découragée à l'avance en présence de difficultés matérielles ou de certaines notions acquises ». Ils affirment aussi que « l'exercice rémunéré de la clientèle par les médecins militaires ou fonctionnaires a toujours été réglementé », ce que les pages précédentes ne semblent pas attester. Ainsi, ils expliquent l'existence du décret 52-964 du 9 mars 1952 qui permet de formaliser cette question, jusqu'alors traitée par de « simples circulaires ou des arrêtés locaux », sans les nommer. Le besoin de réguler à l'échelle gouvernementale est donc très tardif. L'objectif de cette régulation est « inspiré d'un double souci », soit ne pas porter atteinte à l'initiative privée, mais aussi de donner la possibilité aux personnes « non fonctionnaires, non indigentes ou non bénéficiaires de l'AMG », de pouvoir se soigner dans les localités ne disposant pas de praticien-ne libre. Pour cela, il a fallu autoriser les fonctionnaires, qui « par définition » ne sauraient « se livrer à une activité rémunérée » à le faire. Ainsi, dans les localités où il n'y a pas de médecin libre, les médecins militaires ou fonctionnaires sont autorisé-e-s à une pratique privée mais doivent reverser 50% de leurs honoraires à l'administration. Les auteurs expliquent aussi que les particulier-e-s qui souhaitent consulter des médecins spécialistes dans les hôpitaux pourront donc le faire « moyennant un tarif qui n'est que de 25% supérieur à celui du secteur privée ».

C'est aussi durant cette période que le médecin chef de l'Hôpital central de Dakar, médecin lieutenant-colonel d'Anella, demande au directeur général de la santé publique d'organiser un système de consultation payante à l'Hôpital central africain. Dans sa lettre, il explique que les différents chefs de service de cet hôpital souhaitent que soient organisées des consultations payantes qui étaient jusque-là limitées à l'Hôpital principal et qui semblent prévues dans la circulaire 781 (SP-AD) du 4 octobre 1952. On imagine qu'ils se sentent lésés à l'égard de leurs confrères militaires consultants à l'Hôpital principal et pouvant disposer d'une consultation privée. Le médecin demande donc au directeur général s'il est capable de satisfaire « le desiderata dans le même sens et le même esprit que l'Hôpital principal, ainsi que les mêmes tarifs à appliquer ». Mais comme il dirige un hôpital essentiellement fréquenté par les « malades africains » (voir la partie précédente sur les PALF dans cet hôpital), il est quand même prudent sur les prix qu'il faudrait pratiquer, notamment pour celles et ceux qui viennent consulter et qui sont « non indigents ». Ainsi, il suggère « le paiement d'une somme dont la valeur-clé, bien inférieure à celle de la nomenclature actuelle, permettrait une limitation de ces consultations et serait un dédommagement, pour

l'administration, des dépenses engagées dans la formation hospitalière ». Le médecin directeur a donc du mal à se positionner entre, d'une part, rester à un niveau d'accessibilité financière raisonnable pour sa clientèle africaine et, d'autre part, recouvrir une partie de ses dépenses hospitalières. Le dilemme se posera de nouveau dans les années 1980, lorsque l'OMS et l'UNICEF inciteront les États ouest-africains à étendre le paiement direct dans les formations sanitaires de base. On note aussi la crainte d'une surconsommation, puisqu'il pense que ce paiement devrait permettre de limiter le nombre de consultations : toujours les mêmes idées reçues évoquées précédemment (Ridde, Queuille, Ndour, 2014). Cependant, le colonel Sanner lui répond très clairement le 25 mars 1953 : « il n'est pas possible, en l'état actuel de la réglementation en la matière, de fixer un tarif différent pour certaines catégories de malades payants ». Cette remarque est relativement surprenante, puisque nous avons vu précédemment que les niveaux de remboursement dans les hôpitaux, mais aussi de paiement des PALF étaient très variables et en fonction de certaines catégories, pour reprendre ses termes, depuis toujours. Il est cependant intéressant de revenir quelques années en arrière, puisqu'en janvier 1949, le médecin général inspecteur Peltier, directeur général de la santé publique, écrit une lettre confidentielle (16/C.) au docteur d'Anella. Il lui explique que le syndicat des médecins civils patentés de Dakar l'interpelle une nouvelle fois sur le fait que ce dernier continue à exercer une pratique privée de la médecine, ce qu'il ne semble pas avoir droit de faire. Le docteur Peltier argumente ainsi : « vous acceptez de pratiquer à domicile, sans avoir été appelé en consultation à cet effet par un médecin civil patenté, des accouchements auxquels vous consacrez tout votre temps ». Et pour indiquer au docteur d'Anella qu'il dispose de preuves, il annexe à cette lettre d'avertissement, de nouveaux avertissements en fait, un témoignage écrit de monsieur Dubois, travaillant dans une société d'import-export à Dakar, et expliquant comment le docteur d'Anella a pris en charge l'accouchement de sa femme. Le médecin chef de l'Hôpital central de Dakar est donc proche de la pratique privée depuis quelques années, expliquant en partie ses demandes d'autorisations pour son hôpital.

A *priori*, les tarifs des actes des médecins exerçant en pratique privée sont définis par le Syndicat des médecins de Dakar lors de son assemblée. Par exemple, le 6 juin 1955, Talec informe les médecins chefs des hôpitaux des tarifs pratiqués à partir du 1^{er} juin, pour qu'ils puissent informer les « médecins sous [leurs] ordres régulièrement autorisés à exercer en pratique privée ». Une visite médicale dans le quartier de Hann est

facturée 900 francs, à N'Gor 1 200 francs et la consultation est à 500 francs. Cependant, le décret 52.964 du 9 août 1952 précise que ces tarifs doivent être supérieurs de 25% dans les formations sanitaires pour les PALF. On retrouve aussi, dans le dossier, la liste nominative des praticien-ne-s fonctionnaires en service à Dakar, qui sont autorisé-e-s à exercer en clientèle privée. Ils et elles sont au nombre de 14, dont cinq à l'Hôpital principal et trois à Le Dantec. Mais à Saint-Louis, en l'absence de sous-section de l'ordre des médecins, le seul médecin praticien libre, le docteur Train, a suivi les tarifs de Dakar, soit 400 francs la consultation en 1953, 600 francs la visite à domicile et 1 000 francs la nuit ou le dimanche. Si l'on ajoute 25%, la consultation est à 500 francs pour les médecins fonctionnaires et à 750 francs pour les visites à domicile (lettre 204/SS/TECH du 22 janvier 1953). Le secrétaire du syndicat des médecins de Dakar a ainsi informé le directeur de la santé publique en AOF, le 15 janvier 1953, de ces prix qu'il qualifie de « tarifs hospitaliers ». Les consultations des spécialistes sont à 800 francs.

Mais dans la lettre du 20 janvier 1953 où il présente les tarifs qu'il va pratiquer, le docteur Train précise que la consultation pour les « Africains » sera de 300 francs, donc 100 francs de moins que pour les autres. La consultation des spécialistes, docteurs en médecine, est fixée à 800 francs en 1952. Pour éviter des confusions entre les consultations gratuites et payantes, le médecin colonel Maxime Carrière, directeur local de la santé publique du Sénégal, propose qu'à Saint-Louis, ces dernières se déroulent uniquement les lundi, jeudi et samedi de 16h00 à 18h00 (lettre 204/SS/TECH du 22 janvier 1953). Elles sont donc relativement limitées dans le temps, mais présentes.

En 1956, des affiches du syndicat des chirurgiens-dentistes de l'AOF permettent de préciser les tarifs minimums (figures 3 et 4).

[illegible]

Figure 3 : Tarifs minimums de 1956 selon le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de l'AOF

AVIS AUX CONSULTANTS

CONSULTATIONS

ELLES SONT GRATUITES :
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes

ELLES SONT PAYANTES :
 Pour les particuliers
 Pour les malades du Régime Général

Soins, Traitements externes, Actes médicaux, chirurgicaux ou de spécialités

ILS SONT GRATUITES :
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes

ILS SONT PAYANTS (Sauf récépissé à cet effet) :
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes

ILS SONT PAYANTS (Sauf récépissé à cet effet) :
 Pour les malades du Régime Général et des Malades Indigènes

FACILITEZ LA TACHE ADMINISTRATIVE DE VOTRE MÉDECIN
 N'ATTENDEZ PAS QUEL VOUS RECLAME LE PAIEMENT DE LA SOMME DUE

POUR TOUT PAIEMENT, EXIGEZ UN REÇU

Figure 4 : Avis aux consultants sur les gratuités et paiements (1956)

Attirer les confrères de la métropole et donner des ristournes au personnel médical colonial

Dans *La Presse médicale* de mars 1917, un courrier, envoyé par le docteur Dupont vivant à Dakar, vante auprès de ses confrères médecins civils, les avantages de la vie en AOF, qui est « loin d'être sans charme », et les postes « très rémunérateurs »¹. Fait intéressant pour notre étude, le docteur Dupont centre uniquement ses arguments sur les aspects financiers : « certains de nos confrères, en venant séjourner quelque temps ici, pourraient assez rapidement rétablir l'équilibre de leur budget et réunir les quelques billets de mille nécessaires à leur installation ». Il fait ici directement référence à ses confrères qui, à la fin de la Première Guerre mondiale, faisaient face à des défis pécuniaires importants. Il termine sa lettre, en affirmant qu'il « y a ici place pour 60 nouveaux confrères civils, que la colonie paierait au minimum de 12 000 francs par an. C'est donc un minimum de 720 000 francs d'honoraires annuels à gagner. Cela vaut bien quelques efforts » (Dupont, 1917).

En 1927, la commune mixte de Kaolack publie une petite annonce dans *Paris médical : la semaine du clinicien* (numéro 66) pour recruter un médecin. Elle recherche un médecin ayant déjà « fait ses preuves en France » pour un contrat de deux ans, afin de diriger son dispensaire. Le salaire proposé est de 50 000 francs par an, ce qui semble la norme. Là où l'annonce est intéressante pour notre étude, c'est qu'elle précise qu'à

1. Sur les « médecins de la colonisation » et leur syndicat en Algérie, voir Claire Fredj (2017) qui évoque, comme au Sénégal (voir précédemment), des médecins ne souhaitant pas se rendre en région rurale pour un accouchement difficile, faute d'honoraires suffisants. L'enjeu de leur rémunération est au cœur des débats.

ce salaire annuel s'ajoute « [la] clientèle privée ». Les détails du contrat ne sont pas indiqués car il faut s'adresser à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Arthur Vernes et René Trautmann s'étonnent dans leur rapport de visite en AOF de 1939 qu'un arrêté (sans le nommer) empêche les médecins de disposer des revenus de leurs consultations, soit 15% de ristourne disent-ils, assez proche des situations contemporaines évoquées dans l'introduction de cette partie, où les soignant-e-s disposent, dans le cadre des politiques de recouvrement des coûts, de la possibilité d'une ristourne sur les actes de consultation réalisés :

Comment a-t-on pu songer à entraver cette action si importante [rayonnement et prestige de la pensée française] en ordonnant aux médecins de faire verser au Trésor pour prix de leurs consultations dans ce cas, une somme de 50 francs en moyenne, une ristourne pour eux de 7 fr. 50?

Les deux rapporteurs demandent la suppression « sans délai d'un arrêté aussi absurde », bien qu'ils admettent que le voyage et le salaire des médecins soient payés². Cependant, ils précisent que ces sommes sont « dérisoires », sans fournir de données à l'appui (nous verrons plus loin ce qu'il en est). Et Vernes et Trautmann de poursuivre leur plaidoyer contre la bureaucratie et pour la dignité :

Le médecin appelé au chevet du malade, qui souvent a fait des kilomètres pour aller remplir son devoir de science, de civilisation et d'humanité et qui est déjà attendu ailleurs, pense à tout autre chose qu'à remplir des formalités pour une ristourne de 7 fr. 50 qui l'atteint dans sa dignité.

2. Dans une annonce de 1927 parue dans la *Gazette des hôpitaux* (n°97 : 1606) et retrouvée aussi dans le *Paris médical : la semaine du clinicien*, on découvre que la ville de Saint-Louis offre un contrat de deux ans renouvelable à un médecin municipal pour une solde de 20 000 francs en Europe et une solde de 50 000 francs à la Colonie (exclusive de toute indemnité, sans plus de précision). De plus, des avantages en nature lui sont fournis : logement meublé gratuit, éclairage gratuit, aller-retour de France avec la famille. Après deux ans de service, le médecin a droit à six mois avec solde en Europe.

Ils estiment même que cette pratique pourrait les inciter à quitter leur poste après leurs dix années de service et que cela n'a pas « été adroit de traiter injustement des hommes d'études dont on attend la solution des grands problèmes microbiens ou le salut en cas de maladie ». La suite est tout aussi éclairante sur la perception de l'époque des questions de service et de la notion d'équité dans le contexte idéologique colonial visant à éduquer et soigner les populations :

Comment peut-on fausser l'œuvre de pénétration médicale en demandant à des hommes de mettre au service de la colonie toute leur ingéniosité de technicien en dépréciant par avance leurs services à l'égard de ceux qui jugent de la valeur d'une intervention à sa représentation matérielle et quand un riche libanais dont nous avons vu l'autre jour la femme opérée d'un fibrome ou l'exploratrice fortunée qui, au même moment, bénéficiait d'une intervention de petite chirurgie à la suite d'un accident, trouveraient équitable de verser au médecin qui les a soignés, et à celui-là seul, des honoraires en rapport avec le service rendu.

Ils appellent donc à ce que cette pratique privée, « de tradition dans la métropole », soit favorisée dans « l'intérêt de tous : médecins, malades et ensemble de la population européenne et indigène », bien que les exemples pris dans le rapport ne concernent pas la population africaine.

Une manière d'attirer le personnel médical de la métropole est de leur donner des primes. Ainsi, en 1951, le personnel colonial du service d'hygiène de Dakar reçoit une « majoration de dépaysement » en plus de sa solde normale. Par exemple, le plus haut salaire est celui du (seul) médecin lieutenant-colonel échelon 3, avec une solde de 734 000 francs, plus une prime de dépaysement de 424 224 francs. Le tableau que j'ai consulté montre que même quelques médecins africains semblent aussi recevoir cette majoration de dépaysement. Mais ils sont considérés dans la catégorie des cadres généraux. Toutes ces primes contribuent à la réduction de l'efficacité de la dépense publique dans le domaine social, déjà non prioritaire, mais constituent aussi un héritage colonial qui va peser sur les pays indépendants (Cogneau, 2023).

La bureaucratie est aussi en place pour le paiement des ristournes aux médecins et permet d'en relater les détails. La circulaire 1004/SP-AD du 1^{er} mars 1955 réclame l'envoi d'un état nominatif mensuel des ristournes, dans le cadre de l'exercice de la clientèle privée. Ainsi, en mars 1955, le médecin-colonel Coleno signe-t-il un état, par mois, du montant des ristournes aux médecins et des sommes versées au responsable de chaque formation sanitaire pour les visites payantes à domicile de l'année précédente, soit 1954. Le tableau consulté est constitué d'autant de colonnes que de médecins avec leurs noms et celui de la formation sanitaire où ils et elles exercent. Puis, pour chaque médecin, une première colonne stipule le montant des ristournes concernant les consultations pour chaque mois de l'année et une deuxième colonne les sommes qui sont reversées à la formation sanitaire pour les visites à domicile. Par exemple, le docteur Bovet à Kaolack a reçu, pour le mois de janvier 1955, 4 000 francs de ristournes et reversé pour ses visites à domicile 16 500 francs. Certains médecins touchent des ristournes tous les mois de l'année, tandis que d'autres, seulement quelques mois. De plus, certains médecins comme le docteur Gauzi à Kaolack et le docteur Lacroix de l'Hôpital de Saint-Louis ne touchent que des ristournes des consultations, ils ne réalisent jamais de visites à domicile. Les montants varient grandement concernant le total entre les médecins. Le docteur Eggenberger, encore à Kaolack, reçoit 98 750 francs, alors que le docteur Samara de la même ville a reçu 18 750 francs, également pour l'ensemble des mois de l'année. En août, certains médecins reçoivent plus d'argent pour les visites à domicile que des ristournes et d'autres l'inverse. Deux médecins semblent avoir une pratique des consultations payantes dans leur formation sanitaire beaucoup plus importante que les autres, il s'agit du docteur Eggenberger à Kaolack et du docteur Mahoudo à Saint-Louis, le second réalisant la totalité de ses revenus en effectuant des visites à domicile (en moyenne mensuelle, 5 800 francs). Ainsi, pour l'année 1954, le total des ristournes pour ces neuf médecins s'élève à 291 050 francs, soit en moyenne 4 000 francs par mois et par personne (73 mois d'exercice au total).

En ce qui concerne l'Hôpital principal de Dakar, treize praticiens sont concernés par les ristournes dont deux pharmaciens, tous militaires européens. Les sommes (et les écarts de montants reçus entre médecins) sont parfois importantes. Par exemple, le médecin-commandant Louis Brisbare reçoit 88 800 francs pour le seul mois de janvier 1955, alors que le médecin-capitaine Michel Pannetier a reçu 1 600 francs durant le même mois. Le docteur Brisbare va ainsi recevoir 683 000 francs pour l'année

1955, soit 35% de l'ensemble des ristournes des treize praticiens, alors qu'il n'a pas eu de ristournes en décembre. Ces différences sont-elles liées aux services, à la spécialité, au grades ou simplement à l'intensité de la pratique privée? Impossible de répondre à cette question car, partout, au Sénégal et ailleurs en AOF, les états globaux et les fiches individuelles ne mentionnent jamais le nombre de consultations ou de visites concernées. La transparence à l'égard de la distribution des ristournes, ainsi que l'hétérogénéité des pratiques, est encore un défi aujourd'hui au Sénégal, malgré les directives gouvernementales.

Au Sénégal (1955), deux patronymes parmi les neuf médecins nommés dans l'état des montants ont une consonance « africaine » : Samara et Mahoudo. Mais on ne sait pas s'ils sont des médecins africains ou diplômés d'État. Ils ne semblent pas discriminés dans la distribution de ces ristournes, contrairement à ce qui concerne la pratique privée de la médecine, comme nous allons le constater dans une section prochaine.

La concurrence entre les médecins de l'administration coloniale et les praticiens libres

Commentant une circulaire du ministère des Colonies de 1935, visant à « résoudre le problème de l'exercice de la clientèle par les médecins fonctionnaires civils et militaires », le docteur Sasportas assène que cette circulaire aura certainement le même effet que les autres (sans les nommer) sur le même sujet, c'est-à-dire « aucun résultat ». La circulaire précise que les « médecins libres » sont les seuls à avoir droit « à la clientèle payante ». Cependant, « dans les agglomérations où il n'existe pas de médecin libre spécialiste, une dérogation à cette règle pourra être admise en faveur des médecins fonctionnaires de la spécialité en cause ». Sasportas poursuit en expliquant que cette dichotomie n'existe pas dans les faits et que la médecine libre est « pratiquement impossible » : « les fonctionnaires ne sont pas fondés à prendre patente pour faire du commerce, mais cette règle n'est pas applicable aux médecins, même appartenant à un cadre », évoquant les civils fonctionnaires. Il justifie ensuite le besoin de cette pratique libérale pour « compenser l'insuffisance des soldes qui leur sont allouées ».

Ainsi, les médecins civils (libres ou pas) avaient bien droit à une pratique privée que l'administration tente maintenant de contrôler. Sasportas rapporte notamment les craintes du docteur Vital-Robert de Kaolack¹

1. L'Ordre national des chirurgiens-dentistes doit également régler en 1954 une affaire de concurrence déloyale soulevée par M. Martin à l'encontre de M. Golob, chirurgien-dentiste à Dakar (qui semble aussi au cœur d'une affaire de faux diplôme – il serait en fait mécanicien-dentiste – dénoncée par une lettre anonyme envoyée en 1951 depuis Casablanca, qui ne semble pas avoir eu d'effet), qui souhaite installer un cabinet dentaire secondaire à Kaolack. M. Martin fournit des chiffres pour montrer que l'ouverture de ce nouveau cabinet serait préjudiciable à sa pratique, expliquant que « 95% de la population africaine n'a pas recours au dentiste » et que la population européenne, française ou étrangère, est très réduite. Il cite, preuve à l'appui, le dernier recensement de

qui relate l'augmentation de la concurrence avec l'arrivée de médecins étrangers ou de français coloniaux démissionnaires ou retraités. Il explique que si les médecins de la marine ou des Colonies étaient les seuls à « assurer la clientèle » (p. 2595), confirmant donc cette pratique ancienne, il évoque l'arrivée de médecins depuis la Guadeloupe ou la Syrie, un médecin syrien s'étant même installé à Kaolack. Ainsi, « c'est contre cette intrusion que je tiens à attirer votre attention », écrit Sasportas. Les médecins craignent donc déjà la concurrence : « S'il est donc urgent de se défendre en France contre l'intrusion des étrangers, il ne l'est pas moins pour les Colonies » (Sasportas, 1935). Nous sommes dans l'entre-deux-guerres. En 1938, le journal d'extrême-droite *L'Action française* (8 août 1938) reprochera cette politique du recours aux médecins étrangers, en l'imputant au gouverneur Carde. Claude Queveney, auteur de l'article, s'emporte : « il est hélas trop tard pour examiner des mesures de défense, car le mal est fait. À l'heure actuelle, des centaines de médecins juifs allemands et austro-hongrois, bannis par Hitler, servent en Afrique noire française au titre de l'Assistance médicale indigène. Et l'on s'apprête à en accueillir beaucoup d'autres » (p. 3). On est évidemment en pleine exagération de nombre et de situation, car nous n'avons trouvé aucune trace de ces médecins juifs dans les Archives, sauf si les quelques médecins « russes », chassés lors de la révolution d'octobre 1917, exerçant comme hygiénistes en AOF, sont les personnes évoquées par Queveney. Quoiqu'il en soit, l'antisémitisme de l'époque, ainsi que les dérives totalitaires de certains pays, semblent donc aussi concerner les questions de santé dans les colonies.

En 1946, une circulaire (411/ISP/C) est envoyée le 7 octobre par le médecin général inspecteur Peltier, directeur général de la santé publique, aux médecins-chefs de l'Hôpital principal et de l'Hôpital central indigène de Dakar. En effet, le haut-commissaire a été saisi d'une plainte de plusieurs médecins libres concernant « les abus de clientèle de certains médecins des hôpitaux de Dakar ». On comprend qu'un certain nombre de médecins libres ont été absents de la ville et que les médecins des hôpitaux sont venus les remplacer. Ainsi, il salue ces médecins qui se sont mis à « la disposition de la population civile de Dakar au moment où les médecins libres étaient dans l'impossibilité de répondre aux exigences

1952 pour les Français et celui de 1953 pour les étrangers : à Kaolack, il y a 561 étrangers et 726 Français. En outre, précise-t-il, beaucoup de ces personnes sont jeunes et n'ont donc pas besoin de soins dentaires.

de la clientèle ». Le médecin général profite quand même de cette circulaire pour rappeler trois éléments fondamentaux. D'abord, les médecins des hôpitaux ne peuvent recevoir de la clientèle payante que lorsqu'il s'agit d'une consultation de spécialité qui n'est pas présente en ville. De plus, le-la consultant-e doit venir avec un billet de son médecin traitant et « dans la mesure du possible se présenter en dehors des heures de consultation réservées aux fonctionnaires ». Ensuite, les médecins hospitaliers ne peuvent se rendre auprès des malades que lorsqu'un praticien libre leur demande ou en cas d'urgence. Enfin, il rappelle que les médecins ne peuvent en « aucun cas utiliser en clientèle le personnel et le matériel des hôpitaux ». Il ajoute que cette dernière recommandation doit aussi s'appliquer aux sage-femmes des hôpitaux et maternités. Doit-on comprendre à ce rappel à l'ordre que ces pratiques étaient courantes à l'époque? En l'absence de sources archivistiques donnant la parole aux patient-e-s, difficile d'aller plus loin dans l'interprétation.

L'arrêté 1926 du 23 avril 1948 est le premier qui permet de créer « des règles qui n'existaient pas précédemment en vue de sauvegarder les intérêts des praticiens libres », écrit Le Rouzic au président du Conseil de l'ordre, le 26 septembre 1949. L'arrêté précise, dès son article premier, que « l'exercice rémunéré de toute clientèle est interdit à tout médecin, pharmacien ou chimiste, chirurgien-dentiste, militaire ou civil, appartenant à des cadres régis par décret ou par arrêté général ou contractuels à temps complet dans les centres où sont installés (je souligne) des médecins, pharmaciens, sage-femmes chirurgien-dentiste libres, payant patente et ne recevant pas du budget colonial, ou du budget local, une indemnité annuelle susceptible d'être considérée comme une rémunération vitale ». Autrement dit, les professionnelles de santé payé-es par l'État ne peuvent faire concurrence à ceux et celles qui payent une autorisation et qui en tirent leurs ressources.

Mais dans les villes où les praticiens libres exercent, il est possible que les « praticiens fonctionnaires » réalisent des consultations à domicile seulement si les premiers le demandent. En outre, l'article 2 indique que « le tarif de ces consultations à domicile est au moins le double de celui pratiqué par les praticiens libres de la même localité ». De plus, les PALF ont droit de consulter des médecins spécialistes de l'hôpital, sur demande écrite de leur médecin traitant, lorsqu'il n'existe pas dans la ville où ils et elles se trouvent, de spécialistes libres qualifiés et installés. Encore une fois, le tarif de ces consultations, comprises comme des cessions à l'hôpital, est le double du prix des consultations ordinaires pratiquées par les médecins libres de la localité. L'article 3 de l'arrêté précise également

que « le médecin consultant reçoit à titre d'honoraires 50% du montant des consultations ». Si la réalisation d'un examen radiologique sera, lui aussi, facturé au seul profit de l'administration, son interprétation par un médecin spécialiste, donnera droit à un honoraire pour une consultation dont le médecin aura le droit de percevoir 50% du montant. Le principe reste le même, le prix de la consultation pour cet examen est le double de celui pratiqué en ville. Et si l'interprétation est complexe, le médecin a le droit de demander le paiement de deux consultations. Le principe des 50% de ristournes et du double du prix de la « consultation ordinaire en cabinet » est le même pour les autres types de médecine, que ce soit la médecine générale, la chirurgie générale, la gynécologie, ou par exemple l'ophtalmologie. Le fonctionnement est organisé de telle sorte que ce sont aux médecins de verser chaque fin de mois à l'administration « la moitié des sommes ainsi perçues au moyen d'un état récapitulatif ». Ensuite, un article régle la pratique de la médecine privée dans les localités où n'exerce aucun médecin libre. Ainsi, les médecins de l'administration peuvent organiser un service de consultation payante, mais ce dernier doit être distinct des heures de consultation gratuite. Dans ce contexte, « le tarif des consultations et des visites à domicile faites par le médecin de l'administration aux particuliers à leurs frais (autres que les fonctionnaires, les militaires et les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite) sera le tarif minimum pratiqué officiellement par les médecins libres de Dakar ». Il est également stipulé que les consultations et interventions obstétricales réalisées à domicile restent entre les mains du médecin consultant. Elles ne donnent lieu à « aucun versement au profit de l'administration ».

Dans un document non daté où le terme « projet » est écrit à la main, concernant un arrêté sur l'exercice rémunéré de la clientèle par les médecins fonctionnaires, on retrouve la proposition d'interdire l'exercice de la clientèle par les praticiens fonctionnaires, lorsqu'il y a plus d'un médecin pour 15 000 habitants et au moins deux médecins dans la localité. Les ratios par habitant·e sont différents pour les médecins spécialistes qualifiés (1 pour 100 000), chirurgien-dentiste (1 pour 50 000), sage-femmes (1 pour 50 000) et pharmaciens chimistes (1 pour 25 000)².

2. Le projet d'arrêté fournit même des exemples en expliquant que dans les localités où exercent moins de deux médecins libres, les praticiens au service de l'administration sont autorisés à avoir de la clientèle, alors que s'ils sont dans une localité de 60 000 habitants avec quatre médecins libres, ils sont interdits,

Cette répartition selon les professions donne également une idée de leur présence dans les territoires à cette époque. La question du libre choix de la part du/de la malade est de nouveau évoquée dans ce projet. L'article 2 de l'arrêté 1926 du 23 avril 1948 précise que lorsqu'il y a moins de médecins que ces ratios, les « praticiens au service de l'administration » peuvent « pratiquer directement et concurremment avec leurs confrères libres l'exercice rémunéré de la clientèle ». L'argument central, évoqué à l'alinéa B de l'article 2, est de « permettre aux malades le libre choix dans les localités où le nombre de praticiens libres de chaque catégorie est inférieur aux limites » évoquées précédemment.

Le même 26 septembre 1949, mais dans une lettre postérieure, le médecin général Le Rouzic, Directeur général de la santé publique, répond (lettre 476/SP-CP) au président du Conseil de l'ordre de la « section d'Afrique noire ». Nous n'avons pas trouvé la lettre de ce dernier, mais nous comprenons que Le Rouzic défend le libre choix des médecins (libres ou fonctionnaires) de la part des patient·e·s et qu'il réfute l'alignement sur les normes de la métropole, « tant que nos territoires d'Afrique Noire n'auront pas atteint le niveau social de la Métropole ». Il réfute le fait que les médecins fonctionnaires cherchent à créer de la « gêne à l'exercice de leur profession par les médecins libres ». Le vocable de « client » est déjà utilisé par Le Rouzic et il explique que le :

choix du client s'oriente vers le praticien libre ou administratif, les règles qui le guident ne peuvent être codifiées. Elles sont la résultante de la confiance que le malade accorde à l'un ou l'autre; mais il faut reconnaître que jusqu'à ce jour si les médecins du corps de santé colonial ont bénéficié de cette préférence, c'est qu'elle a paru justifiée à ses yeux, particulièrement en face de certains confrères libres à qui des soucis matériels ou la précarité de leur installation ne permettent pas, en toute indépendance d'esprit, de suivre minutieusement leurs malades, ou de pouvoir, entre autres, effectuer la totalité des actes ressortissants à leurs spécialité.

mais que s'il n'y en avait que trois, ils auraient l'autorisation dans cette même localité. En outre, il est expliqué que les limites démographiques sont réservées à un rayon de 20 km autour du lieu de résidence des praticiens libres.

Le directeur général de la santé publique insiste donc sur la qualité des soins et du suivi des malades par les praticien-ne-s privé-e-s, ce qui permet de comprendre les discussions postérieures (encadré 14) sur les « maisons de santé ou des cliniques ». Il compare ensuite avec l'Indochine et cela permet de comprendre que le débat avec l'Ordre concerne la pratique des PALF dans les hôpitaux que semble donc remettre en cause ce dernier « les autres territoires d'Outre-mer plus évolués, l'Indochine notamment, où les hôpitaux administratifs des villes ne reçoivent pratiquement plus de malades payants ». Dans cette correspondance, Le Rouzic explique aussi au président qu'il a mis un peu de temps à lui répondre car il voulait attendre de « mettre au point » la refonte des articles concernant la tarification. Ainsi, il en profite pour lui demander son avis sur le contenu de quelques articles en cours de finalisation autour des enjeux de la pratique privée, ce qui montre une collaboration entre la santé publique et l'Ordre des médecins qui soutient surtout la pratique privée³. Le directeur répond cependant à quelques points abordés par l'Ordre. Il rappelle tout d'abord que l'article 3 de l'arrêté 1926/SP précise bien que les PALF sont bien admis-es aux consultations « de l'hôpital » (il souligne) sur demande écrite de leur médecin traitant (précisé dans l'arrêté). Ainsi, les actes médicaux ne peuvent donc avoir lieu ailleurs qu'à l'hôpital. L'article 3 précise également que le tarif des consultations « en cession » est fixé au double du prix des consultations ordinaires pratiqué par les médecins libres de la localité et le médecin consultant va percevoir à titre d'honoraires la moitié du montant des consultations. Mais dans les cas où aucun spécialiste ne serait présent dans la ville du malade, le docteur Le Rouzic propose à l'Ordre que, en attendant un nouveau texte, « les médecins libres [ne demandent pas] de rémunération aux clients sollicitant un bulletin d'admission auprès du spécialiste fonctionnaire lorsqu'il n'en existe pas exerçant librement ». Il précise que cette demande « n'est dictée que par le souci de l'intérêt du malade lui-même ».

Le 18 mars 1950, Chauvet, secrétaire général du Gouverneur, rédige une directive (221 SP-CP) pour les gouverneurs des territoires, afin de préciser les dispositions liées à l'exercice libre des professions médicales.

3. Cette collaboration est de très haut niveau, puisque le 18 mai 1949, le haut-commissaire de la République en AOF écrit au ministre de la France d'outre-mer une lettre (3998) dans laquelle il explique qu'il a pris une décision « en accord avec le syndicat des médecins installés à Dakar dont le nombre s'accroît constamment ».

Cela doit passer par l'enregistrement au chef-lieu du territoire ainsi que l'inscription et l'affichage au Tableau de l'Ordre. Il insiste sur le fait que contrairement à la pratique précédente, le gouverneur du territoire ne peut donner l'autorisation de pratique sans l'aval du Conseil de l'ordre. Mais en 1950, les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes et les auxiliaires médicaux n'ont pas d'ordre professionnel en AOF. Ainsi, c'est le seul chef-lieu du territoire qui va examiner leur dossier dont les pièces devront être de même nature que si l'ordre existait. Toute infraction devra être communiquée au Conseil de l'ordre de Dakar et les « délinquants poursuivis immédiatement par les voies de droit ».

Entre 1951 et 1952, une série de correspondances entre le syndicat et le directeur général de la santé publique de l'AOF montre ce qui semble être les premiers débats sur l'autorisation de création d'une clinique privée à Dakar (encadré 14). En effet, « il n'existe pas de clinique à Dakar », écrit le docteur Le Rouzic le 2 août 1951 (3062) en réponse à une demande (manuscrite) d'information du docteur Jean Roux, médecin à la Clinique Saint-Pierre de Perpignan car « une équipe de chirurgiens et spécialistes ayant des titres universitaires solides, serait désireuse de s'installer à Dakar ».

-14-

Demande d'ouverture d'une clinique privée à Dakar (1950-1952)

Une note manuscrite relative à une audience du Syndicat auprès du Ministre, lors de son passage à Dakar le 3 mars 1950, montre (ils ont aussi beaucoup parlé du droit de pratique privée pour les médecins fonctionnaires) qu'il souhaitait disposer de l'Hôpital principal, « considéré comme hôpital mixte », pour leurs malades. Il demande également le droit d'utiliser les salles d'opération pour les interventions de leur spécialité. Puis, le 13 août 1951, le syndicat des médecins de Dakar demande au directeur général de la santé publique en AOF si les médecins praticiens civils ont le « droit d'héberger chez eux des malades nécessitant une surveillance médicale rigoureuse ». En effet, puisque les formations sanitaires ne sont pas « mixtes », ces praticiens ne peuvent y soigner leurs malades. Il semble que le Ministère du Travail ait admis que pour les maternités, il ne fallait pas dépasser 10 lits à domicile, car sinon cela devient une clinique privée et non une « extension de l'activité professionnelle ». Mais cette norme ne semble pas disponible pour les autres soins nécessitant un hébergement dans le « local

professionnel » du médecin. Dans sa réponse du 4 septembre 1951, le docteur Le Rouzic affirme qu'il « n'existe pas actuellement de réglementation des cliniques privées en AOF » et qu'il est « évident que pour les personnes mal logées, plutôt que d'être soignées à domicile, il y a intérêt à ce qu'elles le soient dans un local approprié ». Ainsi, à la demande « d'un de nos confrères », le syndicat sollicite le 29 novembre 1951 « l'intérêt général que présenterait une clinique privée ouverte à tous les praticiens ». Le directeur général de la santé publique en AOF répond le 23 février 1952 (75 SP CP) au syndicat que la présence de formations hospitalières ne saurait faire obstacle à l'intérêt de « l'ouverture d'une clinique privée à Dakar permettant aux médecins praticiens civils installés de suivre leurs malades ».

À la même époque, dans l'annexe VI du rapport soumis par la France aux Nations Unies en 1951 (article 73 de la Charte), la France présente le nombre de praticien-ne-s selon qu'ils et elles soient du gouvernement, des missions ou du secteur privé. Ces données permettent de relativiser la place du secteur privé, sans pour autant oublier que les professions du secteur gouvernemental ont également une pratique privée, comme nous l'avons vu. Pour un total de 4 074 personnes, seulement 68 d'entre elles sont uniquement dans le secteur privé, soit 1,7%. La proportion la plus importante dans le secteur privé se retrouve chez les pharmaciens (55%), suivie des médecins agréés (19%), des sage-femmes pleinement qualifiées (14%) et des médecins diplômés (13%). Cependant, dans le même rapport, mais pour 1953, en plus des médecins du secteur privé, le tableau du personnel technique en service propose une nouvelle colonne concernant les « praticiens libres ». Ainsi, on trouve 199 médecins diplômés d'État dans le secteur public, trois dans le secteur privé, deux dans les missions et 47 praticiens libres. Au total, 159 praticiens libres sont recensés en 1953, soit 7,7% des 2 045 professionnels qui se répartissent de manière différente selon les métiers. Les pharmaciens et les dentistes restent les plus présents⁴.

4. À titre de comparaison, le rapport annuel de la Caisse centrale permet de comprendre qu'en 1953 en AEF, treize médecins européens et deux médecins africains exercent dans le secteur privé contre 116 Européens et 48 Africains dans le secteur public. Comme en AOF, ce sont les pharmaciens et les

La clientèle payante peut être autorisée par le gouverneur dans les formations sanitaires, lorsqu'un seul médecin libre patenté est présent dans la localité et ne répond pas aux besoins. Le médecin aurait, là aussi, droit à 50% des honoraires dont le tarif est au moins égal à celui pratiqué par le médecin libre. La loi de l'offre et de la demande est donc suivie mais en respectant la concurrence. Les médecins fonctionnaires sont aussi autorisés à réaliser des visites à domicile ou à réaliser des accouchements dans les mêmes conditions financières. Mais, dans ce cas, ils touchent la totalité des sommes perçues « selon les règles déontologiques habituelles » puisque cela se passe « en dehors des formations sanitaires ».

Le 27 janvier 1953, le haut-commissaire de la République demande aux différents gouverneurs de territoire s'ils disposent de médecins libres pratiquant dans la région. Il s'agit de disposer de renseignements pour l'application de l'article 12 du décret 52.964 du 9 août 1952 (qui affirme que tout praticien qui exerce en clientèle privée doit être inscrit au Tableau de l'Ordre, que ce soit pour des médecins ou des chirurgiens-dentistes). En l'absence du gouverneur du Sénégal, Lucien Geay, le secrétaire général Goujon répond le 5 février 1953 (239/S) et dresse une liste de seulement trois « médecins libre français et étrangers », soit le docteur Train à Saint-Louis et les docteurs Aoun J. et Madi Maroune à Kaolack. Aucun médecin appartenant à une œuvre missionnaire ou entreprise privée, pas plus que des autres territoires d'outre-mer, ne semble présent au Sénégal à cette période. Le gouverneur de la Haute-Volta répond le 11 mars 1953 (102/CP) qu'il n'existe aucun médecin libre français, ni étranger en Haute-Volta, aucun médecin appartenant à une œuvre missionnaire confessionnelle ou à une entreprise privée et que la seule personne qui pratique la clientèle privée libre est à Bobo-Dioulasso. Il s'agit de Madame Petit, chirurgien-dentiste⁵. En Guinée, la réponse du 17 février (246/

chirurgiens-dentistes les plus présents dans le secteur privé, soit 22 sur 37 au total cette année. Au 31 décembre 1954, il existe 88 dispensaires privés sur 297, 13 infirmeries privées sur 69 et 17 maternités sur 144.

5. Le haut-commissaire de la République en AEF répond également le 13 mars 1953 en précisant qu'il n'existe pas dans la fédération de praticien libre français ou étranger ou originaire des territoires, possédant le diplôme des écoles de médecine de Dakar ou de Yaoundé. Il adresse en annexe une liste des médecins qui sont en service dans les territoires de l'AEF auprès d'œuvres missionnaires confessionnelles et d'entreprises privées. On y constate une liste de 11 médecins dont cinq dans des entreprises privées et six dans des œuvres confessionnelles

C) explique qu'il n'y a aucun médecin libre français ou étranger, aucun originaire des TOM, du Cameroun ou du Togo et un seul médecin de la société des Bauxites du Midi à Kassa (Îles de Loos). En Côte d'Ivoire, le gouverneur adresse le 5 février 1953 une liste de 10 médecins libres français et étrangers. Il est indiqué un « libanais » (Émile Chaïb) et un « italien » (Charles La Bella). Le nom de Gabriel Kouadio Tiachoh n'est pas suivi de sa nationalité, on pourrait donc estimer qu'il n'est pas l'un de ces médecins africains, mais un médecin français. Pour les médecins appartenant à une œuvre missionnaire ou une entreprise privée, deux personnes sont listées, le docteur Ivanof au bureau de la minière de Hiré et le docteur Beal à la mission protestante de Korhogo. Au Soudan, un seul « médecin français et étranger » est indiqué dans la liste envoyée depuis Koulouba le 7 février 1953. Il s'agit du docteur Jean Labataille qui a soutenu sa thèse le 12 juillet 1950 à Bordeaux et s'est installé, le 1^{er} juillet 1952, à Bamako. Les autres fiches consultées pour les autres pays ne donnent pas ces précisions temporelles. Il n'y a pas d'autre médecin indiqué par le secrétaire général du gouvernement du Soudan français.

En 1953, selon le bilan sur l'organisation de la santé publique en AOF, après les pharmaciens (77%), les médecins diplômés constituent le personnel médical le plus présent dans le secteur privé (19%), alors que la totalité des infirmières travaillent dans le secteur dit gouvernemental (AOF Magazine, 1957). Les archives de l'IMTSSA à Toulon détiennent une série de correspondances entre le ministre de la France d'Outre-Mer en 1949 et le professeur Favre Reymond, responsable d'une société d'exportation de fournitures générales pour « l'art dentaire ». À la demande du professeur Reymond, le ministre lui a envoyé la liste des cabinets dentaires privés de l'Union française, car le commerçant veut vendre sa « voiture stomatologique ». Au-delà de l'aspect commercial, la liste nous permet de découvrir que le Sénégal dispose de six cabinets privés dentaires à cette époque, quatre à Dakar, un à Saint-Louis et un à Thiès. Ailleurs en AOF, on note un seul à Bamako et un à Abidjan. Aucun des noms des personnes responsables de ces cabinets n'est de consonnance ouest-africaine (contrairement à Madagascar où la majorité dispose de nom malgaches) et trois pourraient être d'origine libanaise

dont trois à l'hôpital Schweitzer (Lambaréné, Gabon). Le docteur Schweitzer est dans cette liste. Au Togo, la réponse du 12 février (386 AP) est du même ordre, aucun médecin libre français ou étranger, aucun médecin dans une œuvre missionnaire ou dans une entreprise privée.

(Kayat, Bachir, Nasr). Trois femmes semblent tenir ces cabinets. Aucun cabinet, connu de l'administration coloniale française, ne serait disponible dans l'ensemble de l'AEF mais 10 à Madagascar. Ce constat confirme l'importance du Sénégal dans la colonie pour le secteur de la santé et la présence du secteur privé même si l'on n'en connaît pas les modes de paiement et l'ampleur de la clientèle.

Dans une lettre du gouverneur général de l'AOF à tous les gouverneurs des territoires datée du 23 avril 1953 (250-SP-AD), nous comprenons la procédure et les formalités à remplir pour exercer en pratique privée. Cette pratique nécessite une autorisation individuelle donnée par le chef du territoire. Mais, elle doit avoir été préalablement soumise pour avis, d'abord, au directeur local de la santé publique, puis à la sous-section locale du Conseil de l'ordre des médecins, ou si cette dernière n'existe pas, à la sous-section de Dakar. L'administration et le secteur privé de la médecine collaborent pour donner les autorisations de pratique privée aux médecins de l'administration, « sous les ordres » des Gouverneurs. Cette sous-section de Dakar dispose d'une compétence « à toute l'Afrique Noire » écrit Sanner dans une lettre du 4 avril 1953 (1093-AD). Le 24 juillet 1953, le directeur général de la santé publique, le médecin général Sanner, transmet au président de la section locale d'Afrique noire du Conseil de l'ordre des médecins la liste des demandes d'autorisation d'exercer en clientèle privée. On y constate la demande de 15 médecins des troupes coloniales (deux lieutenants-colonels, cinq commandants, cinq capitaines, trois lieutenants), d'un médecin contractuel (M. Popoff Serge), deux assistants médicaux contractuels (De Portafax, Chouloff) et cinq médecins africains (Thierno Seydou, Kouyaté Racine, Diawara Daouda, Campbell Edouard, Mahal Moudou Sidi). J'évoque les défis pour ces derniers dans la prochaine section.

En l'absence de cette autorisation d'exercer à titre privé (décret 52-964 du 28 juillet 1952), la pratique de la clientèle privée est illégale⁶. Dès 1954, le secrétaire d'État à la France d'outre-mer écrit au Haut-commissaire de la République en AOF, et notamment à la Direction générale de la santé publique, pour lui expliquer que plusieurs personnes auraient attirées son attention sur le fait que des médecins civils se plaignent de « la

6. Plusieurs lettres montrent que l'Ordre national des médecins veille au respect de cette réglementation et se plaint auprès des Directeurs locaux de santé publique lorsqu'il apprend qu'une personne pratique la médecine sans être inscrit au Tableau (par ex : en 1951 pour un médecin italien en Guinée).

concurrence anormale qui leur s'est faite par les médecins fonctionnaires civils ou militaires en service dans ces territoires et autoriser à faire de la clientèle payante ». Dans sa lettre (09745 DSS/2), le secrétaire d'État rappelle l'importance de veiller à l'application des dispositions du décret du 28 juillet 1952.

C'est le cas du docteur Cysseau à Thiès. Ce médecin-commandant se livre « à l'exercice de la clientèle » et il pratique des « tarifs inférieurs à ceux du secteur privé ». Le médecin général inspecteur Talec demande donc au directeur local de la santé publique du Sénégal, dans une lettre du 16 juillet 1955 (185/CP), de bien vouloir prendre des sanctions à son égard, voir « de provoquer la mutation de l'intéressé à l'intérieur du territoire ». Être nommé en brousse était donc déjà une sanction! Cette personne n'est pas inscrite au Tableau de l'Ordre des médecins et le Président de la section locale des médecins de l'Afrique Noire écrit au médecin inspecteur pour l'avertir que sans sanction, il portera plainte. En effet, l'origine de cette plainte vient du docteur Bergouniou de Thiès (encadré 16). Ainsi, dans sa séance du 12 août 1955, le Conseil de l'ordre des médecins de la section d'Afrique noire émet un avis défavorable à l'encontre du médecin commandant Cysseau. Ce dernier, qui est donc le médecin-chef de la circonscription médicale de Thiès, a formulé une demande d'autorisation d'exercice en clientèle privée et l'ordre lui est refusé. Les raisons évoquées dans le procès-verbal sont: « à pratiquer des manœuvres anti-déontologiques à l'encontre du docteur Bergouniou médecin libre à Thiès (détournement de clientèle par tarif anormalement bas) ». C'est aussi le cas du médecin-capitaine Noel qui reçoit une lettre du Directeur de la santé publique du Sénégal (Dr Carrière) le 3 janvier 1955. En effet, le Président du Conseil de l'ordre des médecins de Dakar s'est plaint qu'il se livre à une clientèle privée sans autorisation relevant décret 52-964 du 28 juillet 1952. Il lui rappelle qu'il faut non seulement avoir une autorisation mais aussi, et c'est indispensable⁷, être inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins au risque « d'une poursuite judiciaire pour exercice illégal de la médecine sans

7. Le 27 janvier 1954 (390/TECH), le directeur du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie écrit au directeur général de la santé publique à Dakar, pour s'étonner « d'être mis devant le fait accompli », en découvrant que certains de ses praticiens ont été inscrits au Tableau de l'Ordre pour exercer une clientèle privée. Ainsi, il est « absolument hostile à l'exercice de la clientèle privée par les médecins du SGHMP que cela pousse à la sédentarité » et il demande donc l'annulation de ces décisions pour trois médecins de Daloa, Macenta et Mamou.

préjudice des sanctions disciplinaires » (il souligne). Le cas du docteur Philippe Calavie venu s'installer pour les Bauxites du Midi en Guinée est intéressant (encadré 15).

-15-

La concurrence exercée par les médecins coloniaux militaires

À Conakry en février 1955, un médecin est venu s'installer pour les Bauxites du Midi, mais il a ensuite ouvert un cabinet en ville « comptant sur les promesses qui m'étaient faites que lorsqu'il y aurait deux médecins civils à Conakry, les médecins militaires cesseraient automatiquement d'exercer parmi la clientèle particulière [...] Or, depuis 4 mois que j'exerce, mes confrères militaires n'ont pas encore cessé leur activité auprès des civils ». Lorsque le docteur Philippe Calavie s'est plaint auprès du gouverneur Parisot, ce dernier lui a demandé de fournir des preuves de l'activité des médecins militaires. Le médecin lésé écrit dans sa lettre qui lui est difficile de se « livrer à des démarches de détective ». Il explique qu'il est surpris que les militaires continuent d'exercer une clientèle particulière alors même que l'arrêté 5073/ALA était diffusé dans « La Presse de Guinée » pour rappeler que seuls « les médecins civils avaient le droit d'exercer leur métier en ville ». Le médecin utilise des termes militaires intéressants pour justifier la concurrence déloyale qu'il subit : « nous luttons à armes inégales : j'ai des impôts et une patente à payer, mon loyer est une lourde charge et je me verrai dans l'obligation, si la possibilité d'exercer normalement ne m'est pas donnée, de quitter la colonie en perdant ce que j'ai investi jusqu'à ce jour ».

En septembre 1955, le médecin colonel Coleno, directeur de la santé publique pour le Sénégal et la Mauritanie a « donné l'ordre (94/S.conf) aux docteurs Delmon et Gauzi d'avoir à cesser tout exercice de la clientèle privée, sous peine de sanctions graves ou de poursuites éventuelles ». Le docteur Delmon, qui est médecin-chef du Laboratoire de Sor, aurait bénéficié d'une tolérance de la part de l'Ordre des médecins pour l'exercice privé de la médecine générale, mais il aurait dépassé « les bornes que plainte avait été formulée contre lui ». Coleno explique qu'il était difficile pour lui de comprendre jusqu'où la tolérance pouvait être déterminée, pour qu'ils puissent prendre des décisions et comprendre si le docteur Delmon « franchissait une frontière qui n'avait jamais été

précisée entre le raisonnable et l'abus ». Le docteur Coleno annexe à sa lettre au directeur général de la santé publique de Dakar une copie de la lettre qu'il a envoyée au docteur Delmon. Il reproduit dans cette lettre confidentielle (95/S.Conf) les termes de l'ordre des médecins qui affirme que : « le docteur Delmon exerce à ma connaissance la médecine privée sans limitation ni retenue, fait des accouchements payants. Il est accusé par un de nos confrères qui peut en fournir les preuves, 'de racolage de clients à domicile et de compérage avec un pharmacien local' ». Ainsi, Coleno demande à Delmon de renoncer à cette pratique de la médecine privée, sauf pour sa spécialité pour laquelle il dispose d'une autorisation d'exercer qu'il doit régulariser. En effet, il n'a jamais fourni les pièces nécessaires et n'a donc jamais été inscrit au Tableau de l'Ordre, écrit son président le 30 août 1955 (447/55). Il le menace, après enquête, d'une sanction grave dont je n'ai pas pu trouver l'issue. Ensuite, en ce qui concerne le docteur Gauzi, de Saint-Louis (qui n'est pas non plus inscrit au Tableau), il affirme « n'avoir fait de la clientèle privée que de façon très occasionnelle ». Coleno annexe aussi la lettre envoyée au docteur Gauzi qui permet de comprendre les griefs de l'Ordre des médecins précisant que ce « médecin contractuel affecté au service des écoles et des dispensaires n'a pas fait de demande d'autorisation pour exercer en clientèle privée, or, il pratique cette clientèle de façon très suivie ». L'Ordre des médecins est donc très pointilleux sur la pratique privée par les médecins praticiens fonctionnaires et de nombreuses plaintes ou dénonciations lui parviennent (encadré 16).

-16-

***La compagnie Pechiney et la pratique privée illégale des
médecins militaires de Thiès***

Le docteur Bergouniou explique dans une lettre du 25 mai 1955 que les six médecins militaires de sa ville, ainsi que tous les médecins africains, « font de la clientèle ouvertement » et, dans ce cas, il craint de devoir « fermer [sa] porte »⁸. Il demande, de plus,

8. Un courrier du Général Sanner au médecin colonel directeur local de la santé publique à Conakry du 30 septembre 1954 laisse penser que cette pratique sans autorisation des médecins de l'administration existe ailleurs aussi. Il rapporte notamment que les médecins n'ont pas le droit de garder les

que si ces derniers ont l'autorisation d'exercer, qu'ils respectent les « tarifs obligatoires soit secteur privé + 25% au minimum ». Dr Bergouniou a découvert cette pratique, car la compagnie Pechiney de Thiès (produits chimiques et électrométallurgiques) s'est plainte auprès de lui que ses tarifs étaient plus élevés que ceux de ses confrères militaires au moment où il a présenté sa note d'honoraires. Or, répond-il à la compagnie le 21 mai 1995, d'une part, ces derniers n'ont pas l'autorisation d'exercer, et d'autre part, si cela était le cas, leur tarif devrait être au minimum 25% de plus que les siens. Par exemple, il explique à Pechiney, qui ne semble pas connaître les textes, que l'arrêté 7226 du 29/12/1951 fixe le tarif de la consultation au cabinet du médecin à 400 francs, alors que la compagnie avance 300 francs aux autres médecins. De même, pour une visite qu'il facture normalement à 500 francs à domicile à Thiès, les médecins militaires la facturent 400 francs. Ainsi « le fait pour un médecin de compter une consultation 300 fr. au lieu de 500, constitue un délit vis à vis du conseil de l'ordre et du syndicat des Médecins ». Le docteur Bergouniou explique aussi à la compagnie qu'il est au courant depuis longtemps de ces pratiques illégales et il évoque notamment celle du colonel Nicol et de « ses deux successeurs », montrant la permanence des pratiques. Ces médecins seraient pourtant payés pour réaliser des actes dans le cadre de l'AMI. Il insiste sur la concurrence déloyale de ce personnel fonctionnaire : « vous et le médecin dont vous parlez semblez considérer l'exercice de la médecine comme un petit négoce dans lequel, n'ayant aucun des frais généraux de ceux qui payent patente, on peut baisser ses prix et concurrencer le voisin ».

Mais ce cas ne semble pas isolé, car le président du conseil de l'ordre des médecins de l'Afrique noire basé à Dakar (Dr Long) s'est aussi plaint au médecin inspecteur, le 8 juin 1955 (EB/228/55), que des « médecins militaires continuent à pratiquer ouvertement la clientèle civile rémunérée » à Thiès mais aussi Conakry, Bouaké et ailleurs. En outre, leur concurrence ne serait pas seulement illégale mais en plus « ils ont

sommes payées par les patient-e-s, mais doivent les remettre au gestionnaire et que les ristournes remises ensuite peuvent être contrôlées par le fisc; elles devaient donc être déclarées.

abaisser (sic) anormalement leur tarif d'honoraire dans un but de concurrence déloyale ». Comme l'écrit le docteur Talec, il s'agit d'une « double faute » (lettre du 1^{er} juin 1995, 2269-AD). On note aussi que dans sa séance du 12 août 1955, le Conseil de l'ordre émet des avis défavorables à la pratique de la clientèle privée à plusieurs autres médecins que le docteur Cysseau pour différents motifs : demande non justifiée (médecin africain Gnacadja), impossible à cause de son emploi de médecin itinérant du service de prophylaxie et d'hygiène (médecins capitaines Thollard et Valentin), médecin militaire servant dans les cadres et opérant dans un bâtiment militaire.

L'autorisation d'exercer à titre privé est donnée aux médecins (militaires) de l'administration par arrêté suivant le décret 52-964 du 28 juillet 1952. Les archives permettent de trouver des noms et des détails sur ces autorisations au milieu des années 1950.

Ainsi, le 6 juillet 1955, l'arrêté 5301 autorise le docteur Lascève Jean-Marie, capitaine du Service de santé des troupes coloniales, chef du service d'électro-radiologie de l'Hôpital principal de Dakar, à exercer en clientèle privée à Dakar. L'autorisation lui est donnée à titre « révocable » et uniquement en « dehors des heures normales de service ». En outre, il doit obligatoirement s'inscrire à l'ordre des médecins pour que l'autorisation soit valable. Le même jour, un autre arrêté (5302) donne la même autorisation au docteur Heckenroth, chef du service du Phtisiologie de l'Institut d'Hygiène sociale de Dakar et 18 juillet (arrêté 5567) au docteur Rainaut, commandant au Service de santé des troupes coloniales, médecin-chef de l'Annexe du Cap Manuel, spécialiste en neuropsychiatrie. C'est aussi le cas pour le docteur Burnod (médecin capitaine du corps de santé colonial et médecin-chef du cercle de Gao au Mali), car aucun praticien libre n'est présent dans cette ville (arrêté 465 du 7 février 1957).

Pour l'Hôpital central africain de Dakar, j'ai retrouvé une lettre manuscrite du chef du service de réanimation (médecin fonctionnaire *a priori* non militaire) au directeur de la santé publique, datée du 20 janvier 1954. Il explique que lors de son départ de France en juillet 1953, il a demandé au Conseil national de l'ordre de Paris de transmettre son dossier au Conseil de l'AOF, mais cela ne semble pas avoir été fait. Or, il aimerait pouvoir réaliser de la clientèle privée et a besoin de s'inscrire pour obtenir l'autorisation. Il demande également le prix de la patente. En 1959 (arrêté 5567), le médecin-commandant Grosbois, médecin-chef de Thiès, est aussi autorisé à exercer en clientèle privée.

Les défis de la pratique privée des médecins africains

En 1925, le ministre des Colonies Gaston Doumergue signe un décret stipulant que le personnel de santé formé à l'École (africaine) de Dakar, ouverte en 1918 (Kanté, 2023), ne pourra exercer à titre privé que par autorisation. De plus, il restera « sous le contrôle et la surveillance du chef de santé de la Colonie »¹. Les médecins formés dans cette école sont par ailleurs autorisés à donner des soins à la population européenne, mais seulement dans « les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français ». Cette autorisation n'est toutefois pas nécessaire « en cas d'urgence ».

Nous l'avons vu, le principe général est que pour la tarification de l'ensemble des actes, consultations, accouchements ou visites, les prix des médecins fonctionnaires sont doublés dans les localités où il y a déjà des médecins libres patentés. De plus, les médecins fonctionnaires ont droit à une indemnité de 50% du montant des cessions (tarifications) des actes qu'ils ont réalisés dans les localités où exerce un seul médecin. En outre, les médecins africains, diplômés à l'École africaine de médecine et de pharmacie de Dakar, peuvent aussi donner des soins médicaux dans ces localités dépourvues de médecins diplômés d'État, mais leur tarif est réduit de 50%. La discrimination qui vise les malades africain·e·s est donc aussi une réalité pour les soignant·e·s africain·e·s. Pourtant, lorsque Peltier signe en 1948 le rapport de la France destiné à l'ONU, dans le cadre de la protection de la santé publique en AOF, il note que les médecins, pharmaciens et sage-femmes africain·e·s formé·e·s à l'École africaine de Dakar perçoivent « une solde, des indemnités pour charges de famille et des indemnités d'expatriation. Le tout est calculé sur les mêmes bases

1. Une controverse aurait été suscitée par l'établissement d'une liste de médicaments que les médecins africains avaient le droit de prescrire. Compte tenu des réactions, le médecin général Le Rouzic répondit que « ce point sera prochainement réglé ». Cependant, cette question ne se pose pas pour les médecins africains de l'administration puisque « leurs prescriptions sont couvertes par le médecin diplômé d'État sous la dépendance duquel ils servent ».

que dans le cas du personnel européen ». Le docteur Carvalho, exerçant à Thiès, serait le premier médecin africain autorisé à s'installer et donc à bénéficier du décret du 7 janvier 1948, promulgué en AOF par arrêté général 452/AP/I du 29 janvier 1948.

Cependant, dans les années 1950, on constate toujours d'importants obstacles pour les médecins africains qui souhaitent, à l'instar des médecins rémunérés par l'administration coloniale, exercer une pratique privée.

Le rapport, soumis par la France aux Nations Unies en 1952 (article 73 de la Charte), explique à l'institution internationale les conditions d'exercice de la médecine à titre privé. Il est notamment précisé qu'il est nécessaire pour cela de disposer d'un diplôme de doctorat en médecine d'État mais que des dérogations sont possibles pour les médecins africains formés par l'École africaine de médecine, mais seulement « lorsqu'ils ont servi pendant un certain nombre d'années dans les services sanitaires administratifs de l'AOF ». Ce nombre d'années n'est pas précisé. Mais pour les médecins africains, ils ne pourront avoir une pratique privée que dans les localités où il n'y a pas de médecins diplômés d'État et « sous la surveillance des services de la santé publique » comme nous l'avons déjà noté. Ces dispositions sont aussi valables pour les pharmaciens, les sage-femmes et les infirmiers. Pour ces derniers, le rapport note que le « personnel infirmier autochtone, titulaire d'un certificat d'aptitude délivré en AOF est utilisé uniquement dans les services de santé publique. En aucun cas, il ne peut être autorisé à exercer à titre privé ».

Le rapport de 1953 soumis par la France aux Nations Unies (article 73 de la Charte) permet aussi de noter que sur les 588 médecins dans le service public, 394 sont africains (67%) dont seulement 11 ont un diplôme d'État, un de plus sera recensé en 1954. Aucun Africain n'a un diplôme d'État de pharmacien en 1953 et 1954 et seulement six sage-femmes sur les 406 africaines de cette profession en 1953 et dix en 1954. On remarque la présence de sept africains infirmiers diplômés d'État sur les 123 de l'effectif total en 1954. Une seule africaine est recensée parmi les 49 infirmières diplômées d'État. En revanche, plus on regarde les chiffres du personnel infirmier ou de soutien, et plus la proportion d'africain-es est importante. Par exemple en 1954, la totalité des manœuvres sont africain-es (« autochtones ») et la quasi-totalité du personnel de transport, de bureau ou d'hygiène.

En novembre 1952, Sanner répond (4263/AD) au directeur local de la santé publique de Conakry qu'en attendant d'avoir une réponse quant à la pratique de la clientèle privée par les médecins africains de la part de l'administration, toute demande émanant de ces derniers ne sera « susceptible de recevoir aucune suite officielle ».

La pratique de la tarification ne semble pourtant pas toujours bien connue. Dans une lettre du 18 décembre 1952 (11073-DSS/2) destinée au Haut-Commissaire de la République en AOF, le secrétaire d'État à la France d'Outre-mer répond à une demande de la Direction générale de la santé publique (lettre 4025 du 4 novembre 1952 du docteur Sanner²) sur l'autorisation donnée aux médecins africains d'exercer dans le privé, lorsqu'il n'existe aucun praticien libre diplômé d'État dans la localité. Dans sa réponse, le secrétaire d'État rappelle que les praticien-ne-s fonctionnaires peuvent être autorisé-e-s à exercer et que cela concerne aussi « les médecins africains »³. Cependant, il ne dit rien de la tarification réduite à 50% pour ces derniers. Dans sa lettre, Sanner propose que lorsque ces praticiens sont seuls dans une localité, ils « [perçoivent] des honoraires dont le taux pourrait être la moitié de ceux des praticiens diplômés d'État, la répartition des sommes encaissées étant effectuée selon les mêmes proportions que pour ces derniers ». Sanner termine sa lettre en expliquant que certains chefs de territoire ont déjà pris l'initiative de promulguer des arrêtés locaux pour régler cette question.

2. Dans cette lettre, le docteur Sanner évoque les décrets du 11 août 1944 et du 28 juillet 1952 qui précise « en son article 2 que l'autorisation d'exercer à titre privé ne peut être accordée aux praticiens ayant cessé d'appartenir aux services médicaux administratifs ».

3. Article 4 du décret 52-964 du 28 juillet 1952.

Pourtant, nous avons retrouvé une lettre rédigée à Porto-Novo, le 20 février 1953, par le syndicat professionnel des médecins, pharmaciens et sage-femmes africains de la Guinée française (dont le responsable est Ignace Deen⁴) qui s'adresse au directeur général de la santé publique de l'AOF à Dakar (encadré 17).

-17-

Le syndicat des professionnels africains de santé de Guinée française se plaint.

L'objet de la lettre du syndicat est de rappeler que même leurs membres africains, fonctionnaires civils ou militaires, ont le droit d'exercer à titre privé dans les localités où il y a « défaut ou insuffisance numérique des praticiens libres, patentés ». Pourtant, Sanner a rédigé une circulaire (407/SP-AD du 5 février 1953) ordonnant aux directeurs locaux de la santé publique d'autoriser les médecins et sage-femmes africains selon les mêmes formalités pour exercer la pratique privée : « SAUF CAS TOUT À FAIT EXCEPTIONNEL, NE SERONT ACCORDÉES QUE DANS LES LOCALITÉS OU NE RÉSIDE AUCUN PRATICIEN DIPLÔME D'ÉTAT. Il conviendra en outre de veiller à ce que la pratique privée ne s'effectue pas au détriment des consultations publiques » (souligné et en majuscule dans l'original). On comprend donc que l'administration souhaite protéger de la concurrence les praticiens diplômés d'État ainsi que les consultations publiques, que l'on imagine gratuite pour les patient-e-s et remboursées par l'État dans le cadre d'AMI. En outre, le syndicat se dit surpris de cette directive en expliquant que personne ne se préoccupe de la présence à Conakry des diplômés d'État alors qu'eux, médecins et sage-femmes africains, doivent prendre en charge entre 1 400 et 1 600 malades fonctionnaire de l'AMI « QUI NE PAYE PAS » au

4. Qui signe la lettre comme « médecin africain principal en congé à Porto-Novo (Dahomey) ». Selon un hommage qui lui a été rendu récemment, il s'agit d'un médecin béninois, ami personnel du Président Sékou Touré : « En reconnaissance de ses efforts en faveur du peuple militant de Guinée, l'hôpital Noël Ballay fut rebaptisé à son nom le 2 août 1968, lors de la Conférence nationale du Parti démocratique de Guinée (Pdg) sous la révolution culturelle et socialiste pendant la première république » Source : <https://www.facebook.com/share/p/1FaSbwilyX/>.

dispensaire (majuscule dans l'original). Et le syndicat continue sa critique du deux poids deux mesures en expliquant que dans ce contexte de surcharge de travail et d'absence de mobilisation des diplômés d'État, les « médecins et sage-femme africains n'ont alors comme toute limite à leur faculté d'exercer que leur conscience et le droit commun. Mais dès qu'il s'agit de malades particulier·e·s à leurs frais, le culte du parchemin reprend tous ses droits. Il est dangereux de donner dans le byzantinisme ». Ainsi, il reproche à Sanner de remettre en cause des dispositions que le haut-commissaire de la République en AOF avaient prises et il accuse même Sanner par sa circulaire (407/SP-AD)) de l'avoir « violé » et qui « par la bande » remet en vigueur des « dispositions heureusement abrogées du décret du 7 janvier 1948 réglementant de façon combien humiliante les conditions d'exercice de la médecine par les praticiens diplômés des écoles de médecine locale ». Conscient des questions de concurrence, le syndicat reproche très clairement au directeur général de « considérer les médecins africains comme des adversaires et des rivaux des médecins européens ». Enfin, le syndicat remarque que si Sanner s'inquiète que la pratique privée puisse être réalisée au détriment des consultations publiques, il répond que cette question doit être « la même pour tous les praticiens, fonctionnaires, autorisés à exercer à titre privé ». Le fait que le terme fonctionnaire soit souligné, doit certainement chercher à montrer que ce principe n'est pas toujours respecté par ces derniers.

De surcroît, il semble que des débats aient existé sur le droit des personnels enseignants de pouvoir également réaliser un exercice médical en pratique privée. Ainsi, une dépêche ministérielle est envoyée par le ministre de la France d'Outre-mer le 5 mai 1953, afin d'évoquer cette question et notamment d'affirmer que la pratique privée ne peut s'appliquer qu'aux personnels enseignants de l'École préparatoire de médecine. Il a le droit d'exercer la médecine à titre privé dans les locaux qui appartiennent à l'administration. Deux circulaires avaient déjà été rédigées à ce sujet en 1952 et 1953. Puis, le médecin général inspecteur Robert, directeur du service de santé de la France d'outre-mer, rappelle le principe que :

dans les localités où résident un nombre important de non bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et où pratiquent simultanément un ou plusieurs médecins diplômés d'État, et un ou plusieurs médecins non diplômés d'État (médecins africains ou assistants médicaux), tous fonctionnaires, l'autorisation d'exercer en pratique privée doit être accordée en priorité aux médecins diplômés d'État français. Enfin les médecins étrangers titulaires d'un diplôme d'État de leur pays d'origine doivent se voir appliquer les mêmes tarifs que les médecins diplômés d'État français.

En cas de concurrence, l'administration coloniale demande donc que la priorité nationale (française) soit respectée, au détriment des autres. En outre, les tarifs des médecins étrangers s'alignent sur ceux des Français et non des médecins africains, certainement car ils sont diplômés d'État et que les médecins africains reçoivent une formation médicale accélérée et réduite (Kanté, 2023). 1953 est l'année de la dernière promotion de médecins africains sortant de l'École de Dakar. Mody Kanté (2023) nous rappelle combien le docteur Le Dantec avait provoqué des résistances car certaines voix estimaient bien suffisant de former des infirmiers noirs plutôt que des médecins pour la prévention et l'hygiène. Le Gouverneur général de l'époque, Jules Carde, désapprouve les propositions de Le Dantec, qui quittera le Sénégal en 1925. Coghe (2020) explique combien le personnel africain était discriminé, tant au point de vue de leur place dans le système de santé que concernant leur salaire. Ce contexte permet certainement de mieux comprendre ce souhait d'autoriser seulement des demi-tarifs pour les consultants des médecins africains. Un peu plus tard, en 1954, même le Conseil de l'ordre des médecins décide que la cotisation des médecins africains sera réduite aux trois quarts de celle des médecins diplômés d'État français pour leur adhésion au Conseil, cette dernière étant de 2 000 francs en 1954.

Le 4 octobre 1954, on retrouve une lettre de trois pages, rédigée par le docteur Deen Ignace, secrétaire fédéral des Symépharsas⁵ locaux de l'Afrique noire française à Conakry. Elle reprend en partie les arguments

5. Je n'ai pas trouvé la signification de cet acronyme qui évoque un syndicat du personnel de santé africain. Après l'indépendance de la Guinée, l'Hôpital colonial Ballay (nom du médecin (1847-1902), premier gouverneur de la Guinée en 1891, mort à Saint-Louis) prendra le nom du docteur Deen.

de l'encadré 17 et parfois ses mots. Il se plaint des avis défavorables présentés pour tous les médecins africains, lorsqu'ils sont dans des localités où résident des médecins diplômés d'État. Le secrétaire fédéral (qui est aussi le Président du syndicat des médecins africains de Guinée) explique que ces exclusions systématiques de la clientèle rémunérée ne se justifient par aucune des dispositions des deux décrets du 28 juillet et du 9 août 1952. Il croit que cette interdiction répond plutôt aux restrictions prescrites par une circulaire (407/SP-AD) qui « est fort choquante et pénible ». Il continue en expliquant que cette question semble avoir été déjà réglée à leur avantage, écrit-il, dans deux circulaires du 28 février et du 28 mai 1953. Il explique que les médecins et les sage-femmes africain·e·s traitent déjà en moyenne 2 000 malades par jour, « QUI NE PAIENT PAS » (il souligne et majuscule) et que dans ce cas, personne ne se préoccupe de la « couleur des diplômes. Les praticiens diplômés locaux n'ont alors comme toute limite à leur faculté d'exercer, que leur conscience et le droit commun ». Et donc il continue en se plaignant que lorsqu'il s'agit d'évoquer la clientèle rémunérée, « le culte du parchemin reprend tous ses droits. Il est dangereux de donner dans le byzantinisme », donc de discuter de sujets futiles. Le docteur Deen Ignace continue son plaidoyer en expliquant notamment qu'il est bien prouvé que les médecins africains sont supérieurs aux médecins européens diplômés d'État, lorsqu'il s'agit de traiter des pathologies exotiques, ce qui constitue les plus grosses demandes des malades. Il en appelle également au code pénal pour mettre en avant les risques d'un défaut d'assistance à personne en péril et que la couleur du diplôme ne peut pas permettre « de refuser de répondre à l'appel d'un souffrant ». Il conclut sa lettre par : « ni les textes, ni la logique ne justifient donc le refus d'exercer en pratique privée que viennent d'essayer les médecins africains, fonctionnaires, en service dans les localités où résident des médecins diplômés d'État, également fonctionnaires. Il serait vraiment malheureux de laisser soupçonner que la clientèle payante est uniquement cause de cette discrimination. Il est des dogmes pour lesquels l'Afrique noire, à l'état actuel des choses, ne peut encore fournir d'autels ».

Le docteur Deen Ignace a beaucoup évoqué cette question avec le médecin colonel Vernier, directeur local de la santé publique, qui se plaint de ses « assauts » auprès du directeur général de la santé publique dans une lettre (102, confidentiel) du 19 mai 1954. Mais le docteur Vernier explique qu'« aucun médecin africain en Guinée [...] ne se gêne, autorisé ou non, pour exercer la clientèle », donc une pratique privée. Jouer avec les règles ne semble donc pas le seul apanage des médecins coloniaux

contre lesquels le docteur Vernier ne semble pas pouvoir agir. Il est résigné dans sa lettre, car il est « impossible de réagir » et propose de donner un avis favorable à toute demande. Cela permettrait notamment de « décharger un peu de l'exercice immodéré de la clientèle civile les docteurs en médecine qui tous, à une exception près, appartiennent à l'administration » (nous soulignons). La pratique privée de la médecine est donc très répandue. Son avis n'a donc pas été suivi par le Conseil de l'ordre national à Dakar, les décisions centrales (du 30 mai) vont à l'encontre des réalités locales qui cherchent à accommoder la situation au détriment des médecins africains à qui l'exercice de la pratique privée n'est pas consentie.

Lors d'une réunion, le 22 décembre 1954, le Conseil de l'ordre des médecins de la section d'Afrique noire à Dakar relate la réception d'une lettre du secrétaire fédéral des « Sympharsas » locaux d'Afrique noire française. Ce dernier proteste contre le fait que le Conseil « émet des avis défavorables à l'égard des médecins africains au service de l'administration désireux de pratiquer la clientèle rémunérée dans les localités où résident des médecins diplômés d'État ». Le Conseil de l'ordre note qu'il confirme ses avis défavorables, mais précise que cela n'est pas spécifique aux médecins de Conakry. Si le Conseil ne change pas d'avis, les Archives montrent donc que le syndicat, à tout le moins le docteur Deen (dont on ne sait pas qui il représente vraiment), cherche à défendre les droits des personnels africains.

En 1955, le médecin africain Gnagadja Ganha Félicien, en service à l'Inspection médicale des écoles à Dakar, reçoit le 1^{er} août un refus de sa demande d'autorisation pour exercer en clientèle privée (3094 CP). Le procès-verbal de la réunion du 22 décembre 1954 du Conseil de l'ordre montre que M. Mounier Félix, médecin africain à Maroua au Cameroun, est inscrit au Tableau de l'Ordre de Dakar. Il est précisé qu'il a obtenu son diplôme à l'École de médecine de Dakar et qu'il est né le 2 janvier 1926. On remarque que si les médecins français sont affublés du terme « Dr », le médecin africain Mounier, lui, n'a droit qu'à un « M. ». Ce même procès-verbal montre que le Conseil de l'ordre a demandé au directeur de la santé publique de faire en sorte d'interdire d'exercer M. Gnagadja Félicien, évoqué plus haut, mais également le docteur Noël « fonctionnaire non autorisé ORL ophtalmo, homéopathe ». Ces deux personnes auraient une pratique illégale de la médecine. En 1956, le docteur Mamadou Dia, médecin africain, reçoit l'autorisation d'exercice de la médecine à titre privée lors de la séance du 7 février 1956 du Conseil de la section locale de l'Afrique noire de l'Ordre national des médecins. On comprend au procès-

verbal que le docteur Dia a formulé sa demande directement au ministre de la France d'outre-mer. En effet, c'est la réponse donnée par le Conseil de l'Ordre au médecin africain Denis Auguste en 1955 à Abidjan, pour exercer comme médecin libre : il doit adresser sa demande au ministre de la France d'outre-mer.

Le décret 56-357 du 27 mars 1956 confirme celui de 1948 (décret 48-82) notant que les pharmaciens diplômés de l'École de médecine et de pharmacie de Dakar sont autorisés à exercer à titre privé seulement après « l'expiration de leur engagement décennal » ou leur mise à la retraite ou inaptitude physique. Cette autorisation existait déjà pour les médecins et les sage-femmes auxiliaires en 1925, selon les mêmes conditions d'exercice. À cette époque, ils et elles étaient autorisés à détenir des médicaments pour leurs malades mais seulement s'ils et elles résidaient à plus de 10 km d'un pharmacien diplômé ayant une officine ou un dépôt de médicaments. On comprend donc, d'une part, que ces médecins auxiliaires pouvaient vendre des médicaments à leurs malades, et, d'autre part, que l'administration coloniale cherchait à réduire la concurrence (et protéger) avec les pharmaciens diplômés; un peu à l'image de la situation décrite dans la section précédente entre les médecins coloniaux et les praticiens libres.

V - DES SOURCES DE LA MUTUALITÉ ET DE SES DÉFIS

Introduction de la cinquième partie

Vive la plus grande France par la Mutualité.

Léonce Gamard¹, 1912.

Que retenir?

Durant la période coloniale, le mouvement mutualiste français s'est mobilisé pour développer les mutuelles de santé en Afrique du Nord. Bien que de nombreuses conférences et discussions aient été organisées autour de la mutualité dans les colonies, presque rien n'a été réalisé à destination de l'Afrique de l'Ouest. Cependant, d'après mes recherches, les premières tentatives de mutuelles au Sénégal remontent aux années 1910. Conçues comme des instruments de la politique coloniale, ces mutuelles ne rencontrent pourtant pas vraiment de succès. Leur nombre demeure très restreint et elles cherchent, avant tout, à fournir des services aux coloniaux. Le nombre d'adhésions reste très faible, à l'image des mutuelles communautaires relancées à partir des années 1990. Dans les années 1950, les nombreuses réflexions sur leurs défis et les améliorations à apporter font écho aux débats de ces dernières décennies.

Depuis les années 2010, la question de la mutualité est au cœur de la politique de santé du Sénégal, mais avec peu de succès (Ly, Faye & Ba, 2022). Il s'agit de mettre en place des mutuelles de santé dans toutes

1. En 1908, Léonce Gamard est représentant à Paris de l'Union des sociétés de secours mutuels de l'île de La Réunion et il devient le président de la Fédération nationale de la mutualité coloniale et des pays de protectorat en 1905 (jusqu'à son décès), selon sa biographie rédigée par Michel Dreyfus (2003). En 1923, il est toujours le président de la Mutualité coloniale.

les communes du pays, afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les dépenses de santé des personnes qui vont adhérer. L'adhésion est volontaire et la gestion est communautaire et bénévole. Si cette politique a été largement soutenue par les partenaires extérieurs depuis les années 1980 (Ridde, Caffin & Hane, 2024), l'idée des mutuelles de santé au niveau local est très récente au Sénégal. Ses défis sont, quant à eux, séculaires, comme je vais le montrer dans cette partie (volontariat et bénévolat, capacité des populations à payer, qualité des soins, gouvernance locale, inclusion sociale, etc.). En 1995, seules 30 mutuelles (créées entre 1989 et 1992) ont été identifiées à travers le pays, assurant un nombre réduit de personnes. Cela confirme les défis anciens auxquels ces mutuelles font face et leur faible attractivité, si bien que certains estiment qu'au milieu des années 1990, « le Sénégal ne possède pas encore [de] dynamique mutualiste fortement structurée » (Brouillet, Wade, Kambé & Ndao, 1997 : 54).

Ainsi, durant la période coloniale, la mutualité n'est pas vraiment un instrument financier mobilisé au bénéfice des populations locales de l'AOF², alors que son histoire en France est très ancienne, à travers les sociétés de secours mutuels (encadré 18). Lavielle (1964) en fait remonter la présence à l'Antiquité et Dreyfus (1988) au Moyen Âge. En effet, la mutualité était déjà présente en Chine, en Égypte, dans la Grèce et la Rome antiques, selon Rezsohazy cité par Lavielle (1964).

-18-

À l'origine, les sociétés de secours mutuels en France

L'origine de ces sociétés remonte aux confréries médiévales et aux associations religieuses (Brunet, 1985). En 1848, la France compte plus de 2 500 sociétés de secours mutuels. Au-delà de leur fonction sociale, elles sont aussi des lieux de contestation et d'apprentissage des codes démocratiques. C'est au cours du Second Empire (après 1852) que la mutualité va se développer et

2. La Revue des études coopératives (1921-1947) par exemple n'évoque pas ces questions. La revue des Annales coloniales consacre plusieurs pages de son numéro du 1^{er} octobre 1912 à la prévoyance indigène et aux sociétés de prévoyance au Sénégal. Bien que l'un des buts de ces sociétés soit de venir en aide à leurs adhérent-e-s malades, la question de la santé n'est pas abordée dans l'article.

sera légalisée. Ainsi, on constate une « réappropriation étatique des combats ouvriers », qui devient « un fil rouge des institutions de la protection santé au cours de l'histoire » (Da Silva, 2022 : 61). Le parallèle avec l'histoire contemporaine des mutuelles de l'Afrique de l'Ouest n'est pas si difficile à réaliser, tant elles sont confrontées aux mêmes défis. Depuis 1850, ces sociétés doivent obtenir une approbation officielle pour exister (Domin, 2019), mais on retrouvera plus tard un double statut avec des mutuelles approuvées et d'autres autorisées (Da Silva & Domin, 2022). Les premières donnent des avantages administratifs et des subventions en contrepartie d'un contrôle politique contrairement aux secondes, plus soumises à la répression en contrepartie d'une certaine autonomie. Les mutuelles approuvées s'organisent sur une base territoriale, alors que les sociétés de secours étaient surtout organisées en fonction de la profession de leurs membres. Le premier congrès des sociétés de secours mutuels s'est tenu à Lyon en septembre 1883, consacrant leur ralliement aux principes républicains et le deuxième à Marseille en 1886 (Hébrard, 1904). Elles sont régies par la loi relative aux sociétés de secours mutuels du 1^{er} avril 1898 (Dessertine, 2013). L'article premier de cette loi explique que ces associations de prévoyance ont notamment le but d'assurer à leurs membres des secours en cas de maladie, mais ce n'est pas, de loin, l'unique objectif. En 1902 est fondée la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Jusqu'à maintenant, l'histoire de l'économie sociale et solidaire au Sénégal (Ndiaye, 2021), comme au Bénin et au Cameroun (Gankpé & Baleba, 2015) ou au Mali (Vuarin, 2000), démarre après les indépendances. Le récent dossier spécial sur l'Afrique de l'Ouest de la *Revue internationale de l'économie sociale* (2021/4 – n°362) ne propose pas plus d'analyse sur la période coloniale. Il en va de même avec l'analyse récente de la protection sociale dans les anciennes colonies françaises entre 1890 et 2020, qui fait l'impasse sur la place des mutuelles de santé (Olié, Delpy & Ballet, 2024). C'est également le cas de l'excellente analyse historique du développement mondial des assurances sociales depuis les années 1880, qui n'évoque pas la situation des pays africains durant la période coloniale française (Hu & Manning, 2010). De plus, les pays africains, notamment ceux colonisés par la France, sont absents de l'analyse du 19^{ème} siècle comparant la France à la Grande-Bretagne, l'Italie et la Belgique (Hugon, 1900), puis de celle concernant « les mutualités de tous les pays » (Dreyfus

& Gibaud, 1995). Si de timides progrès ont été réalisés sur cette histoire en France (Desgrè, 2024; Dreyfus, 2016), les travaux universitaires sur cette histoire en Afrique sont très rares. Patricia Toucas-Truyen (2017) évoque même « un terrain vierge à explorer » (p. 51), ce que confirme Antony Kitts (2024) plus globalement pour les « historiens du fait colonial ». C'est dans cette direction originale que cette cinquième partie de l'ouvrage nous oriente.

Pour l'Afrique de l'Ouest francophone, Toucas-Truyen évoque³, dans son *Histoire de la mutualité*, la présence d'une mutuelle de pêcheurs à Yoff et de celle de Fandène⁴ (Thiès) pour se soigner à l'hôpital (Toucas-Truyen, 1998). Vuarin (2000) affirme que la mutuelle des Postes et des Télécommunications serait la plus ancienne du Mali, créée en 1957. Les analyses plus récentes avancent que la première mutuelle de santé au Sénégal aurait été créée en 1973 (SOCOCIM), et la deuxième en 1978⁵ par le diocèse catholique de Thiès (Alenda-Demoutiez, 2017; Waelkens, Soors & Criel, 2017). Pourtant, quelques essais de création de mutuelles au Sénégal, certes très modestes, ont été menés dès les années 1910-20 et seront détaillés pour la première fois à ma connaissance dans le chapitre 6 de cette partie. Ces essais s'inscrivent dans une histoire des sociétés de secours mutuels au 19^{ème} siècle (où la santé n'était pas centrale) et, plus largement, l'histoire de la mutualité. Cette histoire est très bien étudiée en France (Audrain, 2022; Brunet, 1985; Da Silva, 2022a; Lavielle, 1964), mais elle fait souvent l'impasse sur le cas des pays colonisés par la France

3. Elle parle aussi dans son Guide du chercheur en histoire de la protection sociale (vol. IV), d'un dossier sur une société de secours mutuels de Saint-Louis, dans la série H des archives de Dakar, que personne n'a été en mesure de retrouver, confirmant les défis de l'étude de ce qu'elle appelle les « marges géographiques dans la protection sociale ».

4. Souvent présentée, à tort, comme la première mutuelle du Sénégal (Alenda-Demoutiez, 2017; Letourmy, 2000).

5. Dans son étude pour la Coopération française, Letourmy (2000) évoque sa création en 1994 et la présence de 2000 adhérent-e-s, il suggère même que l'aide extérieure ne serait pas motrice de l'émergence des mutuelles dans les années 1990, contrairement à la décennie suivante qui a vu le début de la diffusion des mutuelles en milieu rural selon une autre étude (Brouillet, Wade, Kambé & Ndao, 1997). À partir de l'organisation d'un atelier en 1995 par le BIT et des organisations d'appuis aux mutuelles, des auteurs affirment que la mutuelle de « Fandène, créée en 1984 au Sénégal, paraît être la plus ancienne » (p.17) parmi la vingtaine de mutuelles qu'ils ont pu répertorier en Afrique subsaharienne (Galland, Kaddar & Debaig, 1997). On comprend donc les défis de dater le démarrage du mouvement mutualiste au Sénégal.

(Lavielle, 1964). On ne reviendra donc pas sur l'histoire de ces sociétés que j'ai résumée dans l'encadré 18, mais qui sont parfaitement analysées par les auteurs précédents.

L'histoire du développement des mutuelles en France a fait l'objet, bien que tardivement, de nombreuses études. Les analyses concernant l'Afrique du Nord sont plus récentes, alors que celles sur les territoires de l'AOF ne semblent pas encore avoir été effectuées. Ainsi, je vais commencer par relater la place de ces organisations en Afrique du Nord, en montrant notamment que l'AOF est ignorée par toutes les réflexions visant au développement des mutuelles dans les colonies, notamment lors de l'organisation des congrès de la Mutualité coloniale. Puis, je vais rendre compte de la manière dont cet instrument de l'économie sociale, essentiellement au profit de l'entreprise coloniale, a disposé de quelques expériences pilotes et éphémères au Sénégal à partir des années 1910.

Les assurances vie et la matrice nord-africaine des mutuelles

En 1900 à Tunis, on trouve la présence de « l'Assistance mutuelle tunisienne », une société d'assurance¹. En 1903, il est fait la promotion de la « Mutuelle de France et des Colonies »², approuvée depuis 1895 et contrôlée par l'État français. Cependant, les enjeux autour des colonies, mis à part l'Algérie, ne sont pas vraiment abordés dans les articles que j'ai pu consulter dans la presse mutualiste de 1903 à 1905. Dans le cas de la « Mutuelle de France et des Colonies », les questions de prise en charge en cas de maladie ne sont pas mises en avant, contrairement à la dot ou au capital pour la retraite ou les décès. Il s'agit donc plus d'une assurance vie (ou société d'assurance mutuelle) que d'une mutuelle de santé au sens actuel du terme. Le chapitre premier de ses statuts évoque clairement son but : « assurer au décès ses membres ». Ses frais de gestion sont statutairement de 7%³. Un tarif progressif pour le calcul de la prime mensuelle est présenté, tenant compte de l'âge de la personne, par exemple : 0,55 francs pour assurer une prime mensuelle de 500 francs de 15 à 40 ans et 1,65 francs de 61 à 65 ans.

Mais encore une fois, la question de la prise en charge de la maladie ne semble pas au cœur des réflexions des sociétés de secours mutuels de cette période. Pourtant, en 1908, est fondé le journal *La Mutualité coloniale*⁴, imprimé à Alger (avec beaucoup de publicités pour des loteries caritatives). Son premier numéro⁵ daté du 25 août aborde pourtant

1. Revue tunisienne (organe de l'Institut de Carthage), avril 1901.

2. L'Avenir de la mutualité et son supplément régional L'Écho girondin de la mutualité. Le seul journal hebdomadaire de la presse mutualiste à cette époque (Hébrard, 1904).

3. L'Avenir de la mutualité, 2 avril 1904.

4. En 1911 sera aussi créée à Alger La Pensée française, « nouvel organe de propagande en faveur de la mutualité coloniale » selon la Revue de la Solidarité (n°83, mai 2011).

5. On ne trouve que 25 numéros de 1908 à 1910 à la BnF. La création de cette revue est saluée par la Revue de la solidarité sociale dans son numéro du 1^{er} février 1909.

« l'utilité de l'assurance maladie » dans une colonne entière (*Mutualité coloniale*, 1908). L'article relate la création d'une société mutuelle d'assurance contre la maladie constituée avec la loi du 25 juillet 1867 et le décret du 22 janvier 1868 (il est aussi évoqué la loi du 1^{er} avril 1898) rendue applicable aux colonies par le décret du 17 janvier 1902 (promulgué en AOF le lendemain) permettant aux « indigènes sujets français⁶ de faire partie de l'administration de ces sociétés » (voir les défis plus bas). La « Sécurité Française », dont le siège est à Bordeaux, « assure toutes les personnes de 16 à 60 ans, les deux sexes, contre les conséquences des maladies ou accidents ». Contre un versement de deux francs chaque mois « l'assuré touche pendant toute la durée de sa maladie une indemnité de 2 francs par jour », l'auteur met « pendant toute la durée » en italique dans son article. Il s'agit donc moins d'une assurance pour rembourser les frais liés aux soins de santé qu'un système de prévoyance en cas d'incapacité à travailler pour des raisons de maladie. En 1909, un nouvel encadré évoque les « avantages de l'assurance maladie » qui reste « trop peu répandu parce qu'elle est trop peu connue ». L'article évoque les modalités administratives de cette assurance et note qu'un « simple certificat du médecin habituel constatant que l'on jouit d'une bonne santé est suffisant » (voir plus bas les statuts d'une société de secours à Dakar) en plus, bien évidemment, d'une prime, qui est « d'ailleurs fort modique ». Enfin, l'article rappelle l'importance de prévoir et donc de ne pas attendre d'être la « victime d'un péril » pour s'assurer. Il est discuté de la cotisation mensuelle de deux francs, qui peut également être de trois francs mensuels, le principe est « qu'il paye autant de francs par mois qu'il veut assurer de francs d'indemnités ». Mais l'extrait des conditions générales publié dans ce même numéro du 10 février 1909 montre, d'une part, qu'un délai de carence de trois jours a été établi et, d'autre part, que l'indemnité varie de deux à 10 francs, équivalent donc à la cotisation qui varie également de deux à 10 francs par mois. En outre, l'article 4 de ces conditions générales montre qu'au début du 20^{ème} siècle, l'AOF n'est pas encore concernée car « la société n'est responsable que des maladies contractées et guéries sur le territoire français en Algérie et en Tunisie », confirmant le prisme nord-africain. De nombreuses exclusions sont explicitées comme le suicide, la guerre, l'ivresse ou les sports. Les

6. Le terme « sujets français » a été rajouté à la main dans la note tapuscrite retrouvée et rédigée à l'occasion du 6^{ème} congrès de la mutualité coloniale.

dépenses liées à la prise en charge des soins de santé ne sont pas évoquées dans ces conditions générales. Mais on apprend plus tard que « les sociétés de secours mutuels se sont à peu près bornées à pratiquer l'assistance médicale et pharmaceutique »⁷, ce qui ne semble pas avoir été étendue à l'AOF. En fait, on retrouvera dans d'autres numéros de la *Mutualité coloniale* cet encadré expliquant « l'assurance maladie », mais qui fait surtout la promotion de la « Sécurité Française », une société d'assurances mutuelles de Bordeaux avec un fonds de réserve de 10 millions de francs.

Le 1^{er} janvier 1910 est lancée une police d'assurance invalidité-assistance par la Société d'Assurances Mutuelles (qui fonctionne sous le nom de Syndicat Français de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie)⁸. Pour une cotisation de deux francs par mois, l'assuré-e est protégé-e contre l'invalidité résultant des maladies en dehors de l'exercice de sa profession. Il ou elle reçoit un capital en fonction du degré de son incapacité. En 1910, le Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, dans sa séance du 25 novembre 1909, a approuvé l'obtention de subventions spéciales. Ainsi, « une subvention spéciale sera accordée chaque année, à raison de 0 fr. 50 par femme participante âgée de seize à quarante-cinq ans, aux sociétés de secours mutuels qui, ayant prévu dans leurs statuts l'accouchement au nombre des cas donnant droit au secours de la maladie, imposeront à leur participante l'obligation d'un repos de 4 semaines après les couches ». Il est intéressant de noter que ce même type d'instrument financier a été testé en 2023 par la Banque mondiale et la Coopération technique belge au Sénégal. Dans les années 1910, le ministre du Travail et de la prévoyance sociale, René Viviani, justifie l'octroi de ces subventions pour que les sociétés de secours mutuels encouragent leurs adhérentes à « l'observation d'un repos de 4 semaines après les couches ». Cette approche fait écho, mais du côté de l'offre, aux primes données aux mères, que j'ai évoquées dans la troisième partie⁹. Mais Viviani explique que ces primes sont uniquement destinées aux sociétés de secours mutuels ordinaires qui vont admettre l'accouchement au nombre des cas et pas, par exemple, aux « mutualités

7. *Mutualité coloniale*, 10 juin 1909.

8. *Mutualité coloniale*, 10 décembre 1909.

9. Sur l'histoire des mutualités maternelles, voir Michel Dreyfus (2006). L'idée aurait été proposée par Félix Poussineau en 1894 (Lavielle, 1964).

maternelles ou aux sociétés constituées spécialement en vue de la maternité ». Ces dernières semblent déjà disposer « d'encouragement sur les crédits inscrits au budget du ministère de l'Intérieur pour les œuvres maternelles ». Il s'agit donc d'une subvention incitative à la prise en charge de l'accouchement pour les sociétés qui ne le faisaient pas jusque-là, ce qui rend l'analyse très intéressante, puisque c'est devenu une réalité aujourd'hui.

Pour comprendre la situation de la mutualité en AOF, il est essentiel d'appréhender la « matrice algérienne », comme évoquée par l'historien Benoit Beucher¹⁰. En 1905, Alger est présentée, dans un article à propos du premier congrès de la « Mutualité coloniale », comme « la capitale de notre belle France africaine »¹¹, nous renvoyant aux réalités de la colonisation française de peuplement. Elle sera le lieu du premier congrès de la « Mutualité coloniale » dont l'analyse de la place des territoires de l'AOF est centrale à notre réflexion. L'histoire coloniale de la mutualité algérienne, essentiellement d'influence métropolitaine et bénéficiant aux colons français, est parfaitement décrite par Antony Kitts (2024).

10. France Culture, Série Mondes africains, une histoire en mouvement – Épisode 2/4 : « Sahel colonial, histoires de contact, histoires de conquêtes », 2 avril 2024, en ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-cours-de-l-histoire/sahel-colonial-histoires-de-contact-histoires-de-conquetes-1906772>

11. L'Avenir de la mutualité, 25 février 1905.

Le premier congrès de la Mutualité coloniale (Alger et Tunis, 1905) et l'absence de l'AOF

Le premier congrès de la « Mutualité coloniale »¹ est organisé du 28 avril 1905 à Alger au 4 mai à Tunis par Octave Depont² (1906). Si ce congrès concerne uniquement « les pays de protectorat », notamment le Maroc et la Tunisie, précision que l'on ne retrouve pas souvent dans les autres sources, il est ouvert à « tous nos représentants dans nos colonies et nos pays de protectorat ». C'est lors du Congrès national tenu à Nantes en 1904 qu'a été émis le vœu qu'un congrès se tienne en Algérie en 1905, qu'il soit ouvert aux possessions d'outre-mer et que les « indigènes y [soient] représentés »... Et il semble qu'ils l'aient été par « des chefs distingués et dévoués à la France » (Depont, 1906). Mais on verra plus loin que ce n'est pas vraiment le cas pour les « chefs indigènes » de l'AOF qui n'avait pas dépêché de délégation à ce congrès.

Une réunion préparatoire, présidée par le sénateur Lourties, a lieu le 7 juillet 1904 au Musée social à Paris. Y participent Octave Depont, présenté comme le « promoteur du congrès », et le vice-président de la Chambre des députés et député d'Oran, Eugène Étienne, nommé président du comité pour les Colonies. Une seconde réunion préparatoire a lieu le 9 février 1905, toujours au Musée social. Lors de cette réunion, un rapport du Gouverneur général de l'AOF est lu, mais son contenu ne figure pas dans le compte rendu et je n'ai pas été en mesure de le retrouver. Il

1. Son organisation figure dans l'Almanach des mutualistes de 1906 à la rubrique des « éphémérides mutualistes ».

2. Qui en 1905 est aussi sous-préfet de Mauléon (puis d'Arcis-sur-Aube en 1906), secrétaire général du Congrès de la Mutualité d'Alger et vice-président de la 14^{ème} section (« Assistance, prévoyance, mutualités coloniales, retraites ») du Congrès colonial français.

confirme, à tout le moins sur le plan discursif, « l'intérêt que prennent nos possessions d'outre-mer au Congrès de la Mutualité coloniale ». Trente-trois sociétés mutualistes locales (dont 22 d'Alger) participent à l'organisation du congrès et 33 mémoires sont rédigés pour la préparation de ce congrès dont certains provenant d'Afrique occidentale. Je n'ai pas pu non plus les retrouver³.

Voyons maintenant comment ce congrès a été organisé, ce qui s'est passé et quelle place a été donnée à la mutualité en AOF.

Un envoyé spécial de *L'Avenir de la mutualité*⁴, qui est aussi à l'origine de l'organisation du congrès, rédige un compte rendu détaillé de plusieurs pages de son voyage et des discussions sur les défis de la mutualité dans le train et le bateau, ainsi qu'à la « table mutualiste » lors des repas et de sa participation au Congrès. La municipalité d'Alger offre un « champagne d'honneur » le soir de l'arrivée des congressistes. Le ministre de l'Intérieur, M. Étienne, est du voyage ainsi que le sénateur Lourties et des représentants du ministère des Colonies. L'envoyé spécial note que dans la salle sont présents des mutualistes algériens, des représentants de la « mutualité franco-arabe d'Oran » et de la « mutualité indigène », mais aucune mention n'est faite de personnes venant de l'AOF. Dans son discours d'ouverture relaté dans l'article, M. Depont rappelle l'importance des « associations établies par les colons, l'heureuse concurrence faite par l'Administration aux institutions de mutualité indigène trop asservies à la puissance des marabouts », mettant ainsi en lumière l'opposition entre les deux approches sur laquelle nous allons revenir plus loin et qui rappelle aussi le combat de la médecine coloniale contre les tradipraticiens. Mais rien n'est dit sur la situation en AOF et ses éventuels systèmes de solidarité locaux. Cependant, l'un des congressistes, M. Mokdad Omar, propose d'organiser des conférences sur la mutualité dans les tribus « indigènes », reprenant les termes coloniaux, alors que la France cherche à les démanteler lors de sa conquête algérienne (Ben Hounet, 2007). Mais on peut imaginer que cela concerne le seul point de vue algérien et pas celui des territoires de l'AOF. Les deuxième et

3. Le Bulletin de la société de mutualité coloniale (qui a cessé sa parution avant 1930, faute d'abonnements payés par les sociétés de secours mutuels (6^{ème} congrès tenu à Paris en 1931)), La Colonisation française évoque le congrès dans son numéro de février 1905, en reprenant simplement l'article de Depont publié dans *L'Avenir de la mutualité*, le 7 janvier 1905.

4. Numéro 93 du 6 mai 1905.

troisième journées du congrès sont dédiées à des travaux de différentes commissions⁵. Il est notamment discuté d'une proposition de M. Mokdad concernant l'octroi de subventions aux « Sociétés indigènes de prévoyance », mais on n'en sait pas plus. Puis la quatrième journée, un dimanche, ont lieu des visites et un banquet. Si je ne trouve jamais dans les sources documentaires d'indication sur le nombre de participants au congrès, le banquet aurait réuni 300 personnes⁶ dont on ne sait si elles étaient toutes congressistes. La cinquième journée se déroule à Alger avec des séances plénières et l'adoption de vœux dont aucun ne concerne la mutualité pour les populations colonisées ou l'AOF. Les sixième et septième journées sont consacrées à voyager et aux débats à Tunis où les enjeux pour les populations locales ne sont pas abordés. À noter que tous les participants d'Alger ne semblent pas s'être déplacés jusqu'à Tunis pour cette fin de congrès. À la suite du congrès, *L'Avenir de la mutualité* publie, à partir du 2 septembre 1905, de courts articles sur les contenus présentés aux congressistes concernant la Nouvelle-Calédonie, l'Indochine, la Réunion et Madagascar. Aucun pays de l'AOF n'est évoqué dans ces articles, tant ces territoires ne semblent pas encore concernés par la mutualité à cette époque.

Lors du Congrès colonial français de 1905 qui s'est tenu à Paris, M. Gamard présente l'historique de la mutualité coloniale et relate le contenu du Congrès d'Alger. Il évoque l'existence des sociétés de secours mutuels en Algérie, fortes de 10 000 membres et générant 165 millions de francs de recettes (Worms, 1905). Il mentionne aussi la présence des « sociétés indigènes de prévoyance et de mutualité » sans donner aucune information chiffrée. En Tunisie, Malinas et Tostivint (1905) réalisent à la même époque une étude sur l'organisation d'une mutuelle coopérative de santé. L'estimation budgétaire se base sur une moyenne d'un médecin pour 16 000 personnes, alors qu'en France on a, d'après les auteurs, un médecin pour 6 000 habitant-e-s. Les « sujets » tunisiens seraient obligatoirement membres de la coopérative, tandis que les « sujets » non tunisiens devraient demander leur admission. Les indigent-e-s, dont la

5. i) Développement des sociétés existantes et création d'organismes mutualistes nouveaux; ii) Extension de nos moyens de colonisation par le Crédit Mutuel; iii) Commission pour l'amélioration des conditions morales et matérielles des populations indigènes; iv) Organisation de la Mutualité militaire coloniale; v) Commission des vœux.

6. *L'Avenir de la mutualité*, 31 mai 1905.

liste serait « annuellement dressée », seraient exonéré·e·s du paiement de la cotisation, confirmant les défis séculaires des systèmes non-contributifs. La cotisation dite « taxe de santé et d'hygiène publique » serait individuelle et obligatoire (fixée à 3,85 francs en territoire civil, 3,10 francs en territoire militaire et 3,40 francs en ville). Dans la troisième partie de cet ouvrage, à la suite de Touré (1991), j'ai montré que cette terminologie des taxes est aussi évoquée au Sénégal à propos de l'AMI, donc comme en Tunisie. De même, comme je l'ai analysé dans la quatrième partie pour les médecins coloniaux au Sénégal, ce projet de mutuelle en Tunisie prévoit d'allouer 50% des bénéfices de la vente des médicaments aux pharmaciens membres de la coopérative. Puis l'étude propose un budget de fonctionnement sur la base d'un groupement de 16 000 personnes, ce qui représente en Tunisie, 72 groupements ruraux. Aux cotisations obligatoires s'ajoutent les budgets des communes, des Habous (institution religieuse) et de l'État tunisien. Ainsi, les réflexions sur l'organisation des mutuelles de santé en Afrique du Nord et leur imbrication avec le système de soins sont déjà en place au tout début du 20^{ème} siècle. Il faudra attendre 50 ans pour voir de telles réflexions en AOF de la part de l'administration coloniale, comme cela sera explicité plus loin dans le contexte de la Côte d'Ivoire.

La Fédération de la mutualité coloniale et des pays de protectorat basée à Paris organisera plusieurs congrès⁷ après celui d'Alger, comme le 6^{ème} congrès organisé en septembre 1931 à Paris (en même temps que l'exposition coloniale internationale). Le 2^{ème} congrès organisé à Oran est annoncé comme un succès⁸, sans que le secteur de la santé ne soit évoqué. Je n'ai pas trouvé de mention de la présence de personnes venant de l'AOF à tous ces congrès. L'évocation de la situation dans ces pays est parfois présente mais de manière très rudimentaire et surtout basée sur quelques réponses de l'administration à un questionnaire envoyé préalablement. La présence de congressistes des « colonies lointaines » est parfois notée, en dehors de celles de l'Afrique du Nord, mais toujours sans plus de précisions⁹.

7. Le 1^{er} congrès a eu lieu à Alger (1905), le 2^{ème} à Oran (1909), le 3^{ème} à Constantine (1911), le 4^{ème} à Tunis (1923) et le 5^{ème} à Rabat (1927).

8. Mutualité coloniale, 10 mai 1909.

9. Revue de la solidarité sociale, 1911.

La Fédération de la mutualité coloniale et des pays de protectorat (dont le Président est M. Robert David) a mis fin à son existence après 22 années d'existence, le 1^{er} janvier 1930. Le compte-rendu du 6^{ème} congrès de la Mutualité de 1931 évoque plusieurs raisons à cette cessation. D'abord, « l'éloignement ne permettait pas un contrôle suffisant, dans certaines colonies, des abus, des malversations même, furent commis ». Ensuite « nombreux furent les mutualistes coloniaux qui confondirent cette société avec les sociétés financières » et enfin, cela relevait du défi d'exercer une influence auprès des dirigeants des sociétés de secours mutuels compte tenu du « vaste Empire colonial de la France, épars sur toute la surface du globe » (Gamard, 1931). Le constat semble amer, si l'on reprend les mots de Georges Mahieu, rapporteur de la section consacrée à la mutualité d'adultes : « au risque de nous répéter, nous sommes obligés de constater que la Mutualité coloniale, à de rares exception près, semble marquer le pas ». Alors que la colonisation française est à son apogée dans l'entre-deux-guerres, la Fédération de la mutualité coloniale et son bulletin disparaissent, laissant penser que l'idée des sociétés de secours dans les territoires colonisés peine à s'affirmer.

Avant d'évoquer en détail la place de la mutualité dans le processus colonial, à titre d'illustration de la place des « autochtones » (voir l'encadré 19 sur leur place dans la gouvernance des mutuelles), il est utile de noter que le comité local d'organisation du Congrès d'Alger en 1905 est composé de 13 personnes dont aucune n'a un patronyme algérien, même si deux d'entre elles président une société de secours mutuels en Algérie. Il en est de même pour les membres du comité de patronage qui comprend cependant un député (français) de l'Indochine. Les « chefs arabes » sont quant à eux autorisés à faire de la figuration sur le ponton à l'arrivée du bateau de Marseille avec les participants au Congrès de 1905.

À ce stade de l'analyse, il devient utile de mieux décrire le long processus de développement du milieu mutualiste dans les colonies françaises, afin de montrer combien il s'inscrit dans le processus colonial tout en se concentrant essentiellement sur l'Afrique du Nord, mettant ainsi de côté les territoires de l'AOF.

La mutualité, instrument colonial loin de l'AOF

La mutuelle dénommée « La Colonisation française », fondée en Algérie en 1890, est utile à la « prospérité collective de la colonie ». Son objectif est de soutenir la colonisation de peuplement français en Algérie. Le président fondateur de cette association¹, Camille Dugas, explique que sa « société » a mis en exploitation 3 000 hectares de terre dans la province d'Oran et établi 18 fermiers qui auront 20 ans pour payer leurs fermes. Cette mutuelle aurait 7 000 sociétaires en 1905. Son objectif est double : d'une part, faciliter l'établissement de « colons exclusivement français dans les colonies françaises » et, d'autre part, assurer à chacun des sociétaires « une pension de retraite après 10 ans de sociétariat ». Les membres doivent payer une cotisation mensuelle pendant 10 ans, pour que la pension prévue soit par la suite versée « [leur] vie durant »². À la même époque, en Tunisie, la Mutuelle Tunisienne se développe, avec 2 500 membres « presque tous français », ainsi que des sociétés de solidarité musulmanes et « quatre sociétés israélites de mutualité ».

La première phrase de l'avant-propos de l'ouvrage d'Octave Depont (1906) est éclairante : « la mutualité coloniale, qui donc en parlait, qui donc s'en préoccupait, il y a deux ans à peine? ».

Depont explique que *L'Avenir de la mutualité* a contribué à l'idée du premier congrès. Ce journal évoque en effet à plusieurs reprises cette question, même si je n'ai été en mesure de consulter que les années 1903, 1904 et 1905, les autres années étant en trop mauvais état. En effet, la première mention concernant la « Mutualité coloniale » se retrouve dans le numéro 20 du 12 décembre 1903, qui nous informe que M. Gamard a proposé à la commission permanente du Congrès colonial de mai 1904 de créer une « section de prévoyance et mutualité coloniale ». Et ce n'est que deux mois plus tard, dans son édition du 27 février 1904, que *L'Avenir de la mutualité* évoque de nouveau la « Mutualité coloniale » uniquement

1. *L'Avenir de la mutualité*, 9 juillet 1904.

2. *L'Avenir de la mutualité*, 7 janvier 1905.

pour l'Algérie et la Tunisie. Dans cet article, la mutualité est comparée à un « article d'exportation » qui pourrait être « utilement implantée donc toutes nos colonies ». L'auteur de l'article, B. Olivier, évoque le besoin d'une solidarité, mais cette dernière est sélective puisqu'elle concerne d'abord les « colons ». En 1911, cet objectif est de nouveau affirmé, au même titre que la sécurité sociale (Fertikh, 2024), dans le rapport général du 3^{ème} congrès de Constantine en 1911 : « pensons au colon et pensons au colonial ».

L'objectif de la mutualité s'inscrit donc dans la lignée des autres interventions coloniales en général et du domaine de la santé en particulier, même si « la mutualité est vieille comme le monde. Son germe existe dans toutes les races », selon Depont³. Un autre article daté du 21 janvier 1905 convoque une citation pour montrer que le Président du groupe colonial bordelais (Godefroy Ratton) souscrit à la « belle et forte expression de M. J. Maxwell, celle de conserver à notre race son influence sur les destinées d'un monde à naître ». Le concept de « race » au cœur du projet colonial et des idées aussi véhiculées dans le monde de la santé (Peiretti-Courtis, 2021) est largement repris par le mouvement mutualiste. L'auteur se félicite ensuite que le prochain congrès colonial évoque la question de la Mutualité, notamment parce que « tout le monde maritime et colonial applaudira à son tour à une manifestation dont les résultats contribueront sûrement au rapprochement et à la pénétration plus active des petites Frances et de la grande France »⁴. Le mouvement mutualiste souhaite donc, lui aussi, participer pleinement à l'entreprise coloniale. On pourrait cependant se demander si des courants anticolonialistes ont émergé au sein du mouvement.

La Mutualité et les mutualistes participent aussi très clairement à l'effort de colonisation de peuplement : les articles évoquent surtout « notre beau domaine nord-africain » (Algérie), mais pas l'AOF en ce début de 20^{ème} siècle. Plusieurs articles comparent la forte migration vers le Canada (contrairement à l'Afrique du Nord), dans une perspective coloniale, pour améliorer « le sort de nos coloniaux »⁵.

3. L'Avenir de la mutualité, 28 octobre 1904.

4. L'Avenir de la mutualité, 14 mai 1904.

5. L'Avenir de la mutualité, 6 août 1904. En parlant de l'Algérie a priori, il évoque aussi le besoin de renaissance des « anciens et curieux organismes de mutualité indigène » que les « conquêtes ont meurtris en passant ».

Dans son discours, lors de l'ouverture, le 31 mai 1904, de la séance de la 14^{ème} section du Congrès colonial, M. Haas se félicite du développement de la mutualité et donne « rendez-vous à Alger, en 1905, aux mutualistes et aux coloniaux qui, philanthropes et patriotes à la fois, professent un égal amour pour les œuvres de solidarité et pour le développement de la prospérité de notre empire colonial ». Colonisation et solidarité à travers la mutualité sont donc mises en avant par le Consul général. À la même époque, la querelle entre la colonisation officielle et la colonisation privée a lieu en Algérie. Ne pourrait-elle pas simplement se résoudre « au moyen de la mutualité »⁶? Mais les enjeux de santé ne sont pas évoqués dans l'article. Le discours de Dugas, lors de son voyage en Algérie et Tunisie en 1905, est fort remarqué : « mais à nous, colons, notre rôle est plus complexe; il consiste à favoriser l'expansion française dans les colonies françaises et à provoquer les mesures propres à assurer partout à nos colons un traitement de faveur, afin de voir se réaliser enfin la pensée exprimée par notre devise : parler français, pour les Français! »⁷. M. Nahon (1905), président de la Fraternité algéroise, dans un texte évoquant « la fusion des esprits en Afrique par la mutualité », propose que la mutualité devienne « un auxiliaire efficace des forces qui coopèrent vers la fusion ». Il postule en effet que les sociétés de secours mutuels pourraient agir contre les clans et les catégories raciales d'avant la colonisation... dont on a vu dans les précédentes parties combien cette même colonisation les avait pourtant mobilisés dans la financiarisation de la santé. Mais son texte reste très théorique et, bien qu'il parle depuis Alger, nous n'en saurons pas plus sur les conditions pratiques de ces propositions pour l'Afrique du Nord et le reste de l'Afrique, malgré le titre.

De plus, la section 10 du Congrès colonial français de 1905, après avoir entendu le rapport de Gamard, a :

émis le vœu : que le Congrès colonial signale l'opportunité de créer des services et des organismes d'étude, en vue de coopérer activement au peuplement et à la mise en valeur de notre domaine colonial par les ressources de la mutualité (Worms, 1905).

6. Dans La colonisation française de juin 1905, un article entier (extrait d'une brochure destinée au Congrès d'Alger) est titré « Le colon mutualiste », signé par un certain St. Lebourgeois.

7. La colonisation française, décembre 1905.

Il est même demandé à l'État de donner des concessions de terres à ces sociétés qui « prendront l'engagement d'installer des colons dans nos colonies, et en particulier, les associations à forme mutuelle déjà fondées dans ce but ».

Cependant, Depont (1906) affirme que « la domination française est faite, malgré tout, de justice et de bonté ». Ainsi, si le programme initial était clair : « extension de nos moyens de colonisation par le crédit mutuel », il vise aussi, selon la fameuse dualité coloniale, à améliorer les « conditions morales et matérielles de nos sujets indigènes » (Depont, 1906). Cet objectif est annoncé dès 1904 à l'occasion de la préparation du Congrès de la mutualité coloniale. La Mutualité doit répondre « aux besoins des coloniaux et de la colonisation ». En effet, selon Victor Pougez, « nos coloniaux sont des citoyens au même titre que les métropolitains; rien n'autorise à les priver des merveilleux bienfaits du mutualisme »⁸. Le mouvement mutualiste, en pleine expansion en France, ne semble pas encore pouvoir bénéficier à celles et ceux qui participent à la colonisation et encore moins, évidemment, aux populations africaines oubliées de cette émergence de la protection sociale. En dehors de la société « La Colonisation française », une autre « société de colonisation », « La Solidarité » est créée durant l'été 1902 à Alger par des ressortissants du Dauphinois, dans le « but de favoriser l'émigration des paysans dauphinois sans fortune ». Les prêts et la baisse des intérêts sont au cœur du besoin d'émigration coloniale auquel la Mutualité souhaite trouver une solution, notamment pour « nos compatriotes sans fortune »⁹. Le président de la fédération de la Mutualité coloniale et secrétaire général du 2^{ème} congrès explique que « la Mutualité apparut comme l'appoint nécessaire à la colonisation, au rapprochement des races et à l'émancipation des milieux indigènes » (Gamard, 1909)¹⁰, phrase que Depont avait déjà écrite, mot pour mot, en 1906 dans *L'Almanach des mutualistes*, lorsqu'il présentait le premier Congrès de la mutualité coloniale. Dans son vibrant hommage à Depont à l'occasion de la préface de son ouvrage sur la mutualité coloniale, Victor Lourties, vice-président du Sénat, vice-président du Conseil supérieur des sociétés de secours

8. L'Avenir de la mutualité, 25 février 1905.

9. L'Avenir de la mutualité, 22 octobre 1904.

10. Gamard est en 1905 le délégué à Paris de l'Union des Sociétés de secours mutuels de La Réunion.

mutuels et président du Comité central d'organisation du premier congrès de 1905, montre, lui aussi, combien la mutualité participe à l'entreprise coloniale.

Dans les deux articles consacrés en 1905 au projet de « mutualité coopérative pour l'assistance médicale indigène », la dimension colonialiste de cette mutualité, qui soutient la colonisation de peuplement, est très clairement mise en avant par les deux médecins du Service de santé de la division d'occupation (Malinas & Tostivint, 1905b). La place des « indigènes » dans la gouvernance des sociétés de secours mutuels est aussi au cœur des débats de la loi de 1898 évoquée dans l'encadré 19.

-19-

La place des « indigènes » dans la gouvernance des mutuelles

L'article 3 de la loi de 1898 impose que l'administration et la direction des sociétés de secours mutuels soient réservées à des Français. Une dérogation sera donnée aux « indigènes » de l'Algérie en 1899 et à ceux d'Afrique en 1910 (Dreyfus, 2003). Ainsi, en janvier 1910, le *Bulletin des sociétés de secours mutuels* est interrogé concernant la loi du 1^{er} avril 1898 qui est applicable au Sénégal par le décret du 17 janvier 1902. On lui demande notamment si « une société uniquement composée d'indigènes non citoyens français répondrait aux exigences de la loi ». La réponse renvoie à la loi du 5 avril 1884 rendue applicable au Sénégal le 8 avril 1898 concernant l'électorat municipal et « si donc les sujets français auxquels fait allusion notre correspondant sont électeurs dans les quatre communes du Sénégal, ils peuvent, comme les citoyens français, constituer des sociétés de secours mutuels ». Cet enjeu sera aussi discuté lors du congrès de Constantine en 1911 (Gamard, 1912). Puis, en 1918, l'Union mutualiste est aussi consultée pour donner son avis sur la possibilité pour les Africains d'être élus au conseil d'administration d'une société de secours mutuels. Elle répond que la loi du 1^{er} avril 1898 étant applicable aux colonies, les « indigènes » des colonies de l'AOF sont éligibles aux fonctions d'administrateurs des sociétés de secours mutuels (Dupont, 1918). On comprend que seuls les citoyens des quatre communes sont concernés, bien que cela ne soit pas explicité dans la réponse. Le *Bulletin des sociétés de secours mutuels* et ses 76 années de parution n'évoqueront plus en détail ces enjeux, pas plus que la situation

de ces sociétés en AOF. Il semble que la première étude sur le mouvement mutualiste dans les colonies date de 1920, présentée pour la première fois lors d'un congrès « métropolitain » à Angers par Gamard, alors président de la Fédération de la mutualité coloniale (Heller, 1922).

La Fédération de la mutualité coloniale a été créée en 1905, à la suite du Congrès d'Alger. Elle est considérée comme un organisme de 3^{ème} degré dont le siège est à Paris et a pour objectif de réunir tous les groupements coloniaux comme les sociétés, les unions et les fédérations (Heller, 1922). On espère par exemple que « les bons résultats en Algérie » puissent être appliqués dans le reste des colonies à travers les sociétés indigènes de prévoyance, de secours et de prêt mutuels. Pour reprendre des termes plus modernes, on évoque ici un « modèle » (Gamard, 1909). En 1907 est créée à Paris une société de secours mutuels approuvée, nommée « La Solidarité coloniale » (no2240). Lors de la réunion du Conseil central du 8 juillet 1910, on apprend que M. Gamard a été « convoqué expressément » en tant que président de la Fédération de la mutualité coloniale. Ce dernier va ainsi exposer le but de la Fédération des « sociétés de secours mutuels des colonies ». La Solidarité coloniale s'adresse aux « coloniaux »¹¹ et à « toutes les classes de la société coloniale », donc pas aux populations locales majoritaires. Les « soins médicaux, secours pharmaceutiques, indemnités de maladie » font partie des avantages des sociétaires lorsqu'ils sont en arrêt de travail. Aucune section coloniale ne semble présente en AOF en 1910, les trois sections sont La Réunion, la Guadeloupe et la Guyane Française.

En plus de proposer des assurances aux membres de la société coloniale, les mutuelles cherchent aussi, comme la médecine coloniale s'attaque aux tradipraticiens, à lutter contre les modes endogènes de solidarité, souvent fondés sur la religion musulmane.

Selon Depont (1906), il n'existe en effet en Afrique occidentale aucune « œuvre quelconque d'assistance, de prévoyance, de crédit mutuel » (p. 98). Cependant, « il y a lieu de croire, d'autre part, que l'islamisme (sic) et peut-être le fétichisme (sic) ont semé là-bas des germes de mutualité »

11. Des « coloniaux »... « habitués à la vie facile des pays de paradis terrestre et qui dépensent sans compter leurs économies en France ». Source : Bulletin de La Solidarité coloniale, octobre 1910, n°11.

(p. 100), affirme Depont dont la perception de la société algérienne est ancrée dans les idées reçues de l'époque. Prenant l'exemple sur les tribus mauritaniennes et l'existence de zaouïas (institutions religieuses), l'auteur suppose qu'« il doit y avoir là, par conséquent, le même système de mutualité occulte que dans tous les pays de la religion islamique, c'est-à-dire des caisses maraboutiques » (p. 100). Il évoquera aussi le potentiel pour les mutuelles du fait que les Algérien-ne-s versent des « dimes excessives prélevées sur l'ignorance et la superstition »¹². Il qualifie cela d'une « sorte de mutualité occulte, obligatoire et parfaitement organisée ». Il tente donc d'analyser « le mutualisme indigène ». Il va même jusqu'à convoquer la période du Moyen Âge en France pour la comparer aux confréries musulmanes et aux « puissances occultes et toujours dangereuses pour la civilisation »¹³.

En 1916, la Mutualité coloniale compterait 34 « groupes ou sociétés adhérentes » avec environ 1,5 millions de capitaux¹⁴. Mais l'article signé par Gamard ne donne pas plus de détails sur la localisation de ces sociétés. Il explique cependant que des économies de 20 000 francs ont été placées à la Caisse des dépôts et consignations en 1915, une fois payés les montants dus aux familles des personnes décédées (20 000 francs en 1914 et 30 000 francs en 1915). Jusqu'à 40 ans (sans visite médicale), il faut payer 0,55 francs par mois pour une assurance de 500 francs, mais l'on comprend qu'il s'agit bien d'une assurance vie. Enfin, Gamard précise que le public de la Mutualité coloniale est bien celui des « coloniaux » qui cherchent à « assurer à [leur] famille un secours immédiat au lendemain d'une mort prématurée ».

12. L'Avenir de la mutualité, 7 mai 1904.

13. De fait, L'Avenir de la mutualité va publier plusieurs articles sur la mutualité musulmane qui seront repris par Depont dans son livre de 1906.

14. Bulletin des sociétés de secours mutuels, 1^{er} janvier 1916.

Le long processus de développement de la mutualité dans les colonies

Il n'est pas évident de disposer de données statistiques claires, au-delà des archives coloniales, pour remonter le temps du développement des mutuelles dans les territoires colonisés par la France.

Les premières sociétés datent de 1854 à Alger. En 1860, Depont (1906) estime à 12 le nombre d'« associations de secours mutuels » en Algérie, pour atteindre 69 en 1901, alors qu'un article du 20 août 1904 en évoque 72 (en plus de 128 sociétés « indigènes » en 1901 et 166 en 1903), confirmant le défi de l'exactitude des sources. Ces associations ont ainsi, à cette époque, 7 774 membres participant·e·s et 1 255 membres honoraires pour un fonds de réserve de 356 750 francs. On comprend qu'elles servent surtout à donner des pensions. Mais en 1901, elles ont payé des indemnités journalières de maladie (2 500 colons ont obtenu 15 000 francs), des frais pharmaceutiques (28 000 francs), des honoraires médicaux (27 000 francs), des frais de secours aux malades, vieillards, veuves ou orphelins (5 000 francs) et des frais de funérailles (6 000 francs pour 68 membres décédé·e·s). À la suite de ce succès, le mouvement cherche à s'étendre à la Tunisie qui semble encore dépourvue de telles sociétés de secours mutuels au tout début du 20^{ème} siècle. Mais on n'évoque pas l'AOF, pas plus que le Congrès international provisoire de la mutualité d'août 1905 et le projet de Fédération internationale de la mutualité, qui semblent réservés à d'autres pays que ceux du continent africain (Danemark, États-Unis d'Amérique, Luxembourg, Italie, Autriche-Hongrie, Belgique, Argentine, Mexique, Russie, Angleterre, Suisse).

En 1901, le *Guide manuel de la mutualité française* (dont *L'Avenir de la mutualité* fait souvent la publicité) est rédigé par Jean Hébrard. Il propose un très court inventaire des sociétés de secours mutuels dans les colonies : 72 en Algérie (7 656 membres, 55 sociétés ont été subventionnées par le budget spécial de l'Algérie pour 4 984 francs), deux en Nouvelle-Calédonie (233 membres), une en Tunisie, 19 à La Réunion et peut-être une en Indochine (Hébrard, 1904). Depont (1906) consacre

douze pages de son livre à la mutualité en « Afrique occidentale »¹ et cinq à Madagascar² où aucune société de secours mutuels n'a été identifiée. Il reprend par ailleurs les mots du Gouverneur général Roume selon lequel, dans son rapport préparatoire au 1^{er} congrès, les « possessions de l'Ouest africain sont restées, jusqu'à ce jour, étrangères au grand mouvement mutualiste de la métropole ».

En dehors de l'Algérie et de la Tunisie, le sénateur Victor Lourties, mentionné précédemment, évoque uniquement les cas de l'Indochine et de la Nouvelle-Calédonie où l'on trouve des sociétés de secours mutuels « dans les pays les plus lointains de notre empire colonial » (Depont, 1906). Il n'évoque aucun pays de l'Afrique de l'Ouest.

En 1906, dans son numéro de juillet, *La Colonisation française* publie un article sur le Congrès colonial français organisé à Paris en 1905 lors duquel la question de la mutualité a été abordée. On y évoque des développements dans quelques colonies (La Réunion, Guyane, Nouvelle-Calédonie) mais jamais en AOF.

Depont (1906) nous apprend, au détour d'une phrase, qu'une société de secours mutuels est en cours de formation en 1905 à Dakar, destinée aux instituteurs qui seraient les « meilleurs apôtres de la mutualité »³. En effet, Depont a publié en 1904 quelques feuilles dans ce même journal bordelais consacré à la Mutualité, reprises dans son ouvrage de 1906. Le 25 novembre 1905, *L'Avenir de la mutualité* publie un des rares articles concernant la mutualité coloniale en AOF. L'article sera repris comme un chapitre publié par Depont dans son ouvrage de 1906, dans lequel il évoque le rôle des instituteurs et reprend le discours de Roume affirmant que l'Ouest africain est étranger aux « grands mouvements mutualistes de la métropole ». Depont reprend l'explication de Roume sur cette absence liée à « l'état encore rudimentaire au point de vue du progrès social

1. Dont quatre pages à L'Œuvre des tombes... société (régionale) visant à entretenir les tombes des soldats français morts en Afrique. L'adhésion était proportionnelle au grade, soit une cotisation trimestrielle de 0,05 F pour un soldat à 5 F pour un général. Cela est présenté comme un début de mutualité dans l'armée.

2. La moitié des Français-es à Madagascar étant née à La Réunion (la Société ouvrière (assistance mutuelle) est fondée en 1848), on caresse l'espoir que leur expérience mutualiste va être importée. À La Réunion, on envisage le principe d'une réduction des tarifs pour les mutualités en cas d'hospitalisation.

3. Texte et devise de son livre repris d'un de ses articles de *L'Avenir de la mutualité*.

des territoires », confirmant donc qu'à ce stade de l'entreprise coloniale française, l'amélioration des conditions de vie des populations n'a pas été une priorité.

Lors du Congrès colonial de 1906, Gamard reprend l'histoire des sociétés mutuelles aux colonies (Worms, 1907). Cette fois-ci, il donne un peu plus d'informations sur les « sociétés indigènes de prévoyance »⁴, de secours et de prêts mutuels créées par la loi du 14 avril 1893. Ces informations détaillées concernent l'Algérie, car Gamard reste très superficiel pour la situation dans les autres territoires. Il évoque plus de cent sociétés (une dans chaque commune mixte et plusieurs dans les communes de plein exercice) dont 17 scolaires pour 15 000 membres. Il précise que l'objectif des sociétés indigènes vise à mettre « les indigènes à l'abri du fléau de l'usure ». Au 30 septembre 1904, ces sociétés auraient reçu 450 104 adhésions pour un capital de 12 742 520 francs. Il note aussi que le ministre des Colonies recommandait de telles associations aux Gouverneurs de la « côte occidentale l'Afrique » (sic). Pour le reste, Gamard évoque cinq « groupes en Tunisie » pour 2 600 membres et deux à Madagascar dont une désignée comme « société de secours aux Malgaches » basée à Tananarive. Aucune information n'est fournie pour l'AOF et la société en cours de création au Sénégal n'est plus évoquée. Dans la suite des informations données par Gamard, on comprend que l'Algérie dispose de deux délégués au Conseil supérieur de la Mutualité, alors que cela ne semble pas le cas pour les autres territoires colonisés. Ainsi, le Congrès colonial de 1905 a souhaité la création d'un comité permanent de la mutuelle coloniale pour que des relations soit mieux établies avec « nos colonies et pays de protectorat ».

Ce comité est créé et se réunit pour la première fois le 28 décembre 1905 au Musée social. Gamard en est le président⁵. Il écrit que le comité comprend une soixantaine de sociétés adhérentes représentant plus de 30 000 membres mais il ne donne aucune précision sur les territoires de ces sociétés. Enfin, la 14^{ème} section (mutualité, retraites) du Congrès colonial note que « ce n'est pas seulement parmi les colons que nous

4. Associations obligatoires, administrées par l'État, financées par l'impôt et venant en aide aux populations locales en cas d'aléas agricoles (Peyssonnerie, 1923). Elles datent de 1910 pour l'AOF et sont centrées sur les besoins alimentaires en période de disette (Develtere, 1998).

5. Il est aussi Président de la Fédération des mutualités coloniales... qui est peut-être la même institution.

trouvons des mutualistes, il y en a parmi les indigènes eux-mêmes, et quels sont ces indigènes? ». Mais aucune réponse n'est donnée à cette question et seul l'exemple des « Kanaks » (dont une expérience a été présentée par M. Reverchon) est mentionné, mais ils seraient « mutualistes sans le savoir ». Ainsi, la section formule le vœu : « que la mutualité ne soit jamais une contrainte; que l'on répande, par tous les moyens possibles, l'instruction chez les indigènes, afin de développer en eux les principes de mutualité ». La mutualité continue donc de verser dans le colonialisme. Et, plus tard, lorsqu'est évoquée la mutualité indigène lors du 3^{ème} Congrès de la mutualité coloniale, Gamard (1911) explique qu'« on s'est préoccupé de l'amélioration intellectuelle et morale de nos sujets », s'inscrivant ainsi dans la continuité du discours raciste et colonialiste analysé précédemment.

À l'occasion du Congrès colonial de 1907, Gamard continue d'évoquer le développement de la mutualité en Algérie, évoquant plus d'une centaine de sociétés de secours mutuels et 186 sociétés indigènes de prévoyance, de secours et de prêts mutuels. Mais aucune information supplémentaire n'est donnée concernant l'AOF (Worms, 1908). En avril 1909 se tient le Congrès de la mutualité coloniale à Oran et un article signé toujours de Gamard dans le *Bulletin (annuel) des sociétés de secours mutuels* en relate les débats. On y évoque encore l'Algérie, l'Indochine mais toujours pas l'AOF, même si on mentionne le fait que depuis le Congrès d'Alger, « la mutualité indigène [a] été organisée en Afrique-Occidentale », sans donner plus d'explications. L'auteur explique aussi qu'en AOF, on retrouve surtout des sociétés de prévoyance, comme en Algérie, mais qu'elles permettent aussi des prêts pour les récoltes, les silos et les greniers de réserves.

Comme un clin d'œil à l'actualité contemporaine au Sénégal (qui se lance dans la départementalisation des mutuelles depuis 2022), le Congrès de Nantes⁶ en 1904 propose que « l'union départementale [soit] fixée comme la base nécessaire de toute l'organisation mutualiste ». Bien que leur organisation soit « encore bien défectueuse », ces unions départementales sont déjà en place en Algérie, à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe. L'application de la loi de 1898 dans les territoires colonisés ne semble pas évidente (encadré 19) et on réclame

6. La Mutualité organiserait un congrès national tous les 3 ans depuis 1883 selon L'Avenir de la Mutualité du 22 octobre 1904.

des adaptations et le soin de laisser aux autorités locales d'apprécier ces questions. Enfin, sont mises en avant les actions de prévention que la mutualité doit organiser :

On a dit avec raison : « soigner est bien, préserver est mieux ». Et la mutualité s'oriente résolument dans cette voie. Elle estime que répondre aux besoins sociaux actuels, le service de prévoyance doit être doublé du service d'assistance préventive. Dans ce système on n'attend pas que la maladie se soit abattue sur le sociétaire, on prend l'offensive pour éviter son éclosion et comme les maladies sont une lourde charge pour les caisses mutualistes c'est faire à la fois une œuvre humanitaire et une excellente opération que de les dépister.

Mais qu'en est-il dans l'AOF et notamment au Sénégal?

Les premières mutuelles au Sénégal et en AOF dans les années 1910-20

En AOF, « une seule association, entre les membres de l'enseignement, est en formation au Sénégal » (Worms, 1905 : 250), ce que Depont évoque aussi dans son livre de 1906. Le projet a donc été cité à plusieurs reprises au début du 20^{ème} siècle.

En 1912, Léon Anfreville de La Salle, médecin de formation, relate son voyage au Sénégal. Il écrit notamment sur la ville de Kaolack et sur la motivation au travail de l'administrateur local, ce qui, « il faut bien l'avouer, n'est guère fréquent aujourd'hui ». Cependant, malgré les qualités mises en avant de cet administrateur, Anfreville de La Salle s'étonne que ce dernier cache « certaines expériences manquées, par exemple l'essai de mutualisme indigène », alors même que l'on « parle de renouveler sur une plus vaste échelle l'expérience avortée ». L'auteur tente d'expliquer ce qu'il sait de la mutualité au Sénégal, notamment le fait que le commandant de cercle précédent avait demandé au gouverneur 20 000 francs pour organiser une « caisse d'assurances mutuelles agricoles indigène », essentiellement pour des prêts de graines d'arachide ». Il n'est pas fait mention de soins de santé. La phrase suivante est cocasse : « ce titre [caisse...] de l'association que je rapporte intégralement est presque plus long que ne fut son existence ». Il évoque la présence de 700 membres la première année; puis la société s'est éteinte (Anfreville de La Salle, 1912). Les enjeux de la pérennité des mutuelles rencontrés aujourd'hui, notamment par leur dépendance aux partenaires internationaux, ont donc une histoire.

Dans le compte-rendu général du 3e congrès de la mutualité coloniale organisé à Constantine en 1911, Gamard (1912) indique qu'aucune mutuelle scolaire n'a encore été organisée au Sénégal. La mise à l'écart des indigent-e-s de ces mutuelles est déplorée car elle ne « remplit pas son rôle social si elle laisse hors de son rayon d'action ceux qui ont le plus besoin de son aide, les indigents ». Il est proposé que la cotisation des indigent-e-s provienne des subventions de la ville et de la colonie. Mais l'auteur ajoute une remarque, permanente dirions-nous, « il ne faudrait

pas dispenser complètement (italique original) l'enfant du paiement d'une cotisation, c'est-à-dire supprimer chez lui tout effort individuel... L'enfant pauvre et sa famille ne s'accoutument que trop facilement à l'assistance complètement gratuite ». Pour les mutualités d'adultes, le rapport précise que « ces sociétés sont presque toujours composées de français en majorité », précisant même que les fonctionnaires adhèrent « par obéissance plutôt que par zèle ». La mobilité des fonctionnaires dans les colonies est un défi des mutuelles. Plus loin, le rapporteur de cette section, suggère de fusionner les mutuelles, compte tenu de leur faible ampleur, il évoque entre 30 et 40 membres. Le rapporteur des mutualités d'adultes, E. Mayen, discute aussi d'enjeux techniques et revient sur des classiques des assurances : les adhérents qui ne comprennent pas pourquoi il faut payer chaque année sans remboursements (« égoïsme et manque d'éducation », le choix du médecin imposé; le paient à l'acte ou « à l'abonnement » des médecins et pharmaciens, l'aléa moral (« si les familles payaient médecin et médicaments, elles y regarderaient à deux fois avant de faire appeler le docteur et réserveraient les ressources de la société pour les cas véritablement graves »).

Pour préparer les congrès annuels que j'ai présentés précédemment, un « questionnaire-programme », conçu comme un canevas, est envoyé au préalable aux participants. C'est ce que font le Président du congrès de 1931 (Albert Lebrun) et le Secrétaire général (Léonce Gamard) du comité central d'organisation de la Fédération de la mutualité coloniale le 1^{er} février 1931. L'analyse de ce « questionnaire-programme » montre que le « secours » maladie reste marginal dans la liste des entrées à renseigner, à l'image du contenu de la présentation du congrès dans la *Revue de la solidarité sociale* par Gamard (1909) lui-même. Ainsi, la prise en charge de la maladie ne se retrouve dans les « questionnaires-programmes » de 1923 et 1931, qu'au chapitre 2 concernant la « mutualité d'adulte ». En 1923, le questionnaire évoque deux types de « mutualité d'adultes », d'une part, la mutualité maternelle, et, d'autre part, les « sociétés d'adultes ». En ce qui concerne les mutualités maternelles, il est demandé aux pays s'il est pertinent de recommander la transformation dans les colonies des œuvres d'assistance pour la protection de l'enfance en sociétés de secours mutuels, témoignant donc du balbutiement de cet instrument à cette époque (voir plus loin pour le Sénégal en 1920). Les sociétés d'adultes sont de trois types : les sociétés françaises de secours mutuels les sociétés indigènes et les sociétés mixtes. Le compte-rendu général du congrès de 1923 présente un tableau des colonies ayant répondu au questionnaire, afin de présenter la situation de la prise en

charge des aliéné·e·s, de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), des enfants assistés, des vieillards et incurables et du repos des femmes en couches. Pour l'Afrique sub-saharienne, une description succincte de la situation est fournie seulement pour le Cameroun, le Gabon, la Mauritanie, la Haute-Volta et le Soudan, ces deux derniers territoires étant présentés comme similaires à la Nouvelle-Calédonie (Gamard, 1926). Le Sénégal est donc absent de l'inventaire. Il est évoqué la situation de Madagascar mais pour affirmer « serait-il possible d'installer là la Mutualité? Il ne semble guère ». On note cependant une proposition de mutuelles obligatoires, « alimentées par l'impôt », mais que l'auteur fustige en affirmant qu'elles ne « sont guère mutualistes ». Il ne semble pas soutenir l'idée d'une « prévoyance imposée », revenant donc sur les débats historiques et actuels de l'obligation d'adhérer à une mutuelle de santé. En ce qui concerne le Cameroun, aucune mutuelle n'est en place, mais il est signalé que pendant la période coloniale allemande, une société missionnaire protestante suisse, la Mission de Bâle, avait organisé une caisse d'épargne à l'usage des populations locales sans que l'on évoque la prise en charge des soins. À Djibouti, aucune mutuelle n'est présente, notamment car « l'esprit des Somalies n'a pas encore atteint le degré permettant le développement de ces organisations sociales », écrit le rapporteur qui reprend donc les idées reçues de l'époque coloniale.

Dans la rubrique consacrée au Sénégal, on nous informe que « la mutualité est d'origine récente ». On décrit la présence d'une société de secours mutuels au profit des indigènes créée par M. Lecoq, le curé de Dakar en 1921. Son nom était Mutualité familiale du Sénégal. En 1921, elle regroupait 19 familles, 52 hommes isolés, cinq femmes et un enfant. Une section à Rufisque a été créée en 1922 avec 24 enfants, 18 hommes isolés et une femme. En 1923, la société regroupe 241 membres et le but est « d'assurer aux sociétaires des indemnités en cas de maladie, des allocations de maternité, de veuvage et d'invalidité ». Elle a été autorisée le 11 juillet 1921 et figure dans la liste retrouvée dans les Archives à Dakar, mais avec moins de membres qu'annoncé (voir plus loin). Cette mutuelle est présentée en 1922 lors du Congrès de la santé publique et de la prévoyance sociale à l'occasion de l'exposition coloniale nationale de Marseille. Il est précisé qu'elle a été créée pour les catholiques, mais est ouverte à tou-te-s (Heller, 1922).

La mutualité agricole s'intéresse aux sociétés indigènes de prévoyance, aux silos et greniers de réserve, ainsi qu'aux sociétés coopératives. Ces sociétés ont d'abord été implantées en Algérie puis, sont arrivées au Sénégal. Une thèse ancienne affirme « qu'il existait en Afrique

Occidentale Française, à la veille de la création des sociétés de prévoyance, chez les populations noires, des germes de mutualité et de coopération indiscutables » (Boyer, 1935). En 1923, le « questionnaire-programme » préparatoire du 4^{ème} congrès de la mutualité coloniale se demande s'il faut les rendre obligatoires pour toutes les « indigènes » de la région. Le caractère obligatoire de l'assurance santé est en débat au Sénégal depuis 2017 mais toujours pas en application (Ridde, Gaye, Ventelou, Paul & Faye, 2023). Un article de 1927 semble montrer que la décision a été prise de les rendre obligatoires « pour tous les indigènes exerçant une profession agricole ou quelques professions annexes. Les colonies ont ainsi mis en pratique avant la métropole le principe de l'obligation admis par la future loi sur les assurances sociales » (Ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité, 1927 : 124). L'idée aurait été empruntée à l'Algérie mais se serait adaptée « d'une façon merveilleuse » (p. 124) au Sénégal. Le terme « obligation » a certainement été perçu différemment entre les populations locales et l'administration coloniale, comme nous l'avons vu précédemment dans le cadre de la taxe à l'AMI et des sociétés de prévoyance.

En 1924, Gamard publie une synthèse sur la mutualité dans les colonies françaises dans laquelle il distingue la situation entre « les vieilles colonies et celles d'occupation relativement récente ». La mutualité ne serait pas nouvelle dans les premières, évoquant la Société Ouvrière fondée à St Denis de la Réunion en 1848. En AOF, Gamard évoque la présence de sociétés de prévoyance en 1910. Dès 1907, des associations de prévoyance sont en formation (Gamard, 1912). Le rapport du 3^{ème} congrès évoque deux sociétés au Sénégal, à Niani-Ouli et Tivaouane. Le Président de la République aurait signé un décret à cette date pour régulariser « la situation des deux embryons de sociétés nées dans les cercles du Baol et du Sine-Saloum ». Cependant, l'idée de cette société à vocation agricole au Baol vient de M. Théveniaut, commandant du Cercle. Son caractère informel avait inquiété les autorités. Plus de 100 000 francs ont été récoltés fin 1909, « un succès si foudroyant » mais inquiétant l'administration car collectés sans textes légaux (Boyer, 1935). Au Sine-Saloum, l'objectif était, comme souvent, de réduire la dépendance des cultivateurs indigènes aux usuriers. Mais l'idée est, encore une fois, impulsée par l'Administrateur aux cultivateurs, bien qu'elle ait évidemment déplu aux commerçants locaux. Sur la base de ce succès, d'autres sociétés ont vu le jour à Cayir, à Louga en 1919, à Podor, Thiès, Bakal ou Matam puis Dagana et Maka en 1912. Bien que la santé n'apparaisse pas discutée dans cette présentation de Gamard, il rappelle

que le décret du 29 juin 1910 fixe quatre buts à ces sociétés dont le troisième est de « venir en aide en cas de nécessité à leurs adhérents atteints par la maladie ou les accidents ». Ainsi, « par là, elles devenaient Sociétés de Secours Mutuels » (Boyer, 1935). Il ne pouvait exister qu'une seule société par Cercle dont le Président était choisi par le Gouverneur sur une liste de trois membres, proposée par le Conseil d'administration. Gamard termine son analyse en affirmant que « d'après la dernière statistique officielle, il existait, dans cette colonie, 15 sociétés comprenant près d'un 1 million de membres et possédant un avoir de plus de cinq millions de francs ». Peyssonnerie (1923) évoquera aussi ces deux sociétés du Baol et du Saloum en précisant qu'elles disposent d'une réserve de plus d'un million, chiffre non évoqué dans la thèse de Boyer (1935). Mais il n'est pas question de santé, et très peu d'AOF, dans son analyse des associations agricoles dans les colonies françaises. Une thèse de droit dispose également d'un chapitre sur ces deux sociétés, qui semblent donc au cœur des démonstrations au Sénégal et en Guinée qui « semblait une Colonie rêvée pour de tels essais », dont les résultats ont été très variables. Mais le volet santé de ces sociétés n'est pas abordé dans la thèse, laissant penser que le troisième but n'est pas encore une priorité. Aucun exemple n'est présenté à ce sujet (Boyer, 1935).

Dans le rapport de la circonscription de Dakar et de ses dépendances, le chapitre 2 concernant les « mutualités d'adultes » du congrès de 1931 explique que les raisons de la création des différentes sociétés de secours mutuels se justifie par des regroupements sur « l'origine ethnique » (voir l'exemple guinéen plus bas) et la « communauté d'emplois ». Pour les premières, le rapporteur évoque une cotisation mensuelle de 10 francs mais précise la précarité de ces sociétés car « malgré tout l'existence de ces divers groupements reste précaire particulièrement à cause de l'indigence générale ». L'un des buts indiqués est l'assistance en cas de perte d'emploi pour cause de maladie, en plus de celles concernant les décès, la participation aux frais de funérailles ou le rapatriement des « sociétaires indigents dans leur pays d'origine ». En revanche, « les résultats obtenus sont réels et encourageants » pour les sociétés qui regroupent des personnes selon une communauté d'emploi. On évoque notamment une mutuelle des secrétaires et des employés municipaux où « il ne s'agit plus exclusivement d'autochtones » puisque tous les employés de la commune, qu'ils soient européens ou indigènes adhèrent à la société. Mais aucun chiffre n'est fourni à l'appui de cette efficacité différente, on ne peut donc pas pousser l'analyse plus loin. Mais la

création d'une société de secours mutuels n'est jamais évidente, ni facilement autorisée par l'administration comme en témoigne le cas de Rufisque (encadré 20).

-20-

***Le parcours du combattant pour une société de secours mutuels
d'anciens combattants à Rufisque entre 1927 et 1929***

En 1929, une série de correspondances montre que l'administration discute de la demande de création de Da Costa, commerçant à Rufisque, d'une société de secours mutuels entre les anciens combattants tirailleurs sénégalais de l'AOF. Si les fonctionnaires français comprennent qu'ils ne peuvent juridiquement pas s'opposer à la création de cette société au regard de la loi du 1^{er} avril 1898, ils échangent de nombreuses lettres très précises pour expliciter le besoin de revoir de nombreux articles des statuts proposés par l'initiateur. Le processus bureaucratique est même assez long, puisque Da Costa a fait sa demande le 5 novembre 1927 et que l'administration lui a demandé des changements le 5 août 1928 et que le Gouverneur du Sénégal, nouvellement nommé, a écrit en août 1929 au Gouverneur général pour obtenir son avis sur cette demande. En outre, dans le dossier, en plus du projet des statuts qui ont dû être remaniés par Da Costa, on trouve un rapport d'enquête du commissaire de police et une lettre, avec un avis défavorable, du délégué de Rufisque. Accepter que des « indigènes » se regroupent dans une société de secours semble tellement délicat que le Gouverneur du Sénégal ne souhaite pas prendre de décision sans l'avis du Gouverneur général. Les archives ne nous permettent pas de savoir si l'autorisation de création a été donnée. On ne retrouve pas cette société dans la liste présentée en 1931.

Il n'est pas évident de disposer d'un inventaire précis des sociétés de secours mutuels qui s'intéressent à la prise en charge maladie à cette période. Les données sont éparpillées et l'on comprend aussi les défis administratifs (et politiques) de leur création.

Selon la *Revue de la Solidarité coloniale*¹, il existe une seule société (*a priori* une mutualité maternelle) au Sénégal² au 1^{er} janvier 1911 (deux à Madagascar et deux en Guyane). La revue avance que « les premières sociétés coloniales datent de 1906 », mais elle n'en dit pas plus. Comme seule la mutualité maternelle est évoquée pour le Sénégal, on peut donc émettre l'hypothèse qu'aucune mutuelle pour les adultes n'existe en 1911. La société pour les enseignants évoquée par Gamard en 1905 n'aurait donc pas vu le jour. La première société aurait été approuvée le 30 août 1915 pour indemniser et soutenir les « femmes en couches ». Entre 1915 et 1922, huit sociétés de secours mutuels ont été approuvées par l'administration pour la colonie du Sénégal (tableau 22). Mais le nombre de participant·e·s reste très faible.

Nom des sociétés	Date d'approbation	Nombre de participant·e·s
Association des agents du Cadre Général des P.T.T. de l'AOF	30-08-1915	129
Association amicale et professionnelle des agents du cadre européen des imprimeries officielles de l'AOF	19-01-1918	50
Union amicale des indigènes sénégalais	19-03-1918	121
Société de secours mutuels Foulah	25-08-1921	32
Mutualité familiale du Sénégal	11-07-1921	130
Association mutuelle des employés et secrétaires municipaux de Dakar	01-09-1922	53
La Fatikaise (Fatick)	01-04-1920	60
La Fraternité sénégalaise (Saint-Louis)	15-03-1922	59

Tableau 22 : Les sociétés de secours mutuels autorisées au Sénégal au 27 août 1923

Ces sociétés semblent regrouper des ressortissant·e·s ou des professions, mais nous n'avons pas trouvé de détails sur chacune d'elle. Elles sont majoritairement implantées à Dakar et on ne sait pas si elles sont ouvertes aux « indigènes ».

Dans un tableau qui semble dater de 1923, la liste de quatre sociétés de secours mutuels de la Guinée, approuvées par l'administration est présentée. Toutes situées à Conakry, elles disposent de seulement 151 membres adhérent·e·s à elles quatre. On y retrouve l'« Association amicale et professionnelle des agents du chemin de fer de Conakry au Niger »,

1. Le premier numéro est daté du 1^{er} janvier 1913.
2. La mutualité maternelle de Paris a été créée en 1891 par M. Poussineau.

la « Société de secours mutuels des Hauts Guinéens et Soudanais », la « Société générale de secours mutuels indigènes de la Guinée française » et enfin la « Société sénégalais » (sic), preuve qu'il existe des regroupements fondés sur « l'origine ethnique », comme indiqué précédemment. La Haute-Volta disposerait à cette époque de plusieurs mutuelles scolaires, mais seule la « Mutualité familiale du Sénégal » est mentionnée pour l'AOF lors de l'exposition coloniale nationale de Marseille (Heller, 1922).

Un bordereau d'envoi des pièces adressées au lieutenant-gouverneur par le directeur du cabinet Spitz, le 17 septembre 1923, présente une liste regroupant la totalité des membres des sociétés de secours dans les différents territoires de la colonie (tableau 23). On constate donc un total de 4 293 sociétaires pour l'ensemble des huit pays. Ces chiffres sont très loin des 46% de la population de la métropole qui bénéficie d'une couverture sociale après les lois de 1928-1930, montrant les priorités coloniales. En 1920, 15% de la population de la métropole est couverte par un système collectif dont 58% par les sociétés de secours mutuels, les autres par les systèmes non contributifs de gratuité des soins (Domin, 2019). Dreyfus (2008) explique même qu'en 1848, la France comptait environ 250 000 mutualistes!

Sénégal	1 226
Guinée	589
Côte d'Ivoire	593
Dahomey	459
Soudan	659
Haute Volta	305
Mauritanie	255
Niger	207
Total	4 293

Tableau 23 : Nombre de membres des sociétés de secours par territoire en 1923

Le Sénégal est toujours privilégié par rapport aux autres territoires de l'AOF (voir l'introduction) et le tableau du 27 août 1923 montre que les huit sociétés totalisent seulement 634 membres (sans mention du genre) dont la plus importante est la « Mutualité familiale du Sénégal »

avec 130 membres. Le nombre proposé par Spitz est donc le double de celui du tableau signé par le Lieutenant-Gouverneur à Saint-Louis. La différence s'explique peut-être par le fait que ce dernier concerne la « Colonie du Sénégal » et donc sans inclure la circonscription de Dakar et ses dépendances³?

Le compte rendu du 5^{ème} congrès de la Mutualité coloniale, organisé à Rabat du 19 au 22 avril 1927, note la surprise de ne plus voir mentionné dans les rapports la possibilité pour la Mutualité familiale du Sénégal d'obtenir l'approbation du Gouvernement (Gamard, 1927). Dans ce compte rendu, la liste des sociétés est un peu plus restreinte que celles trouvées dans les Archives de Dakar, mais la date de fondation de chaque société est précisée :

- La Corse, 1911⁴
- La Société de secours mutuels Foulah à Dakar, 1921
- L'Association mutuelle des employés et secrétaires municipaux de Dakar, 1922
- La Société amicale du Siné-Saloum à Kaolack, 1911
- La Solidaire à Sokhone, 1925
- La Société de secours mutuels de Dagana, 1926
- L'Association Rufisqueoise, 1926

Le rapport ne donne aucune indication sur le nombre de membres de ces sociétés mais note que « on nous dit qu'ils ne manifestent que fort peu d'activités et ne constituent en fait que des velléités ». Ils visent quand même à apporter des secours de maladie, notamment.

En 1931, un document des Archives de Dakar relate l'existence de 11 sociétés de secours mutuels qui seraient autorisées dans les territoires de la circonscription de Dakar :

3. Les données de Spitz sont tirées d'un bordereau d'envoi manuscrit où l'on retrouve, ajouté au crayon de papier, un chiffre à côté du nombre d'adhésions. Pour le Sénégal, ce chiffre est de huit et quatre pour la Guinée... Ces chiffres correspondraient-ils au nombre de sociétés et cela confirmerait-il l'erreur du doublement des sociétaires?

4. Elle aurait été autorisée par le ministère du Travail en décembre 1910 selon le Bulletin des sociétés de secours mutuels du 11 janvier 1911.

1. La Société de secours mutuels Foulah;
2. La Mutuelle des Soussous;
3. L'Association musulmane de secours mutuels;
4. L'Union fraternelle sénégalaise;
5. La Mutuelle sénégalaise;
6. La Fraternelle du Cap Vert;
7. La Solidarité;
8. L'Association des pèlerins sénégalais;
9. L'Union soudanaise de l'abattoir;
10. L'Amicale des retraités militaires indigènes des régiments sénégalais;
11. La Mutuelle des secrétaires et employés municipaux de Dakar.

Ainsi, en 1931, la plupart des sociétés identifiées en 1923 ont soit disparu, soit changé de nom. Ou alors, ce sont les sociétés qui n'ont pas été identifiées parmi celles de la « Colonie du Sénégal ». Il n'est pas évident de trancher, car la Société de secours mutuels Foulah était déjà dans la liste de 1923 et au moins deux autres ont des noms proches. De plus, on se demande si l'administration est en mesure de recenser toutes les initiatives qui pourtant doivent obtenir leur autorisation pour exister. En outre, lors du Congrès de la santé publique et de la prévoyance sociale, au moment de l'exposition coloniale nationale de Marseille en 1922, l'intervention de l'administration pour le développement du mouvement mutualiste et social aux colonies est clairement préconisée par le Vice-président de la Fédération de la mutualité coloniale (Heller, 1922).

Par exemple, les statuts de la « Société guinéenne de secours mutuels », établie à Dakar, montrent qu'elle a été créée le 15 septembre 1920. Pourtant, elle ne figure sur aucun des tableaux de 1923 retrouvés dans les archives. La liste de ses 20 membres fondateurs est présentée à la fin de ses statuts composés de 45 articles. On ne retrouve pas non plus son nom dans la liste de 1931 pour la circonscription de Dakar. Serait-elle devenue la Mutuelle des Soussous? Sa création et le contenu de ses statuts ont pourtant donné lieu à de multiples échanges et vérifications entre son président, M. François-Auguste Diaye, et le Gouverneur général de l'AOF (sa lettre de commentaires sur les statuts de mars 1920 est composée de cinq pages!), ce dernier ayant également demandé l'avis en décembre 1920 et janvier 1921 (donc après la publication des statuts) au ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale à travers le ministre des Colonies. Les cinq personnes à l'origine de l'administration de la société de secours mutuels sont : M. Diaye qui est propriétaire et

transitaire, chevalier de l'étoile N du Bénin, M. Raphaël Touré qui est imprimeur en chef de la grande imprimerie AOF, M. Cyprien Yémis qui est typographe de cette même imprimerie, M. David Laurence qui est commis à la mairie et M. Albert Condé qui est infirmier à l'Hôpital indigène. La société s'adresse uniquement aux originaires de la Guinée française présent-e-s en AOF, mais aussi aux personnes ayant habité la Guinée ou ayant des intérêts ou des relations de famille dans cette colonie. Comme les autres, l'un de ces buts est « d'accorder des secours aux membres participants malades ou blessés en cas de besoin urgent ». La cooptation est la clé pour devenir un membre, participant puisqu'il faut être présenté par deux membres de la société, être âgé-e entre 20 et 45 ans, avoir un « domicile de 3 mois, avoir été vacciné et revacciné » et avoir été reconnu-e valide par un médecin. Il n'est pas précisé le type de vaccin concerné, mais il est fort possible qu'il s'agisse de la variole. Les statuts indiquent que la société est en mesure de réaliser trois types de dépenses : i) les secours en cas de maladie et les frais de gestion; ii) les frais de funéraires et; iii) les secours au conjoint survivant et aux orphelins des membres décédé-e-s. Le trésorier a le droit de garder en caisse un maximum 1 000 francs et l'excédent doit être placé en bon de la Défense Nationale ou lorsqu'elles seront en fonction, à la Caisse d'Épargne. Les membres doivent payer un droit d'admission qui est fixé à 25 francs, et la cotisation mensuelle est de 5 francs. À l'article 30, il est précisé que :

On est donc là dans un objet social où la prise en charge des soins médicaux est parfaitement détaillée, et la personne reçoit une indemnité durant sa maladie. Un retard de trois mois dans la cotisation mensuelle entraîne l'impossibilité de percevoir ses droits. Comme en France à cette époque (Audrain, 2022), des exclusions sont également notées quant à la prise en charge dans le cas où les maladies résultent de « blessures reçues dans une rixe » ou pour des opérations de grande chirurgie. Les médicaments sont prescrits par le médecin de la société et délivrés par le pharmacien de la société également.

Le compte rendu général du 6^{ème} congrès de la mutualité coloniale, tenu à Paris du 28 au 30 septembre 1931, souligne les défis de la mutualité au Sénégal : « c'est parce que ces conditions [idées de prévoyance et éléments de cohésion pour réunion des individus isolés] ont manqué

au Sénégal que la Mutualité y est apparue tardivement et qu'elle n'y a guère pris corps que dans des organismes à caractère administratif ». Le compte rendu rappelle que la loi du 1^{er} avril 1898, validée en AOF par le décret du 17 janvier 1902, a permis la création d'une dizaine de sociétés de secours mutuels au Sénégal. Mais les rapporteurs expliquent qu'aucune « ne mérite une mention spéciale, les unes et les autres n'offrant qu'un mince intérêt tant en raison du petit nombre de leurs adhérents qu'en raison de leur faible activité ». Aucune des sociétés listées dans le compte rendu du 5^{ème} congrès ne sont présentées, sauf « la famille de Dakar » mais dont la faiblesse d'effectif est rappelée. Le rapport note cependant la présence à Dakar de nombreux indigènes « des diverses colonies du groupe » venus chercher un emploi et qui organisent « des groupements par race ou par religion ». Mais les services qu'ils rendent « ne sont pas aussi important qu'il conviendrait à raison de la modicité des cotisations consécutive aux faibles ressources des adhérents ». Encore une fois, nous sommes dans la permanence des défis si l'on se réfère à la situation contemporaine des mutuelles de santé au Sénégal où seulement 4% de la population est couverte par une mutuelle de santé communautaire en 2023. On comprend qu'au Soudan, à cette époque, seulement deux sociétés de secours mutuels existent, l'une des originaires des quatre communes du Sénégal (créé en 1926) et l'autre, l'association de secours mutuels et de prévoyance des employés du commerce indigène du Soudan Français fondée en 1930. Comme précédemment, le rapport note le regret de ne pas avoir pu rendre obligatoire l'adhésion à la mutualité et des échecs en AEF (encadré 21). Au Niger, il ne semble pas exister de sociétés de secours mutuelles tandis qu'au Togo, deux sociétés seraient en place, l'une pour les européens et l'autre pour les indigènes. En Côte d'Ivoire, l'expérience de la Mutualité est dû à l'initiative de l'Administration, qui semble satisfaite car « dès le début on croyait à un obstacle infranchissable: c'était l'esprit franchement individualiste des noirs ». Mais nous ne disposons d'aucune donnée objective pour justifier ce satisfecit.

Échec des caisses de prévoyance en AEF en 1912 et 1913

En Afrique équatoriale française, des arrêtés ont prescrit au travailleur de confier leurs économies à des caisses de prévoyance qui n'ont pas tenu longtemps. Les caisses de Brazzaville et de Libreville ont été liquidées en 1912 et celle de Bangui en 1913. Le rapport explique que la liquidation de la caisse de prévoyance de Brazzaville s'explique, d'une part, par le fait que les « indigènes » qui effectuaient leur versement oubliaient de réclamer leur pécule lorsqu'ils quittaient la colonie, et, d'autre part, « l'indigène chargé de la caisse s'étant aperçu du désintéressement de ses compatriotes s'appropriant leur pécule ». Ainsi « l'essai ne fut plus renouvelé ».

Le 21 novembre 1931, un article est consacré à la « mutualité en AOF » dans le quotidien de Dijon, *Le Bien Public*. Il précise que les sociétés de prévoyance en brousse sont contrôlées et organisées par l'administration. Cet article, signé par une personne anonyme (dont la signature est X.X.X.), ne fait aucune mention de la couverture du risque maladie et évoque longuement une mutuelle de musique dans des villages de Côte d'Ivoire ayant permis l'achat de casques de pompiers et des cloches d'église.

Dans un bordereau récapitulatif (536 AP/I) des pièces adressées au Gouverneur général de l'AOF, le 18 février 1938, la liste des dossiers permet de comprendre l'existence de sociétés de secours mutuels dès 1909 à Conakry. La liste évoque la « Société de secours mutuels du Noréah » à Conakry en 1909, les Sociétés de secours mutuels du personnel des cadres locaux du Dahomey en 1917, la « Société guinéenne de secours mutuels » en 1921, et au Sénégal, la Société de secours mutuels à Rufisque en 1929 (est-ce celle dont on n'a pas retrouvé l'autorisation de fonctionnement dans l'encadré 20?). Dans la liste des dossiers, nous trouvons le projet de création des sociétés indigènes d'assurance mutuelle contre la maladie en Côte d'Ivoire en 1935, que nous avons déjà évoqué précédemment et qui semble la première réflexion sur la prise en charge médicale menée en Côte d'Ivoire. En 1943 est autorisée (1088/BPA) la création d'une association dite « Mutuelle du Soudan » qui résulte de la fusion de « l'Union soudanaise de l'abattoir » et de « l'Amicale des Soudanais ». Elle est autorisée à fonctionner à Dakar.

Mais les défis de l'organisation des sociétés de secours mutuels sont nombreux à cette époque. En 1931, l'auteur d'un rapport en préparation du congrès en appelle à la création d'une organisation « constituée à Paris » dans le but de chapeauter « les groupements coloniaux, de défendre leur intérêt commun et de les représenter auprès des pouvoirs publics ». Il précise que « la Mutualité coloniale est actuellement en sommeil », confirmant que peu d'avancées ont été réalisées depuis 1905. Un « organisme central secourait les énergies latentes, stimulerait les comités locaux, qu'il animerait d'une foi nouvelle et agissante ». Le rapport du Soudan sur le même sujet distille des évidences dans l'air du temps de l'époque sur ces défis : « il faut reconnaître que malgré les efforts persévérants de l'administration pour faire comprendre aux populations le but et les avantages des institutions de mutualité, la mentalité indigène reste encore peu accessible à de telles idées ». Comme en Guinée, on retrouve au Mali une société de secours organisée autour de personnes venant du Sénégal, mais pas de n'importe où et pour tous les « indigènes ». Elle a été créée en 1926 et se nomme la « Société de secours mutuels des originaires des quatre communes du Sénégal ». Le droit d'entrée est de 20 francs et la cotisation mensuelle est de 10 francs. Il n'existe qu'une seconde société de secours au Soudan français à cette époque. Créée en 1930, elle se nomme « l'Association de secours et de prévoyance des employés de commerce indigènes du Soudan français ». Le rapport annonce que leur but est l'entraide entre leurs membres « en cas de maladie ou de décès ». Comme aujourd'hui au Mali (Touré, Boivin, Diarra, Diabaté & Ridde, 2023), le rapport éclaire les défis de ces deux mutuelles : « le champ d'action de ces deux sociétés se trouve limité par l'insuffisance du nombre de ses membres et le peu d'importance de ses ressources ». Mais le rapport n'en dit pas plus. L'incapacité des populations locales à faire preuve de prévoyance est également mis en avant dans un rapport non daté, mais probablement de 1930 ou 1931, concernant l'état des lieux de la Mutualité au Sénégal. Si les « indigènes » disposent d'un sens de la solidarité et d'un esprit de famille, « l'idée de Mutualité » ne semble pas encore ancrée, selon l'auteur de ce rapport qui explique que ce sont les conditions sociales qui rendent difficile la création des mutuelles, suivant ainsi l'analyse du début de siècle, et que les rares qui existent n'ont « pris corps que dans des organismes de caractère tout administratif ». Et il ajoute un élément intéressant, en lien avec la nature exogène des processus de création des mutuelles par la coopération internationale des années 1990, en précisant que « ce sont en fait des créations de l'autorité administrative », à l'image du

développement coopératif contractuel agricole à la même époque (Develtere, 1998), surtout dirigé pour protéger les coloniaux ou parfois, comme pour la protection sociale de l'élite indigène (Vuarin, 2000). Comme précédemment concernant les 11 sociétés de secours, l'auteur explique que « tout au plus » une dizaine de sociétés de secours mutuels sont présentes au Sénégal mais que « aucune ne mérite une mention spéciale, les unes et les autres n'offrant qu'un mince intérêt tant en raison du petit nombre de leurs adhérents, que pour leur faible activité ».

Bien que les sociétés indigènes de prévoyance n'étaient pas vraiment concernées par la santé, il est utile de rappeler le caractère coercitif au cœur de cette imposition coloniale vers 1919, car elles « furent plutôt une transition entre une Mutualité coutumière trouvée sur place et marginalisée, et une Mutualité moderne calquée sur le modèle occidental et qu'on cherche à imposer » (Sow, 1983).

En mai 1923, le lieutenant-gouverneur de la Côte d'Ivoire, en préparation au congrès de la mutuelle coloniale, rédige une lettre dans laquelle il explique qu'il n'existe aucune institution de prévoyance sur son territoire, donc aucune société de secours mutuels ou d'assurance mutuelle de la colonie. Pourtant, pour en faire la promotion, une circulaire 455 du 24 décembre 1913 avait été adressée par le gouverneur à tous les administrateurs des cercles. Elle préconisait l'organisation de sociétés indigènes, notamment dans le but de venir en aide aux sociétaires « en secourant ceux d'entre eux atteints par la maladie ou les accidents ». Le gouverneur donne des raisons à cette absence, notamment le fait que la guerre a imposé des obligations plus urgentes, mais aussi qu'il n'y a pas eu suffisamment de fonctionnaires pour l'administration locale. Puis, il poursuit l'analyse culturaliste de l'époque, en écho aux discussions précédentes : « les populations de la Côte d'Ivoire sont encore très arriérées et dans toute la zone forestière, elles vivent encore à l'état primitif ». Ainsi, continue le gouverneur, « ce n'est pas encore à ces farouches individualistes que l'on pourra inculquer l'idée de l'entraide et de la solidarité ».

Il existe, cependant, en Côte d'Ivoire, des mutuelles scolaires qui n'avaient pas d'existence légale avant une circulaire du gouverneur Ponty en 1913. En 1923, 33 mutuelles scolaires sont identifiées, comprenant 2 551 sociétaires. En 1922, leur recette globale est de 20 918,27 francs et elles disposent d'une réserve de 9 820,66 francs.

Il y a eu aussi des tentatives de mutuelles scolaires à Dakar (encadré 22).

Des mutuelles scolaires à Dakar en 1931

En 1931, Calvayrac, inspecteur par intérim des écoles, mentionne l'existence de deux mutuelles scolaires à Dakar (avenue Faidherbe et Médina), alors que la circonscription de Dakar compte sept écoles de garçons (il ne mentionne pas l'existence d'écoles de filles). L'inspecteur signale par ailleurs qu'une troisième mutuelle scolaire devrait voir le jour très prochainement à Thiaroye. L'existence de ces mutuelles scolaires est pourtant salutaire car, selon l'inspecteur, elles permettent de donner « une leçon pratique de solidarité et de prévoyance ». Cette citation met en exergue la permanence de cette vision coloniale d'éduquer les « indigènes ». La mutuelle de l'école de l'avenue Faidherbe a été fondée en 1912 puis dissoute en 1921 et de nouveau créée en 1923. Ses revenus sont tirés du produit de la vente de légumes, de fruits et de fleurs cultivées dans son jardin. En juillet 1930, la mutuelle disposerait en caisse d'un montant de 2 683,70 francs. Quant à la mutuelle scolaire de Médina, elle date du 1^{er} juillet 1918, mais ses statuts n'ont pas été approuvés par un arrêté au moment de l'écriture de ce rapport de 1931. Ses revenus proviennent de la vente des produits du jardin et elle disposerait d'un avoir de plus de 40 000 francs. Le jardin est en effet l'élément central de fonctionnement de ces mutuelles scolaires dont les légumes mis en culture par les élèves sont vendus (au profit de l'achat de vêtements ou de livres pour les « sociétaires nécessiteux »). En dehors de ces deux écoles à Dakar, huit autres disposent d'une mutuelle scolaire au Sénégal : Louga, Thiès, Tivaouane, Kaolack, Dagana, Podor, Ziguinchor et Sédhiou.

À la veille des indépendances, le Bureau international du travail affirme, devant le comité d'experts sur la politique sociale dans les territoires non métropolitains, que « [les] régimes d'assurance maladie sont relativement récents en Afrique et [qu']il faudra probablement un certain temps avant qu'ils puissent couvrir une grande partie de la population » (ILO, 1957).

Je conclus cette partie en reprenant l'analyse éclairante de Vuarin (2000) affirmant que la « politique sociale » coloniale :

va avoir le caractère restrictif que ce cadre et ce statut définissent : elle va directement bénéficier aux catégories sociales que la politique coloniale isole et « privilégie » et contribuer à

entretenir cet isolement et ce « privilège ». Il n'est donc pas étonnant que la sécurité sociale créée dans le prolongement de cette politique sociale ait ce caractère restrictif, voire élitiste, et que sa revendication par l'ensemble de la population n'ait jamais été effective. Ce fait atténue la force de l'argument économique qui explique exclusivement sa faible extension actuelle dans l'étroitesse du salariat. (p. 48)

Kitts (2024) a fait le même constat pour l'Algérie des années 1853-1914, en montrant que le développement mutualiste s'est cantonné aux « sphères de la notabilité locale et du personnel de l'administration coloniale » (p. 156), le nombre de représentants arabo-musulmans restant marginal dans les instances locales.

La partie suivante, avant la conclusion de l'ouvrage, propose une comparaison des données concernant le Sénégal avec les autres territoires de l'AOF, et parfois plus largement avec les territoires colonisés par la France ailleurs dans le monde, pour montrer combien la financiarisation de la santé s'est développée partout.

VI - UNE FINANCIARISATION COMPARABLE DANS LES AUTRES TERRITOIRES DE L'EMPIRE

Introduction de la sixième partie

Que retenir?

Dans cette partie, je montre que les mêmes approches mises au jour pour le Sénégal se retrouvent ailleurs en AOF et dans les territoires de l'Empire français. La présence de la financiarisation de la santé est donc globale, y compris à cette époque. Les archives confirment qu'elle s'est développée dans de nombreux pays de la planète au cours de la période coloniale. Elle a poursuivi son emprise sur nos systèmes de santé jusqu'à maintenant.

Il est toujours délicat de conclure une histoire aussi longue, surtout face aux défis permanents de disposer de sources fiables, détaillées et corroborées par des spécialistes de l'époque (Fauvelle-Aymar, 2022). L'analyse que je propose dans cet ouvrage, sans être produite par un historien, cherche cependant à contribuer modestement à cette histoire originale. J'ai fait tout mon possible pour m'assurer de la validité des sources et des données, ainsi que tenter d'assembler les pièces du puzzle comme le propose Fauvelle-Aymar (2022). En outre, me concentrant sur des aspects presque uniquement financiers, j'ai pris un peu de distance avec les défis des analyses historiques sur les maladies ou le recours aux soins où il faut employer les archives coloniales avec prudence tant elles sont remplies de biais idéologiques, culturels et racistes (Ngalamulume, 2012). Mais j'ai pu aussi confirmer combien les biais culturels, pour ne pas évoquer le racisme de l'époque (Peiretti-Courtis, 2021) étaient aussi incorporés, non seulement dans les corps (Fassin, 2006), mais aussi dans la comptabilité, les finances, la prévention, la perception du risque ou de la solidarité, à l'image de tous les empires coloniaux (Frémeaux, 2012; Vrooman, 2023). Il n'y avait évidemment aucune raison d'en douter, mais cette étude permet de le montrer dans un champ encore peu exploré et confirme donc l'ampleur et la profondeur des préjugés à l'égard des Autres. Nous verrons dans cette dernière partie de l'ouvrage que les

choix de l'époque coloniale semblent perdurer à propos des instruments financiers des systèmes de santé et donc des catégories sociales. Cette permanence de l'héritage colonial s'inscrit, encore aujourd'hui, dans la perpétuation des catégories « raciales » ou racialisées lors des soins, comme au Burkina Faso (Belaid, Cloos & Ridde, 2017) ou des pratiques de recherche en santé mondiale (Quashie, 2019; Ridde, Fillol, Kirakoya-Samadoulougou & Hane, 2023).

Pour l'Afrique de l'Ouest, au moins quatre thèses sur les politiques de santé durant la période coloniale au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Togo confirment mon analyse sur le manque de financement pour le secteur de la santé (Alonou, 1994; Domergue-Cloarec, 1986; Hien, 2022; Touré, 1991). En outre, deux récentes études sur l'Algérie confirment aussi parfaitement la tendance de mes résultats (Clark, 2021; Kitts, 2024) que je mettrais en perspective dans cette dernière partie de l'ouvrage.

Entrons maintenant dans le détail de la présence des instruments de financiarisation des soins dans les autres pays de l'Empire français, et au-delà. Il ne s'agit évidemment pas d'écrire un nouvel ouvrage sur ces sujets pour chacun des pays concernés (ce qui devrait être entrepris dans de nouvelles études), mais de fournir quelques exemples empiriques pour confirmer la circulation de ces idées et donner du crédit à l'hypothèse d'une généralisation de la financiarisation durant la période coloniale.

Les patient·e·s payent aussi ailleurs en AOF

Un arrêté du 30 juin 1926 signé par Maurice-Pierre Lapalud, Gouverneur de la **Côte d'Ivoire**, réglemente le fonctionnement des ambulances du service local. Ainsi, dans les ambulances de deuxième catégorie, les malades, européen·ne·s ou africain·e·s, reçoivent des soins médicaux mais ne sont pas nourri·e·s. Cependant, « si un malade (européen ou indigène) se trouve dans l'impossibilité absolue de s'occuper des détails de son entretien, l'établissement assure la nourriture ». En effet, dans les ambulances de première catégorie, les malades sont nourri·e·s. L'arrêté stipule que les Européen·ne·s peuvent être admis·e·s dans les ambulances du service local, mais « à charge pour eux ou leur répondant de rembourser les journées de traitement », s'ils et elles ne sont pas fonctionnaires ou militaires. Les personnes indigentes, qu'elles soient européennes ou africaines, sont aussi prises en charge par le budget local une fois l'indigence constatée par l'administrateur du cercle. Un fait nouveau à relever dans cet arrêté est qu'il est stipulé que « les infirmières et infirmiers européens et indigènes ont le droit d'être traités gratuitement; aucune retenue n'est faite sur leur solde ». C'est la seule fois que j'ai trouvé cette mention dans les archives de l'AOF. On apprend également dans l'article 26 de cet arrêté qu'aucune retenue sur la solde ne sera réalisée pour un chef de famille lorsque ses enfants de moins de trois ans sont hospitalisés en même temps qu'un ou plusieurs membres payant de leur famille. L'article 7 explique que les personnes qui ne sont pas membres des administrations civiles ou militaires et qui vont donc payer à leurs frais leur hospitalisation ne peuvent être admises que si elles ont payé, au préalable, « entre les mains du médecin-chef », une provision (équivalant au nombre de jours probables dans la limite d'un maximum de 15 jours, régularisée à chaque fin de période). Ainsi, tant que ce versement n'est pas effectué, la personne malade ne peut être admise dans l'établissement. Cependant, en cas d'extrême urgence, la personne malade est admise à « titre provisoire » et des procédures sont enclenchées pour une imputation budgétaire ou un remboursement par « précompte des frais d'hospitalisation ». Cet arrêté permet également d'en savoir un peu plus sur la manière dont les remboursements des

journées d'hospitalisation étaient réalisés en Côte d'Ivoire à cette époque. Ainsi, le bureau des finances est chargé de suivre le remboursement. Le médecin-chef de l'ambulance doit adresser chaque trimestre au chef du service de santé des feuilles nominatives décomptées en « triple expédition ». Ce chef du service de santé va en vérifier l'exactitude, puis il les transmet en communication pour visa au chef de corps ou de service, qui les fait ensuite parvenir au chef du bureau des finances. À la fin de chaque mois, le médecin-chef va devoir verser au « trésor ou à l'agent spécial du lieu » le montant des journées de traitement payées par les particulier-e-s au cours du mois.

Au Togo, un rapport de 1928 confirme la gratuité des soins et des médicaments dans le cadre de l'AMI, sauf pour les « étrangers » qui devaient rembourser les médicaments et pansements. Il semble que les officiers, sous-officiers, soldats et fonctionnaires aient eu le droit de prendre des médicaments dans les hôpitaux mais « à charge de remboursement ». Cependant, comme au Sénégal (et à Madagascar, voir plus loin), une taxe « frappant les Autochtones » permettait de financer l'AMI. Cette taxe AMI¹, dont on peut penser qu'elle était appliquée de la même manière qu'au Sénégal, y avait été instituée dès 1926, donc avant le Sénégal (voir la troisième partie). Elle était de 12 francs en 1926 pour les personnes ayant un traitement de moins de 1 000 francs et de 55 francs pour les autres. En outre, les personnes hospitalisées et disposant d'un salaire, y compris les « agents indigènes », subissaient une retenue sur salaire par journée d'hospitalisation.

Au **Niger** en 1937, l'arrêté 1172 publié au Journal officiel fixe les tarifs des consultations. Le prix de la visite chez un médecin libre est de 25 francs, alors que pour un médecin fonctionnaire diplômé d'État, il est de 15 francs. Cela confirme donc la présence, dès cette époque, d'une pratique privée de la médecine et de tarifs différenciés. Les tarifs sont même augmentés de 50%, lorsque les consultations sont réalisées en dehors des heures officielles. Il est aussi expliqué que les honoraires des médecins fonctionnaires doivent être reversés au « budget supportant le solde du médecin ». L'arrêté ne précise pas si une ristourne est prévue pour le médecin.

1. Il existait aussi une taxe d'hygiène instaurée en 1926, comme au Sénégal.

En **Côte d'Ivoire**, le rapport médical annuel de 1943 précise que les centres d'hébergement (offerts aux femmes en milieu rural pour attendre leur accouchement), de protection maternelle et infantile sont payants. Entre 1949 et 1955, les hospitalisations payantes ne représenteraient jamais plus de 20% des patients. En outre, le financement de Paris (budget général) reste toujours moindre que les budgets locaux dédiés à la santé.

Un autre dossier des archives de Dakar illustre une série de correspondances en 1949, montrant la volonté de l'administration coloniale de réduire ses dépenses et de faire payer la prise en charge de certain-e-s patient-e-s par d'autres (encadré 23).

-23-

Le rapatriement trop onéreux d'une Portugaise du Cap-Vert en 1949

Vega Marie, qui serait portugaise du Cap-Vert, est hospitalisée à l'Hôpital d'Abidjan depuis 1943. Elle serait atteinte de « troubles mentaux ». En 1949, une lettre est envoyée par la direction générale de la santé publique au consul du Portugal pour lui expliquer que « les frais d'hospitalisation de l'intéressée occasionnent au budget local une dépense annuelle de l'ordre de 80 à 100 000 francs ». Afin de « décharger le budget local d'une dépense aussi lourde », l'administration décide de renvoyer cette personne dans son pays d'origine. Cependant, dans les correspondances, l'administration n'omet pas d'expliquer qu'elle prendra en charge les frais de déplacement, même si le transfert de la Côte d'Ivoire au Cap-Vert semble assez compliqué à cette époque. Son voyage passera par Ziguinchor le 16 juillet 1949. Elle est accompagnée d'un infirmier africain. Dans les correspondances, on comprend même qu'il avait été décidé de l'évacuer en 1947 en direction de l'Ambulance du Cap Manuel au Sénégal, mais que cette dernière n'était pas en mesure de l'héberger et l'évacuation n'avait donc pas été possible. Les correspondances évoquent le fait que ce rapatriement cherche à « décharger le budget de la colonie des lourdes dépenses occasionnées par l'hospitalisation de l'intéressée ».

Au **Niger**, le rapport administratif de l'Hôpital de Niamey en 1945 signé par le médecin chef de l'hôpital, le commandant Hostier, a été trouvé aux Archives de Dakar. La catégorie des particulier-e-s à leurs frais (PALF) existe et elle concerne 928 journées pour les adultes dont huit en

première catégorie, 20 en deuxième et 900 en troisième, une distribution à l'image de celle de l'Hôpital de Saint-Louis au Sénégal. Les 3 291 journées d'hospitalisation prises en charge par le budget de l'AMI sont uniquement en quatrième catégorie. Les recettes totales de l'hôpital sont de 810 510 francs dont 166 180 provenant du budget de l'AMI (20%) et les PALF rapportent 97 934 francs (12%). À partir des données des rapports de quelques années (1945, 1948, 1949, 1950 et 1952; les autres manquent), j'ai été en mesure de reconstruire les calculs. Les rapports présentent les données pour les malades européen-ne-s (E), les malades africain-e-s (A), sauf en 1945 où ces dernier-e-s sont nommé-e-s des « indigènes chirurgicaux » concernant la période 1940 à 1952. Les patient-e-s européen-ne-s sont proportionnellement de moins en moins nombreux-ses. Les autres budgets prennent une part de plus en plus importante. C'est le cas notamment pour les recettes financées par l'AMI qui représentent presque un tiers en 1950 et 43% en 1952. En outre, en 1945 et 1949, la totalité des PALF sont des Européen-ne-s, alors qu'en 1948, 5,9% sont des Africain-e-s et en 1950, ces dernier-e-s représentent 23,4%. Cette variabilité laisse croire à l'absence de norme ou de logique à cet égard, alors que nous avons vu qu'à l'Hôpital de Saint-Louis, les Sénégalais-es étaient les principaux PALF. En 1954, les PALF représentent 3,9% des journées d'hospitalisation, alors qu'ils représentaient 5,9% en 1952 (dont 55% pour des Européen-ne-s) et 4,8% en 1951 (dont 56% pour des Européen-ne-s).

Dans le calcul des recettes du rapport de 1948 de l'Hôpital de Niamey, on note la présence de « cessions recouvrées au-dessus des frais de traitement au titre des interventions chirurgicales, analyses et examens aux particuliers à leurs frais » pour 11 909 francs. Ces cessions seraient donc des revenus obtenus en plus des montants des frais habituels. On voit également que les personnels de santé qui étaient nourris au sein de l'hôpital avait des retenues sur leurs salaires, soit 151 315 francs au total. Enfin, on constate que l'hôpital facturait les services religieux, 300 francs pour un enterrement simple et 500 avec « messe de Requiem ». En 1949, ce même type de recettes est présent, que ce soit pour les cessions (31 896 francs) ou pour les retenues sur la solde du personnel (87 720 francs). Il en est de même en 1950. En plus des messes, on constate des tarifs pour les cercueils variant de 26 082 francs pour un cercueil zingué adulte (pour le plus onéreux) à 6 960 francs pour le moins cher, celui des enfants de moins de cinq ans. Ces pratiques sont encore notées dans le rapport de 1950.

Dans le rapport de 1955, toujours de l'Hôpital de Niamey, les statistiques d'hospitalisation par nationalité entre 1949 et 1954 illustrent leur évolution (figure 5). Le rapport s'inverse à partir de 1946 où il passe de 1 à 13 en 1955. Cette même année, les PALF représentent 3,2% des budgets, le plus important étant celui de l'AMI Niger pour 41%, étant entendu que le rapport note dans son tableau de recettes des budgets AMI des autres territoires (dont le Sénégal pour 31 300 francs). Ainsi, ce qui avant était indiqué comme des budgets locaux deviennent des budgets AMI pour le paiement des hospitalisations des « indigènes » de ces territoires, ou des « indigent-e-s », on ne sait pas bien. Dans le rapport de 1954, la totalité des journées d'hospitalisation financées par les différents budgets AMI sont pour la quatrième catégorie qui représente 76% du total. Peut-on émettre l'hypothèse que pour payer l'hospitalisation des « indigènes », l'administration utilisait le budget de l'AMI? Quoi qu'il en soit, le rapport de 1954 montre une hausse des recettes totales de 8 millions en 1952 à 13 millions en 1953 et 30 millions en 1954.

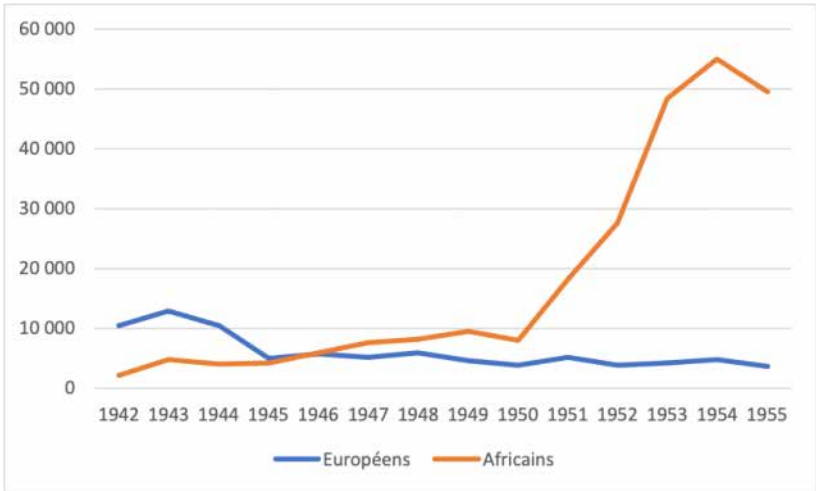


Figure 5 : Évolution du nombre de journées d'hospitalisation entre 1942 et 1955 à l'Hôpital de Niamey

Au **Soudan français**, actuel Mali, selon le médecin-major de première classe Suldey (1926), « l'attrance vers les dispensaires [de l'assistance indigène] puise (...) une grande part de sa force dans le fait que tous

les soins, y compris l'hospitalisation, sont entièrement gratuits » (p. 542). Son article évoque aussi la question du paludisme et de la gratuité du traitement disponible à l'époque, la quinine (encadré 24), débat très avancé en Indochine notamment.

-24-

Les défis de la gratuité de la quinine

Suldey (1926) note pour le Soudan français une « mortalité infime, grâce à l'usage obligatoire de la quinine préventive, distribuée gratuitement aux fonctionnaires, de la moustiquaire et de l'application des mesures anti-larvaires et anti-anophéliennes » (p. 538). Ceux qui ne seraient pas fonctionnaires n'auraient-ils pas droit à la gratuité de la quinine en prévention? Dans la Côte d'Ivoire voisine, où la quinine est aussi distribuée gratuitement aux fonctionnaires, « heureuse mesure que les médecins réclamaient depuis longtemps » (p. 329), les défis budgétaires justifieraient notamment ce choix centré sur les fonctionnaires : « Chez l'indigène, les prophylaxies médicamenteuse et mécanique sont difficiles à appliquer; il nous faudrait des quantités de quinine considérables, dont l'achat entraînerait des dépenses nullement en rapport avec le résultat à obtenir » (Bouffard, 1927 : 330). Mais Bouffard (1927) explique aussi que ce privilège de gratuité a été étendue « à tous les enfants métis de l'orphelinat de Bingerville et de Mossou, ainsi qu'à ceux qui sont encore avec leurs mères ». L'accès pour les « indigènes » n'est pas évoqué. Il semble que cette gratuité de la quinine pour les personnels civils et militaires, ainsi que leur famille, a été supprimée par la circulaire du 31 août 1932 pour « des raisons d'économie », mais rétablie avec la circulaire 14-4/S du 20 mars 1939 (*Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 1939, numéro 37).

À Kayes, le rapport du médecin-chef de l'Ambulance note, pour 1950, que les particulier·e·s (à leurs frais, bien que cela ne soit pas spécifié) ont consommé 358 journées d'hospitalisation, soit 0,5% du total, car on ne compte pas moins de 57 956 journées pour les « indigènes et assimilés ». Pour ces dernier·e·s, 76 journées de particulier·e·s sont notées, soit 0,13%, les autres étant financées par les budgets locaux (surtout celui du Soudan français) et non coloniaux (qui finance les dépenses des officiers, sous-officiers et soldats). En 1952 et 1953, toujours pour l'Ambulance de Kayes,

les PALF représentent respectivement 0,25% et 1,25% du total des journées dont la proportion la plus importante concerne les officiers. Le gradient social est toujours présent parmi les adultes hospitalisés (figure 6).

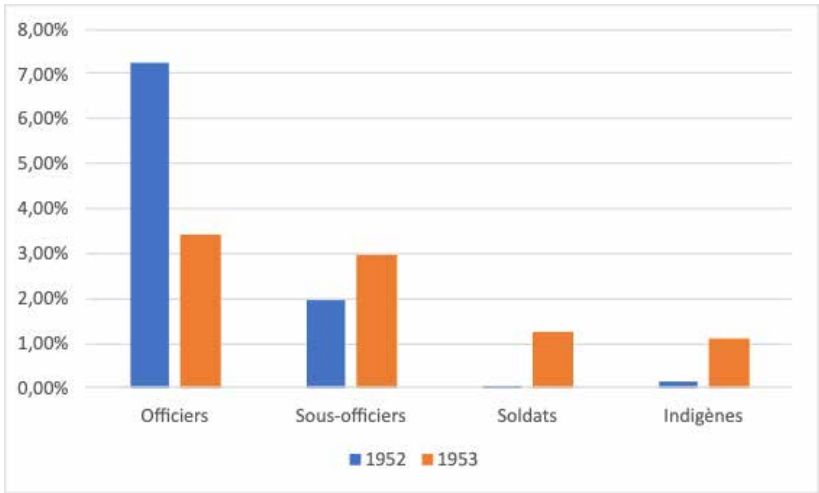


Figure 6 : Pourcentage de PALF selon les catégories d'hospitalisation en 1952 et 1953 à l'Ambulance de Kayes

En 1955, on note que les PALF représentent 5,5% des journées d'hospitalisation. Les catégories ne sont pas précisées selon leur ordre, mais la hiérarchie sociale demeure. La grande majorité concerne les « indigènes » avec 80% des journées.

	Officiers	Sous-officiers	Soldats	« Indigènes »
1950	35,94%	9,24%	7,33%	3,10%
1951	45,90%	11,82%	8,31%	3,76%
1952	41,40%	9,21%	9,90%	4,41%
1953	36,75%	5,10%	7,88%	3,23%
1954	34,28%	5,05%	4,84%	2,93%

Tableau 24 : Journées des PALF par rapport aux journées totales d'hospitalisation à l'Hôpital du Point G de Bamako entre 1950 et 1954 selon les catégories

En 1950, au Mali toujours, mais à l'hôpital du Point G de Bamako, les PALF représentent 6 838 journées d'hospitalisation, soit 5,9% du total. Les « indigènes » représentent la plus grande proportion de ces journées totales, soit 69,2% dont 3,10% à leurs frais. Comme à Kayes, le gradient social est évident. Plus on monte dans la hiérarchie sociale (militaire) de l'époque et plus les personnes paient directement leur hospitalisation. En 1950, alors que les officiers ne représentent que 25,29% de la totalité des journées d'hospitalisation des PALF, ils sont 35,94% à payer par rapport à la totalité des journées d'hospitalisation de cette catégorie reçue à l'hôpital. En 1954, la situation est la même, puisque les PALF représentent 4% des journées au total, mais seulement 2,9% pour les journées des « indigènes », alors que ces derniers représentent 78% du total des journées (tableau 24). Entre 1950 et 1954, les « indigènes » représentent entre 69% et 83% de l'ensemble des journées d'hospitalisation. Au Point G, si plus d'un tiers des officiers payaient leurs soins, c'est le cas pour moins de 3% des « indigènes ».

Cependant, si en moyenne sur la période concernée (1950-1954), seulement 3,5% des autochtones payaient leurs soins, plus le temps passe et plus ils et elles forment la majorité de ceux et celles qui payent, soit près de 60% en 1954 (figure 7).

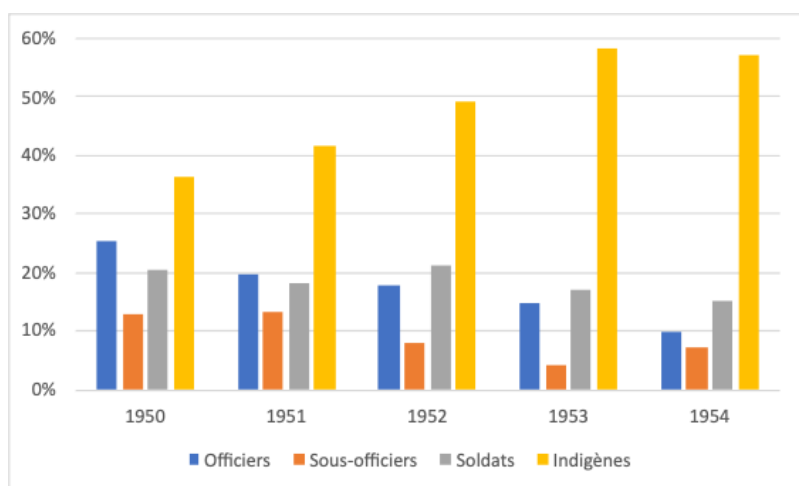


Figure 7 : Évolution de la part de chaque catégorie adulte au sein des PALF de 1950 à 1954

Comme à Niamey, on retrouve aussi à Bamako en 1950 des recettes provenant de cessions pour interventions chirurgicales, analyses et examens (261 576 francs, soit 20% des recettes), ainsi que pour des consultations externes (346 931 francs, soit 26,5% des recettes²). Le montant des cessions diverses est passé de 1,191 millions de francs en 1949 à 1,307 millions de francs en 1950. Les cessions pour les consultations externes sont passées de 16 631 francs en 1944 à 31 875 francs en 1945. Le rapport du point G en 1945 montre aussi des cessions pour des « aliments à la pharmacie » de 10 181 francs en 1944 et 35 870 francs en 1945, laissant donc penser à des ventes de médicaments.

En 1951, le compte des journées par budget montre une ligne « indigents » pour le « personnel à la charge du budget local Soudan ». Elle concerne 19 journées de soldats et 90 582 journées pour les « indigènes ». Dans les rapports de 1953 et 1954 du Point G, on constate la mention d'une prise en charge des indigent-e-s sur le budget local du Soudan, mais pour le financement des journées des « indigènes », ce qui montre encore la confusion des termes, puisque la colonne est bien titrée « indigents », mais qu'elle concerne les « indigènes ».

Les mêmes tendances se retrouvent aussi en **Côte d'Ivoire** à partir du rapport de la « situation administrative générale pour 1950 », signé par le médecin-lieutenant-colonel Pape, le 1^{er} juin 1951. À l'Hôpital d'Abidjan, 53% des journées de 1^{ère} catégorie sont pour des PALF, 29% pour la deuxième, 19% pour la troisième et 13% pour la quatrième. À l'Ambulance de Bouaké, la tendance est la même, mais comme nous sommes loin de la capitale, la répartition est un peu différente, soit 45% pour la première catégorie, 7% pour la deuxième, 4% pour la troisième, 1% pour la quatrième. En effet, à Bouaké, 77% des journées d'hospitalisation sont en quatrième catégorie, alors qu'elles représentent 60% à Abidjan. Confirmant la paupérisation du milieu rural de Bouaké, on n'y retrouve que 1% des hospitalisations en première catégorie, contre 5% à Abidjan. Les mêmes cessions sont aussi retrouvées, mais contrairement aux autres pays, on y précise les rubriques. Ainsi, on y constate des cessions pour les médicaments, les examens bactériologiques et cliniques, les soins dentaires, les radios et les consultations extérieures. Les examens

2. Ces recettes ne tiennent évidemment pas compte des subventions budgétaires (colonie, local) calculées selon le nombre de journées d'hospitalisation. Il s'agit, si l'on comprend bien, uniquement des recettes collectées localement en argent pour la vente de services (médicaux, mortuaires, alimentaires).

bactériologiques et les radios sont les actes qui rapportent le plus, sauf à Bouaké où elles ne sont pas pratiquées. L'ensemble de ces tarifs a été réglementé en 1949 par une délibération du Grand conseil de l'AOF lors d'une réunion d'octobre 1948 (arrêté général 4779). Ces tarifs avaient déjà été précisés dans le règlement du 2 août 1912. En 1955, à l'Hôpital d'Abidjan, les PALF représentent 47% des journées d'hospitalisation et près de 9 millions de cessions sont notées dans le rapport sur la situation administrative de cet hôpital. Les mêmes types de service qu'à Dakar donnent lieu à des cessions, dont la moitié pour les radiographies. La même année, mais à Treichville, les journées d'hospitalisation des PALF ne représentent plus que 17% du total, la grande majorité étant payée par le budget local de la Côte d'Ivoire (75%). À Bouaké, en 1955 aussi, les PALF ne représentent que 12% des journées d'hospitalisation. Le budget est lui aussi majoritaire (71%), mais contrairement aux deux autres hôpitaux, le rapporteur a indiqué que ce dernier budget concernait les fonctionnaires et les indigent·e·s. La pratique était-elle spécifique à Bouaké ou les autres rapports ont-ils omis de mentionner ce détail? Pourtant, dans le rapport administratif de Treichville en 1952, une ligne budgétaire est spécialement dédiée aux indigent·e·s, à partir du budget local, mais elle n'est pas associée aux fonctionnaires qui sont précisés dans une autre ligne. Ces indigent·e·s ne concernent pas moins de 42% du total des journées et les PALF 24%, ce qui reste important. Ainsi, concernant la place des PALF, les situations varient selon les villes et les pays en AOF, même si, de manière générale, les PALF semblent évidemment plus présent·e·s dans les grandes villes. Même si le travail récent de Vrooman (2023) sur la Côte d'Ivoire ne nous renseigne pas sur les PALF, il confirme les analyses précédentes sur la ségrégation subie par les « indigènes » et les inégalités dans la distribution des ressources. Il montre par exemple que les Européen·ne·s représentent 7,2% du total des personnes hospitalisées de 1931 à 1940, alors qu'ils et elles ne représentent que 0,4% des patient·e·s en ambulatoire. Vrooman confirme aussi l'hospitalo-centrisme du développement des services de santé, ce que Lasker (1977) avait aussi parfaitement analysé.

L'Ambulance de Ouagadougou semble avoir une fréquentation semblable en 1948. Le rapport du 22 mai 1948, signé par le Dr H. Rosec, montre que les PALF ont consommé 394 journées d'hospitalisation (soit seulement 1,13%) dont deux en première catégorie, 118 en deuxième catégorie et 274 en troisième catégorie. Contrairement aux autres pays, on note deux tarifs pour la quatrième catégorie, soit 100 francs pris sur le

budget colonial (donc des soldats?) et 50 francs payés par le budget local (Côte d'Ivoire à l'époque), ce dernier représentant 12 fois plus de journées (soit 29 125) que le premier.

Au **Dahomey**, de 1951 à 1955, on constate, comme ailleurs, des confusions entre « indigents » et « indigènes ». Dans les tableaux de « compte en journées », les indigent·e·s sont en très grande majorité noté·e·s dans la colonne des journées pour les « indigènes », mais quelques centaines de journées concernent aussi les soldats et les enfants européens (de 5 à 12 ans). Ainsi, 100% des « indigènes » sont catégorisés comme « indigents », de même que plus de 90% des enfants européens de 5 à 12 ans. Enfin, un pourcentage non négligeable de soldats sont considérés comme indigents.

Mais il existe aussi des PALF, notés « personnels des services traités à charge de remboursement. Particuliers à leurs frais ». La réalisation d'un tableau global à partir des rapports annuels est riche d'enseignements. La proportion des journées des PALF par rapport au total des journées semble en hausse pour l'hôpital et en baisse pour l'ambulance (tableau 25).

	Hôpital	Ambulance
1951	3,2%	9,9%
1952	2,0%	9,2%
1953	1,7%	5,0%
1954	7,4%	6,1%
1955	13,8%	3,9%

Tableau 25 : Évolution de la proportion des PALF par rapport au total des journées au Dahomey entre 1951 et 1955

Cependant, cette évolution est différente selon les catégories de personnes hospitalisées. Dans les deux structures, ce sont toujours, comme ailleurs, les officiers qui payent le plus directement les soins, mais ils sont beaucoup plus nombreux, proportionnellement, à l'Ambulance de Cotonou qu'à l'hôpital. Il semble cependant que les « indigènes » soient de plus en plus nombreux à payer les soins à l'hôpital, avec plus de 16% en 1955, tout comme les enfants européens de 5 à 12 ans (figure 8).

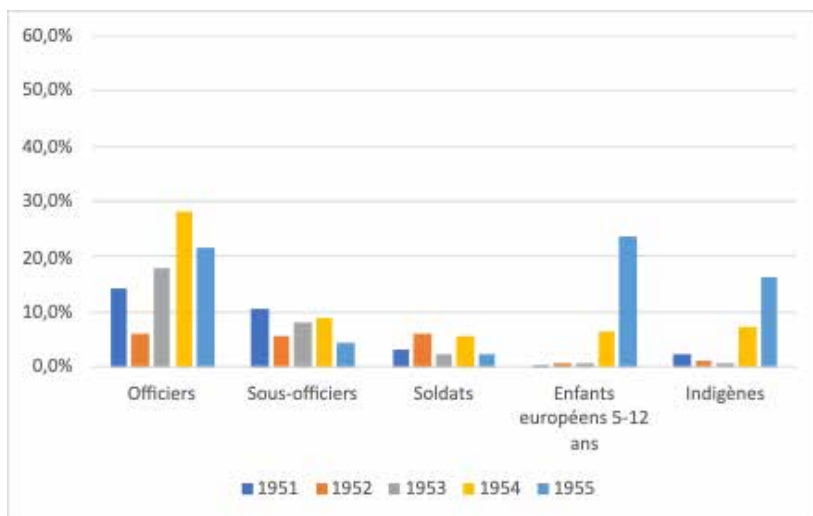


Figure 8.1 (Hôpital) : Pourcentage de PALF par catégorie de patient-e-s du Dahomey entre 1951 et 1955

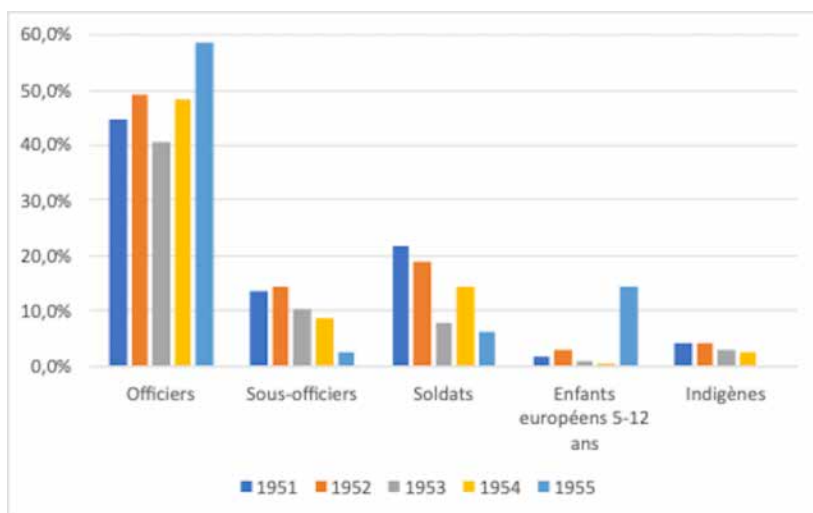


Figure 8.2 (Ambulance) : Pourcentage de PALF par catégorie de patient-e-s du Dahomey entre 1951 et 1955

On découvre une ligne « femmes et enfants à leurs frais » dans le formulaire que les administrateurs doivent remplir. Mais la ligne est toujours laissée vide ou remplacée par une écriture manuscrite pour ajouter un budget non prévu dans la fiche.

Les rapports permettent aussi de mesurer les différentes recettes de l'hôpital et de l'ambulance. Plus le temps passe, et plus les comptables précisent les recettes et certaines lignes étant partagées en plusieurs. Les radiographies ne sont facturées qu'à partir de 1955 et les médicaments à partir de 1954 (ils étaient peut-être intégrés dans la ligne « diverses cessions » avant). Les analyses et examens ne sont précisés qu'à partir de 1954 et avant les « frais payés par les particuliers en sus des frais de traitement » et les « consultations externes » étaient séparées, nous les avons regroupées dans les tableaux dans la ligne « consultations externes », pour faciliter la comparaison. L'augmentation des recettes est importante, passant de moins de 900 000 francs en 1951 à plus de 3 millions de francs en 1955. Les recettes augmentent plus vite que les journées de traitement, bien qu'elles soient fortement corrélées (0,91). Si les recettes ont été multipliées par 3,7 entre 1951 et 1955, les journées d'hospitalisation ont été multipliées par 1,4. Les consultations externes représentent 17% de l'ensemble des cessions sur la période, avec des variations selon l'année.

En **Guinée**, « un essai de remboursement des soins donnés aux indigènes désireux d'être traités en dehors de la consultation gratuite ou des salles ordinaires des malades » a été entrepris dès 1926. Il est notamment affirmé qu'une consultation payante pour les « indigènes » fonctionne régulièrement et avec satisfaction. Deux catégories de salles payantes ont été mises en place, l'une à 10 francs à l'Hôpital Ballay et l'autre à 5 francs par jour au dispensaire. En 1949, l'établissement de convalescence de Dalaba (en milieu rural éloigné) a reçu 1 058 PALF adultes et 861 enfants, ce qui représente au total 6,6% du total des journées. Le rapport administratif de 1952 montre que les PALF ne représentent que 1% du total des journées, le financeur principal étant le budget colonial. À l'Hôpital Ballay en 1955, le rapport de la situation administrative générale présente le même tableau budgétaire, mais en mettant l'accent sur les indigent-e-s, ce qui semble rare. En effet, après avoir présenté tous les budgets mobilisés, le rapport présente une récapitulation qui permet de constater que les indigent-e-s forment la plus importante clientèle. Les PALF représentent 44 374 journées, alors que les indigent-e-s 97 782, soit plus de deux fois plus. Si les PALF ont été essentiellement hospitalisés en deuxième, troisième et quatrième

catégorie à part presque égale (moins de 4% en première catégorie), seulement 859 sont notés en troisième catégorie et les autres (96 923) sont indiqués dans une colonne séparée, à droite du tableau. On ne sait donc pas s'ils ont été hospitalisés ou s'il s'agit d'un calcul des consultations externes de l'AMI. Cependant, on peut postuler qu'ils ont bien été hospitalisés, puisque c'est leur nombre total qui sert de calcul du « diviseur » pour le prix de revient. Pourtant, dans le rapport de 1952, cette sixième colonne ne concerne pas des catégories d'hospitalisation, mais l'AMI. Ainsi, en 1952, le budget dit « quartiers d'assistance (indigents) » finance 186 journées en troisième catégorie (donc aucune en quatrième) et 97 651 journées en AMI. Les PALF représentent 27% des journées de traitement. On en revient à l'hypothèse énoncée plus haut, de mobilisation des budgets AMI aussi pour les hospitalisations (certainement donc pour les « indigènes » hospitalisé-e-s dans les « quartiers d'assistance »). À l'Hôpital Ballay en 1955, les recettes proviennent des mêmes services qu'ailleurs, majoritairement de la radiologie et des interventions chirurgicales, pour un total général de 3,6 millions de francs (dont seulement 3 165 francs pour les médicaments).

Un gradient social (racial?) est appliqué par tous les hôpitaux de l'AOF pour les calculs du prix de revient par catégorie de malades. Le coefficient multiplicateur (du nombre de journées) est de deux pour un officier, 1,5 pour un sous-officier, un pour un soldat et 0,5 pour les « Africain-e-s » et enfants (coefficient aussi retrouvé au Dahomey). Africain-e-s et enfants ont donc droit au même coefficient, situé en-dessous de celui du soldat. Ainsi, par exemple, en 1950 au Point G à Bamako, comme les « indigènes » sont plus nombreux à être hospitalisé-e-s, mais que leur coefficient est moindre, le nombre total de journées de l'hôpital passe de 115 996 à 84 313 par la seule loi du nombre. L'administrateur va par la suite diviser les dépenses annuelles par ce nombre réévalué (réduit), pour estimer le prix de revient moyen, dans ce cas, 281,66 francs. Ainsi, des échanges épistolaires administratifs en 1953 montrent que le médecin-général directeur général de la santé publique se plaint des prix de revient calculés par le directeur local de la santé du Niger et ajoute une note manuscrite sur la lettre où ce dernier tente de le convaincre : « nullement convaincant, c'est tout de même trop cher ». Une autre note manuscrite stipule : « les chiffres ne sont pas en concordance avec la situation administrative ». On constate donc le souci constant du contrôle et de la réduction des coûts. Une correspondance (3671, 8 octobre 1952) du colonel Sanner, alors directeur du service de santé de l'AOF à Dakar,

envoyée au médecin lieutenant-colonel de la Haute-Volta, se plaint aussi des coûts, notamment de la différence du prix de revient entre l'Ambulance de Ouagadougou et celle de Bobo-Dioulasso. De plus, il affirme ne pas être en accord avec la demande d'augmenter le prix de remboursement, bien qu'il dise que « une augmentation des ressources ne peut être escompter que sur ces budgets ou les particuliers », mettant donc en avant aussi le paiement direct comme moyen d'augmenter les financements. Mais revenons au Niger où le médecin Clerc, directeur de la santé publique, a fait rédiger une note de 9 pages (14 novembre 1953) dans laquelle le docteur Mathurin, directeur de l'Hôpital de Niamey, décrit ses coûts. Il y explique les défis de l'application des coefficients dans un contexte où « l'énorme proportion des malades de la quatrième catégorie – malade AMI » fait en sorte que « affectées de leur coefficient respectif, ces 31 040 journées n'en donnent plus... (sic) que 22 066 ». Il y ajoute : « or dans la réalité les malades de la quatrième catégorie ne coutent pas 4 fois moins que ceux de la première catégorie – 3 fois moins que ceux de la deuxième catégorie, etc. ». Mais ensuite, il précise quand même que la différence « notable entre les catégories vient en effet de la nourriture ». Ainsi, « la Gestion » a calculé qu'en moyenne ces « frais de bouffe » étaient de 80 francs pour la quatrième, 150 francs pour la troisième, 230 francs pour la deuxième et 300 francs pour la première... confirmant la discrimination montrée précédemment au Sénégal dans la comparaison des menus. Il se plaint cependant que, compte tenu du fait que les autres dépenses, notamment médicales, sont « sensiblement équivalentes », « l'affectation du coefficient 0,5 à la quatrième catégorie est donc loin de correspondre à la réalité des faits ». Même si la discrimination sociale semble impacter les questions financières, il ne semble pas que cela ait fait évoluer les modes de calculs par la suite. Contrairement aux autres hôpitaux de l'AOF, le coefficient pour le calcul de ce prix de revient pour l'Hôpital Ballay en 1955 en Guinée est spécifique aux indigent·e·s et moins que les personnes hospitalisées en quatrième catégorie, même moins que les enfants. Les coefficients pour le calcul sont ainsi notés :

- Première catégorie = 2
- Deuxième catégorie = 1,5
- Troisième catégorie = 1
- Quatrième catégorie = 0,5
- Enfants toutes catégories = 0,5
- Indigent·e·s = 0,4

Au **Ghana**, à Accra, le projet de création d'une maternité dans les années 1920 planifiait une « chambre privée », destinée à « une patientèle payante et aisée » pour « satisfaire les grandes familles de l'élite » (A. Hugon, 2020 : 55-78). La première maternité publique sera finalement ouverte en 1928 et le Gouverneur d'annoncer qu'« en dehors des chambres payantes, tous les soins [seront] absolument gratuits, mesure destinée à surmonter la supposée défiance des patientes » (A. Hugon, *id.*). Quatre ans après son ouverture, la maternité est déjà trop petite pour répondre à la demande. Quant à la clinique de PMI, l'instauration du paiement des soins a été proposée en 1932 comme solution potentielle face aux défis de l'État pour la financer. En **Ouganda**, un programme de santé maternelle dans les années 1920, organisé par l'État et une institution missionnaire, prévoyait déjà l'instauration du paiement direct (Summers, 1991). Pour rester dans cette partie de l'Afrique, il est intéressant de relever l'analyse d'une communication réalisée par Damas Mora, directeur du Bureau supérieur de santé et d'hygiène en **Angola**, lors du premier Congrès de médecine tropicale de l'Afrique occidentale organisé à Saint-Paul-de-Loanda en juillet 1923 et relaté par le docteur Nogue, dans les *Annales de médecine et de pharmacie*, qui montre comment les médecins francophones découvrent d'autres modes de fonctionnement :

Une caractéristique curieuse est la façon dont les hôpitaux du Gouvernement sont considérés comme « Private hospital » pour les individus n'ayant pas droit à l'assistance médicale gratuite : ces derniers sont d'abord astreints à payer à l'État un premier tarif pour leur nourriture et leur logement, mais, de plus, pour les soins médicaux, ils versent une somme équivalente à 30% de la somme précédente comme émoluments du médecin et du pharmacien de l'hôpital. (Nogue, 1924 : 43)

Au **Burkina Faso**, une récente thèse évoque, sans plus de précisions, la possibilité dans les dispensaires de l'AMI de disposer de chambres payantes pour les personnes qui le souhaitent (Hien, 2022). En 1950, le Haut-Commissaire de la République en AOF demande aux médecins chefs de mener « des études pour déterminer les différentes capacités des centres de santé à pouvoir accueillir les hospitalisations payantes » (Hien, 2022 : 110). En 1949, dans un rapport déclaré confidentiel « le médecin lieutenant-colonel P. Queinnec avait estimé que seulement 1 pour 500

de la population—les patrons et employés de commerce et de l'industrie, fonctionnaires, chefs locaux, etc.—pouvait se payer les frais ». Banhero (2017) explique, d'après un rapport de 1952 du FIDES, que l'Ambulance de Ouagadougou, en très mauvais état, disposait de plusieurs pavillons dont « une hospitalisation africaine payante d'une trentaine de lits, une hospitalisation africaine de 'petits payants' et d'indigents, d'une quarantaine de lits » (p.670). Sur 200 lits, on peut estimer que 70 étaient pour des patient·e·s payant·e·s, bien que la répartition des 40 lits n'est pas précisée. Plus tard, en 1954, Albert Mouragues, lieutenant-gouverneur de la Haute-Volta, « réfuta l'idée d'une hospitalisation payante des malades de la part de la grande masse » et proposa « de venir progressivement au régime du paiement des soins médicaux lorsqu'on apportera au 'malade' le cadre d'un matériel rationnel et moderne dans un bâtiment en matériaux définitifs » (Hien, 2022 : 111).

Les défis du financement pour le secteur de la santé après les années 1940

L'administration coloniale est toujours à la recherche d'économie, mais elle est aussi en recherche d'efficacité dans ses modalités de fonctionnement ou d'achat de service, si on souhaite utiliser un vocabulaire moderne utilisé par l'idéologie de la « nouvelle gestion publique ».

En effet, dans une note du 2 septembre 1942, l'adjoint de 4e classe du service de santé colonial Guelton propose une réorganisation du rattachement des ambulances de la **Côte d'Ivoire** avec l'Hôpital d'Abidjan. Il explique que cette « nouvelle disposition doublerait les possibilités de contrôle effectif des formations sanitaires de la colonie au point de vue matière ». Nous comprenons à cette note que les formations de Bouaké, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou (classées établissements hospitaliers du service général en octobre 1937) sont administrativement rattachées à l'Hôpital d'Abidjan. Mais pour que les premières puissent obtenir le remboursement des journées de traitement, elles doivent envoyer leurs factures à l'Hôpital d'Abidjan. Or, les distances sont grandes (380 km pour Bouaké, 870 km pour Bobo, 1235 km pour Ouagadougou) et les moyens de transport difficiles. L'auteur de la note explique que lorsque les pièces comptables mensuelles arrivent à l'hôpital, en principe, dans la « 2e quinzaine du mois suivant celui auquel elle se rapporte », des vérifications sont réalisées, elles demandent entre 8 et 10 jours. Dans le cas exceptionnel, écrit-il, ou aucune observation n'est relevée sur les pièces comptables, elles sont adressées au service des finances qui procède au mandatement au bout d'une vingtaine de jours. Dans ces cas très favorables, les « fonds parviennent aux formations 45 jours après l'arrêté des pièces comptables ». Mais le cas général, écrit-il ensuite, est que des erreurs sont relevées et que cela provoque donc des délais très importants dans les différents contrôles, justifications et envois des sommes demandées. On voit donc que le défi bureaucratique du remboursement des journées d'hospitalisation est très présent à cette époque en Côte d'Ivoire, comme aujourd'hui, lorsque l'on parle de

remboursement des soins fournis gratuitement aux enfants dans le contexte de leur prise en charge par l'État ivoirien. L'auteur de la note propose donc une réorganisation pour réduire ces délais, en rattachant l'Ambulance de Bouaké à l'Hôpital d'Abidjan et faisant en sorte que l'Ambulance de Bobo deviennent un hôpital de rattachement et prenne la tutelle de l'Ambulance de Ouagadougou.

En outre, les défis du financement des systèmes de santé présentés dans les parties précédentes de l'ouvrage vont perdurer après les années 1940 et partout ailleurs en AOF.

Alonou (1994) explique qu'au **Togo**, face au défi de financer la gratuité des soins et au manque de ressources de l'État, le FIDES¹ et le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE : ancêtre de l'UNICEF) ont été mis à contribution à partir de 1947. Mais de 1947 à 1949, 86% des fonds ont été consacrés à la construction d'un hôpital à Lomé. Ainsi, l'augmentation du budget de la santé constaté en 1948 pour le Sénégal se confirme aussi pour le Togo. Le pourcentage du budget de la santé par rapport à celui du territoire national passe de 11,74% en 1946 à 16,49% en 1948. Le financement du FIDES sur la période de 1950 à 1953 fut aussi concentré sur les hôpitaux. Le rapport annuel de 1955 que la France envoie aux Nations Unies, pour expliquer son travail dans ce territoire placé sous sa tutelle montre qu'en 1954 et 1955, les « non Autochtones » ne représentent que 0,5% des journées d'hospitalisation. Le Togo dispose de cinq formations sanitaires privées (dispensaires sans lits d'hospitalisation) représentant 2,7% du total des consultations en 1955. Le tableau des dépenses de 1954 et 1955 montre que la totalité des dépenses de fonctionnement est financée par le budget du territoire et celle des équipements par le FIDES. Ainsi, le budget de l'État français n'a apporté aucune contribution aux dépenses.

En septembre 1950, le médecin lieutenant-colonel, directeur local de la santé publique du **Niger**, rédige un rapport sur la situation du service médical avant son départ et après deux ans de présence. Au-delà d'un satisfecit global sur sa mission et la manière dont les ressources humaines et mobilières ont été augmentées, il indique que l'Hôpital africain de Niamey a été construit avec le budget du FIDES, mais que les travaux ont été abandonnés pendant plus de deux ans. Il espère sa mise en service

1. Le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (FIDES) est créé en 1946. Il est l'ancêtre du Fonds d'aide et de coopération (FAC) qui sera créé en 1949.

en 1951. De même, l'achèvement des études pour l'Hôpital de Zinder est en cours et il espère que les travaux vont démarrer au début de 1951. En ce qui concerne la mobilisation du budget local, il dresse une liste d'investissements qui concerne uniquement des bâtiments, soit des dispensaires, maternités ou ailes d'hospitalisations dans plusieurs villes du Niger. Des logements pour le personnel, notamment africains, sont aussi listés.

Dans son récit de « croisière noire de la santé » de 1950, préfacé par Senghor, Gautier-Walter (1951) s'interroge : « On nous parle d'un magnifique plan d'équipement sanitaire du FIDES. Bravo, encore une fois. Mais s'agit-il toujours de pierres, d'hôpitaux trop grands, et dans les seules grandes villes? ».

Pourtant, en 1959, dans un contexte où la France a peur de voir les Nations Unies, avec notamment la création de l'OMS, étudier les conséquences de la colonisation, Jacques Kosciusko-Morizet (représentant permanent de la France au Conseil de tutelle) osera vanter les efforts du FIDES pour le développement des infrastructures sociales et médicales (Pearson, 2018). C'est peut-être pour cette raison que l'on note, dans le liminaire et la préface du numéro spécial de 1957 de *AOF Magazine* sur la santé publique (Sanner, 1957), de nombreuses références aux personnes qui donnent des leçons sans, selon Sanner, vraiment comprendre le contexte :

Ce n'est pas sans provoquer quelques (sic) agacements que parviennent en Afrique Noire les échos des « tam-tam » métropolitains de certains « découvreurs » du continent africain qui, entre deux escales, ont tout vu, tout entendu et, au bénéfice d'une littérature d'une couleur locale d'opérette, dénaturent les faits. La médecine elle-même n'a pas échappé à leurs divagations et rien n'est plus éloigné de la vérité que certains aspects qu'ils en présentent. (p. 2)

(...)

On se prend à souhaiter, au terme de ce tour d'horizon, que ceux qui viennent en Afrique se gardent de fonder leur jugement sur la présence ou l'absence d'hôpitaux somptueux mais pensent

quelques fois aux milliers de kilomètres parcourus sur les pistes pour apporter aux habitants des plus lointains villages le secours qui leur permettrait de survivre. (p. 6)

Dans un article de l'hebdomadaire d'informations illustré *Paris-Dakar* du 14 août 1950, le journaliste décrit l'organisation des soins au Soudan et note que le FIDES 1949-1950 a prévu un budget de 40 millions en crédits d'engagement et 30 millions en crédits de paiement pour l'agrandissement de l'hôpital du Point G de Bamako. Un autre budget de 90 millions (dont 10 en crédits de paiement) du FIDES pour cette période aurait été prévu pour la construction d'une maternité, première tranche de la construction d'un hôpital central. Si le FIDES aurait financé pour plus de 28 millions de francs des programmes de lutte contre les maladies entre 1947 et 1958 en AOF, Domergue-Cloarec (1986) évoque, sans fournir les budgets dépensés mais on se doute de la différence de coûts, une quantité importante de constructions d'hôpitaux et de centres de santé sur la même période, soit plus de 450 constructions neuves ou améliorées. Concernant le FIDES et ces structures de santé, l'analyse d'historiens ne dit pas si elles font partie des fameux « éléphants blancs » (Blanchard, Bancel & Lemaire, 2020) comme cela avait déjà été constaté en Côte d'Ivoire en 1935 (Lasker, 1977). Le rapport d'exécution du FIDES de 1947 affirme que 1 200 millions de crédits ont été engagés au titre de la santé pour l'ensemble des territoires d'outre-mer, Afrique du Nord et Indochine exclues. Sans donner de chiffres, le paragraphe rédigé concernant le secteur de la santé montre qu'il s'agit surtout de constructions de structures médicales en AOF.

Dans un article de 1955 pour la revue *Productions françaises*, le colonel Garcin évoque des investissements pour le FIDES à hauteur de 13 milliards de francs pour le premier plan quadriennal et de 24 milliards prévus pour le suivant. Adopté par l'Assemblée constituante du 30 avril 1946, le FIDES est financé à 45% par la métropole sans contrepartie et à 55% par des emprunts auprès de la Caisse centrale de la France d'outre-mer à des taux d'intérêt de 1% à 2%, ce qui dénote une certaine rupture avec le principe de l'autonomie (cependant l'essentiel des ressources aurait été accaparé par des entreprises de la métropole selon un article anonyme de la revue *Présence africaine* en 1956-57) (Coquery-Vidrovitch, 2023).

Le rapport de la Caisse centrale de coopération économique (CCCE)² pour 1957 explique que 1 344 millions de francs ont été consacrés aux formations hospitalières, mais les auteurs précisent que « la plupart des formations hospitalières des grandes villes étant terminées ou en voie d'achèvement, l'effort consenti par le FIDES en faveur des centres médicaux de brousse, des dispensaires et des maternités, devrait être intensifié ». Le rapport de la Caisse pour 1958 avance que depuis 1953, les crédits du FIDES accordés aux équipements sanitaires de l'AOF sont « de l'ordre de 9 350 millions ». Pour 1958, 1 159 millions ont été accordés à ces équipements, notamment à l'Hôpital Le Dantec, Saint-Louis mais aussi à Mopti, Bouaké, Bingerville et Porto-Novo. Le FIDES finance aussi la construction de pharmacies d'approvisionnement en AOF. Le programme de santé publique, et donc le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, reçoit moins de la moitié que les infrastructures, soit 446 millions. À titre de comparaison, en AEF durant l'année 1952, 288 millions ont été alloués aux hôpitaux, 93 aux formations sanitaires de l'intérieur, 33 millions pour les pharmacies d'approvisionnement, 107 millions pour les constructions du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) et enfin 125 millions de francs pour les équipements des hôpitaux et des formations mobiles de brousse.

Le rapport annuel de 1959 de la CCCE (inv. 62-83) indique que le Sénégal a disposé de 268 millions d'anciens francs de crédits pour l'équipement social (20,9%), alors qu'il en a obtenu 432 pour les infrastructures et 578 pour le développement agricole. Mais en 1961, les équipements sociaux représentent 46% des crédits (nouveaux francs) du FAC pour le Sénégal. Pour l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest en 1959, les équipements sociaux représentent 7,9% de l'ensemble des crédits (dont 41% pour les équipements sanitaires), la majorité étant attribuée aux infrastructures (72,87%). Le rapport indique que sur les 562 millions consacrés aux équipements sanitaires, 406 ont servi à l'équipement des hôpitaux de Niamey et Ouagadougou ainsi qu'à la construction de maternités en Haute-Volta (Boulsa, Saponé, Tenado, Zorgho). Le reste des crédits (soit 156 millions) ont été utilisés pour la lutte contre les grandes endémies,

2. La CCCE assure l'exécution des opérations du FAC et du FIDES, elle est considérée comme une banque de développement à partir de 1960.

confirmant donc la prépondérance du curatif sur le préventif, ce qui est confirmé par une analyse concernant la Côte d'Ivoire voisine (Gaber & Patel, 2013).

La thèse de Senhaji (1989) permet d'en savoir un peu plus sur le FIDES, même si la santé ne représente qu'une infime partie de son analyse, et confirme le peu d'importance de ce secteur au sein du FIDES. Ainsi, on apprend que les prévisions du plan 1953-57 accordaient 20,7% aux équipements sociaux, alors que pour les deux premiers plans, on évoque aussi « environ 20% ». Un tableau concernant la période de 1948 à 1958 précise même que 20,3% du budget prévisionnel est alloué aux équipements sociaux, au second rang après les infrastructures (35,7%) et avant la production animale et végétale (19,7%). Puis, sur la base d'un rapport du Gouverneur R. Pré, Senhaji remarque que sur les 3,6 millions de francs dévolus aux dépenses sanitaires lors du premier plan du FIDES, 60% ont été consacrés à la « médecine de soin » et 40% à la « prophylaxie », donc à la prévention. Le troisième plan aurait prévu 4,1 milliards pour terminer les hôpitaux de Niamey et de Zinder. En outre, la thèse de Senhaji confirme les inégalités de répartition des ressources car les budgets ont surtout été consacrés aux zones urbaines des pays côtiers, au détriment des zones rurales et des régions intérieures. Le Soudan français est ainsi délaissé par rapport au Sénégal (voir la première partie pour comprendre la permanence des choix), relève Senhaji (1989) qui indique par ailleurs qu'en 1951, le colonel Sanner a déploré « la réalisation démesurée de l'Hôpital de Dakar... des édifices aussi vastes que possible, devant servir à la renommée des villes bien plus qu'à la santé des populations et destinés à offrir aux médecins, non aux malades, toutes les facilités de la science médicale ». Mais la thèse de Senhaji confirme que, malgré la construction de formations sanitaires (passant de 382 à 798 de 1938 à 1955 en AOF), leur rendement reste faible, faute de budgets adaptés aux besoins. Ainsi, précisant les chiffres précédents, Senhaji (1989) explique qu'au terme du plan décennal, 7 489,84 millions de francs ont été consacrés à la santé contre 110 736,9 millions au développement économique, soit quinze fois plus. Comme le notait Aujoulat dans une archives de 1958, « lorsqu'on parcourt les territoires d'AOF, l'un après l'autre, dix ans après l'achèvement du FIDES, on est frappé de constater le nombre de réalisations qui demeurent en projet ou à l'étude ».

Mis à part le Soudan français (où la participation du FIDES est plus importante), le budget local de tous les pays de l'AOF soutient à plus de 60% les investissements de santé (66,9% pour le Sénégal, 86,5% pour le Niger!) (Domergue-Cloarec, 1986).

Le compte rendu analytique de la commission des Affaires sociales du 2 décembre 1957 fournit des informations intéressantes sur cette concurrence budgétaire entre les hôpitaux et la santé publique dans le contexte de la territorialisation budgétaire complète du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP). Ainsi, le médecin général Richet explique que le SGHMP a souvent « à tort, la réputation d'être somptuaire. En réalité, il ne revient qu'à 45 francs par tête d'habitant. Moins cher que les deux autres hôpitaux de Dakar ». Le médecin évoque également des craintes que son personnel spécialisé dans la lutte contre les endémies soit utilisé à d'autres fins, notamment pour l'assistance médicale autochtone (AMA), nouvelle terminologie de l'AMI depuis 1944.

Des ristournes au personnel de santé aussi ailleurs en AOF

En guise de comparaison avec le Sénégal¹, la bureaucratie sanitaire coloniale permet de disposer, en réponse à la circulaire (1004/SP-AD) du 1^{er} mars 1955, de l'ensemble des sommes versées à titre de ristournes en 1954, pour les consultations payantes et examens aux praticien-ne-s autorisé-e-s à exercer une clientèle privée et aux médecins spécialistes de la Côte d'Ivoire.

Cette note est signée « confidentiel », adressée par le médecin-colonel Dejou (réf 514/SA) le 15 mars 1955 et signée par le médecin lieutenant-colonel Bascou (médecin-chef de l'Hôpital d'Abidjan), aussi récipiendaire de ces ristournes. Les praticien-ne-s recevant des ristournes en Côte d'Ivoire sont au nombre de 27 dont deux médecins africains, un pharmacien africain, sept médecins a priori civils, et tous les autres sont militaires (dont un pharmacien). Une seule femme, Mme Michelin, chirurgienne-dentiste, est dans cette liste. Au cours de ses trois mois de fonction à l'Hôpital d'Abidjan, elle a permis au Trésor de gagner 56 780 francs, mais elle n'a touché aucune ristourne. Il n'y a que deux praticien-ne-s qui ne reçoivent aucune ristourne en 1954, elle et le médecin-capitaine Person de l'Ambulance de Man. Ce dernier n'a travaillé qu'en avril 1954 et a fait percevoir 15 900 francs au Trésor. L'annexe 14 fournit des détails pour l'ensemble de ce personnel, tant sur le montant des ristournes perçues que sur les sommes qu'ils et elles ont générées pour le Trésor.

1. Au Sénégal, les émoluments imposables en 1958 des personnels de santé du Service de lutte contre les grandes endémies (ex-Direction générale de la santé publique) varient grandement : 1,3 millions de francs pour le médecin colonel, 1,1 millions pour le médecin lieutenant-colonel, 689 819 pour le médecin commandant ou encore 479 715 pour le médecin-adjoint, 338 350 pour une sage-femme et 146 024 pour la sage-femme africaine. Parmi les 24 membres du personnel de santé listé-e-s, on note un seul médecin africain (823 428 francs), une seule africaine et au total neuf femmes dont une médecin, quatre sage-femmes et quatre infirmières.

L'analyse des données montre que la somme totale des ristournes accordées à ces 27 personnes est de 4 630 990 francs, ce qui représente un peu moins de la moitié des fonds qu'ils génèrent pour le Trésor, 8 617 089 francs. Le rapport entre la somme récoltée pour le Trésor et celle des ristournes est très variable d'un-e praticien-ne à l'autre. Au total, le médecin qui gagne le plus (pour le Trésor et pour lui), est le docteur Roigt, radiologue de l'Hôpital d'Abidjan avec plus de 5 millions de francs, loin devant le second, le docteur Siefer, médecin africain de l'Ambulance de Tabou, effectuant de très nombreuses visites pour les « Kroomen » (voir plus loin). Le praticien qui gagne le moins au total est le docteur Person qui n'a travaillé qu'un mois à l'Ambulance de Man sans recevoir aucune ristourne. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la durée d'exercice dans une formation sanitaire et le montant moyen des ristournes ($r = 0,49$), pas plus que sur le montant collecté pour le Trésor ($r = 0,31$).

Les trois médecins africains perçoivent deux fois plus, en moyenne mensuelle, que les huit médecins civils (20 407 francs vs 11 006 francs) mais un peu moins que les praticiens militaires (23 847 francs). Au sein des militaires, la hiérarchie des grades n'est pas respectée dans la réception des ristournes. Ce sont les commandants qui reçoivent le plus en moyenne mensuelle (44 012 francs), suivis des lieutenants (20 013 francs), des lieutenants-colonels (15 883 francs) et enfin des capitaines (9 910 francs). En ce qui concerne les formations sanitaires, les personnes qui pratiquent la médecine privée dans les hôpitaux reçoivent presque le double de celles qui sont dans les ambulances (28 479 contre 15 579 francs). Si l'on s'attarde maintenant sur les villes, le médecin africain de Tabou (48 797) et les deux praticiens de Abengourou (37 876) sont ceux qui gagnent, en moyenne, le plus, bien que celui qui reçoive la ristourne mensuelle la plus importante est le docteur Roigt, chargé des radiographies à l'Hôpital d'Abidjan, service lucratif comme le cas de Dakar l'a déjà montré. Mais globalement, les médecins qui œuvrent en milieu rural ont beaucoup moins de chance d'obtenir des ristournes importantes que ceux qui sont basés à Abidjan. Certains médecins reçoivent des ristournes de moins de 4 000 francs par mois, voire 1 694 francs pour le docteur Vacher qui a travaillé pendant huit mois à Grand Lahou. Mais deux exceptions doivent être relevées.

En effet, les deux médecins chefs travaillant dans les ambulances de Sassandra et de Tabou perçoivent 37 639 francs et 48 797 francs, en moyenne mensuelle, alors qu'ils sont dans une formation sanitaire rurale et isolée. Mais ces montants importants (supérieurs à de nombreux

médecins d'Abidjan) s'expliquent pas le fait qu'ils effectuent aussi, sinon surtout, des consultations auprès des « Kroumen », c'est-à-dire des membres de la communauté Krou, originaires de Côte d'Ivoire, recrutés comme portefaix par les compagnies maritimes de commerce. Des visites médicales de ces Kroumen (dont l'alcoolisme semblait poser des soucis importants) devaient être effectuées avant le départ en mer et ceux qui étaient engagés dans des navires européens devaient « subir » une visite lors de l'embarquement, puis au débarquement, donc environ tous les deux à trois mois en moyenne (Tokpa, 1998). Cela explique donc certainement les montants importants et l'on peut imaginer que ces places étaient convoitées, même si situées dans des régions éloignées. Mais ces visites rapportaient aussi énormément au Trésor français, car ce sont les deux montants les plus importants de l'ensemble des praticiens de la Côte d'Ivoire après la radiologie de l'Hôpital d'Abidjan qui rapporte une somme de plus de 4 millions pour l'année 1954!

Au Soudan français, l'organisation semble un peu différente puisque les praticien-ne-s reçoivent des ristournes tant pour les consultations réalisées dans les formations sanitaires que celles à domicile, alors que le tableau au Sénégal laisse croire que la totalité des sommes pour les visites à domicile est reversée à la formation sanitaire. Pour l'année 1954, le médecin capitaine Joany, en service à Gao, a perçu 6 700 francs au total. Mais 1 200 francs lui reviennent pour les consultations réalisées dans la formation sanitaire et 3 225 pour les visites à domicile, le solde est pour l'administration, mais selon une clef de répartition différente. Le principe semble être donc un partage à parts égales entre le praticien et l'administration pour les consultations à la formation sanitaire, mais pour les consultations à domicile, le praticien reçoit les trois quarts, alors que l'administration reçoit un quart. Les états des sommes perçues par d'autres médecins confirment cette pratique de répartition. Mais la pratique de clientèle privée ne semble pas généralisée, car nous avons retrouvé certaines fiches vierges pour quelques médecins, comme le commandant de Berail ou le lieutenant Pehore. De plus, la fiche du médecin capitaine Pinçon pour 1954 est barrée par un « état néant » et une note : « l'état financier et la composition de la population de Tombouctou ne permet pas de faire de clientèle civile ». Certaines fiches montrent, lorsqu'il s'agit d'un médecin africain, comme le docteur Thiero en service à Macina, qu'il a perçu 48 730 francs en six mois et reçu un total de 25 965 francs, soit 53% de ce qu'il a collecté.

À l'Hôpital de Bobo-Dioulasso en 1954, le médecin-chef a reçu 49 650 francs de ristournes, le chirurgien-dentiste 32 398 francs et le chirurgien 12 600 francs. Pour l'Hôpital de Ouagadougou, la somme totale de 201 458 francs a été versée par les six praticiens à l'hôpital, la personne ayant obtenu le plus de ristournes est le lieutenant-colonel Mahoudo avec 61 600 francs (et il a versé 108 928 francs à l'hôpital). Le capitaine Le Hennaff reçoit 17 150 francs, bien moins que Mme Le Hennaff avec 29 700 francs, mais on ne connaît ni leur lien de parenté, ni leur métier dans cette fiche des ristournes. Les archives témoignent des mêmes pratiques de ristournes au Niger (Niamey, Maradi et Zinder) et à Cotonou à la même période.

Une financiarisation semblable en dehors de l'AOF

À l'aide de quelques exemples tirés de pays en dehors de l'AOF, il s'agit de montrer succinctement, dans ce dernier chapitre, la diffusion mondiale de cette financiarisation.

En ce qui concerne le paiement des soins par les patient-e-s, un article sur la situation des services sanitaires en **Indochine** en 1911 est particulièrement intéressant pour montrer la permanence des idées reçues. En effet, l'Hôpital de Hai-Duong compte 64 lits, mais un hôpital payant y a été ouvert en 1911 avec 15 chambres à deux lits pouvant donc accueillir 30 malades (Clarac, 1913). Cependant, l'auteur se plaint car « les Annamites hospitalisés à leurs frais ne se soumettent pas volontiers à l'obligation de partager la chambre qu'ils occupent avec un autre malade » (p. 610). Le manque à gagner permet de réfléchir à l'élévation de « demi-cloison au milieu de chaque chambre, de façon à séparer les deux occupants » (p. 610). Par ailleurs, le prix de remboursement de la journée était jugé trop faible (0,60 piastre) car les « indigènes hospitalisés étaient très exigeants pour la nourriture comme pour les soins ». Le Résident chef de la province décide d'augmenter le remboursement à trois piastres pour la première classe et deux piastres pour la deuxième. Cependant,

cette augmentation est trop forte : on a voulu faire rembourser par le malade, non seulement la nourriture, mais encore les médicaments et les objets de pansement, faire entrer en ligne de compte une partie de la solde du personnel, tant européen qu'indigène, et prévoir même une petite somme pour l'entretien et le remplacement du matériel.

Le résultat n'a pas tardé à se faire sentir : les malades ne sont plus venus à l'hôpital payant. Il y aurait donc lieu, à mon avis, de diminuer les prix. L'hôpital payant remplirait mieux son but,

qui est d'attirer à nous la classe aisée de la population indigène, qui, jusqu'à présent, s'est montrée la plus rebelle à notre influence médicale.

On réaliserait, par la mise en adjudication de la nourriture des malades, une notable économie de la solde des gens de service employés à la cuisine, et on arriverait à contenter plus aisément les exigences des malades payants. (p. 611)

Et dans le prolongement des préjugés selon lesquels la gratuité des soins entraînerait des abus (Ridde, Queuille & Ndour, 2014), le même docteur Clarac avance que :

Les consultations gratuites augmentent chaque année et avec elles la consommation des médicaments. Il importe de se rendre compte si ces consultations ne gagneraient pas à être réglementées; beaucoup de malades ne suivent pas le traitement jusqu'à guérison et consomment ainsi des médicaments inutilement. Des consultations payantes et des salles payantes pour l'hospitalisation des gens aisés seront créées dans toutes les formations sanitaires de l'Assistance; il faut prévoir des prix différents et en rapport avec la fortune des habitants. (p. 605).

Ou encore :

Cela tient peut-être à une mauvaise organisation. Gratuites, ces consultations auraient dû rester réservées rigoureusement aux indigents; elles sont au contraire encombrées de gens qui n'hésitent pas cependant à dépenser beaucoup chez les droguistes chinois et indigènes. Nous voyant distribuer gratuitement ces médicaments, l'indigène se figure qu'ils ne coûtent rien et ne guérissent que par hasard. De la patience admirable déployée par nos médecins à ces séances fatigantes, il ne tient pas compte. (p. 633)

Et la solution est toute trouvée : « Il faudrait donc modifier ces consultations, les donner aux gens aisés à titre onéreux à des heures et en une salle différente de celles réservées aux consultations des indigents, qui doivent rester gratuites » (Clarac, 1913 : 633-634).

Au **Congo belge**, en 1922, les médecins qui ne peuvent « bénéficier de clientèle privée » reçoivent une « allocation de charge » comprise entre 3 000 et 5 000 francs (Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française, 1923, 1, janvier-mars). À cette même date, le docteur Nogue, dans son article du même bulletin, relate une « caractéristique curieuse » du fonctionnement des hôpitaux en **Angola**. Les malades qui ne sont pas pris en charge par l'AMI doivent payer la nourriture et le logement à l'hôpital, mais aussi 30% de cette somme comme « émoluments du médecin et du pharmacien ». Dans les années 1930, dans la province de l'Équateur (le Congo colonial), des injections de « néosalvarsan » sont disponibles pour lutter contre la syphilis. Mais le traitement n'est pas gratuit, limitant ainsi son efficacité de santé publique pour les patient·e·s ne pouvant se payer les deux cures de sept injections. Plus tard, lorsque les sulfamides arrivent en 1944, les personnes malades qui se cachaient peuvent, si elles ont la capacité de payer, obtenir des traitements qui les soignent en trois jours. De plus, avec la présence de plus en plus grande des traitements, c'est la question du paiement qui se pose. Certains médecins pensent que le niveau de vie des Congolais s'étant amélioré, ils peuvent payer. En outre, un marché noir du médicament traitant la blennorragie se développe comme les employés des planteurs à qui ces derniers leur distribuent des médicaments qu'ils revendent. Une économie parallèle des médicaments s'organise, en marge de la campagne de lutte contre la blennorragie (Hunt, 2024).

À **Madagascar**, Rousseau (1929) explique sans donner de détail que les sérums et les vaccins sont « cédés aux services et aux particuliers pour le compte du budget local selon les règlements en vigueur », ce qui laisse donc croire que le paiement par les particulier·e·s existait aussi dans cette colonie. Au **Cameroun**, le compte rendu général du 6^{ème} Congrès de la mutualité coloniale tenu à Paris du 28 au 30 septembre 1931 montre que l'arrêté du 8 décembre 1921 a statué sur l'assistance médicale gratuite pour les indigènes. Le financement de cette gratuité provient d'une taxe additionnelle à l'impôt de capitalisation dont sont exemptés les fonctionnaires et agents « indigènes », qu'ils soient cadres réguliers ou employés contractuels. En 1934, dans le contexte de la protection de

la maternité et de l'enfance, « tous les médicaments et pansements nécessités par les nombreuses consultations sont distribués gratuitement au compte du budget de l'Assistance médicale indigène. »¹

En **AEF**, le gouverneur général fixe lui aussi les tarifs de remboursement. Par exemple en 1931, le prix de base de la journée d'hôpital est fixé à 40 francs et de 5 francs pour les « indigènes » qui fréquent les postes médicaux. La catégorie des « particuliers traités à leurs frais » est aussi présente dans cet arrêté de 1931.

En **Afrique du Sud**, un groupe de médecins radicaux (MASA), bien que s'inscrivant dans une approche de « socialized medicine » (médecine sociale), s'est opposé à une réforme d'ampleur du système de santé dans les années 1940 (voir le rapport Gluckman de 1944, inspiré du célèbre rapport Beveridge de 1942, donnant naissance au système de santé britannique et ayant inspiré de nombreux pays). Il souhaitait conserver son droit à la pratique privée de la médecine, prépondérant à l'époque. Ces médecins souhaitaient aussi limiter les soins curatifs dans les centres de santé aux plus pauvres et refusaient l'instauration de la gratuité des soins hospitaliers (Whyle & Olivier, 2023). En Ouganda, dès 1890, le docteur Wright est le premier à constater la présence du paiement des médicaments. Il fait payer dix cauris, soit l'équivalent de dix centimes aux locaux. Les auteurs de l'étude historique estiment que c'est l'origine du paiement direct dans le pays (WHO, 2023).

Au **Gabon**, début 1949, il existe cinq catégories mais dans la dernière, on constate des prix différents pour les indigent·e·s entre les formations sanitaires de Libreville et Fort-Gentil (100 francs) et celles ailleurs sur le territoire (60 francs). Les militaires africains sont en quatrième catégorie (200 francs), alors que les officiers en première (800 francs). En revanche, montrant donc une certaine disparité des pratiques, le chef du territoire de l'Oubangui-Chari, dans son arrêté 383 de 1951, précise que les bénéficiaires de l'assistance médicale en quatrième catégorie ne font pas l'objet de remboursement. Le mot « GRATUIT » est écrit en majuscule. On remarque aussi que les PALF sont indiqués pour les trois premières catégories de 1 000 à 290 francs, mais pas la quatrième. Dans les hôpitaux de **Douala et Yaoundé** en 1950, on constate que les Européen·ne·s sont en première ou deuxième catégorie (750 ou 600 francs), tandis que les Africain·e·s sont en première, deuxième ou troisième catégorie, mais à

1. Annale de médecine et de pharmacie, 1936, no34.

des tarifs plus bas (350, 180 et 110 francs). Les « chefs indigènes » sont en première catégorie et les bénéficiaires de l'AMI en troisième catégorie donnant droit à un remboursement de 110 francs.

Avant de terminer par l'Algérie, deux petits détours géographiques s'imposent, d'abord vers les **Nouvelles-Hébrides**, puis vers la **Guyane**. La première est une colonie franco-britannique, car, en restant dans le giron colonial français mais au Pacifique où le principe des PALF était aussi appliqué, Amigues (1907) explique comment au début du 20^{ème} siècle, le recouvrement des coûts était déjà en place dans l'organisation des services médicaux tenus par les Français. Mais pour les services médicaux tenus par les Anglais, il explique que ces derniers ayant « plus de capitaux », les « malades [étaient] traités gratuitement », y compris pour l'accès aux médicaments. Comme ailleurs dans les territoires coloniaux, l'aide-major de première classe, le docteur Amigues, regrette « que le médecin n'ait pas plus de ressources à sa disposition », surtout qu'il semble seul. Et il conclut son article en suggérant qu'il « faudrait en outre que l'installation hospitalière fût moins rudimentaire et que les crédits alloués fussent plus élevés, afin de pouvoir traiter gratuitement les colons pauvres et les indigènes ».

En 1910, mais dans le contexte colonial anglais, le docteur Milroy se plaint auprès du secrétaire d'État aux colonies des faibles moyens des services de santé et que l'on a laissé mourir les habitant·e·s par pure négligence en **Jamaïque** (Downs, 2022). Le rapport d'un article, publié en 1926 par Sir Edgard Thornton et commenté dans les *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, note que la France aurait réalisé un tiers des dépenses de l'Angleterre pour le secteur de la santé dans ses colonies, ce qui laisse songeur...

En **Guyane**, à la même période, un médecin lieutenant-colonel émet une hypothèse que l'on retrouve encore débattue aujourd'hui dans la lutte contre les épidémies :

Les affections vénériennes ont été moins fréquentes à la Guyane, en 1929, que pendant les quatre années précédentes. Il est possible que les soins gratuits [...] aient contribué à cette diminution. De même la distribution gratuite de gélotubes en grande quantité. (Ledentu, 1931 : 815)

Enfin à **Nouméa**, on affirme que « la gratuité des examens de selles a permis à la population nouméenne d'en tirer le plus grand bénéfice » (Hermant, 1931 : 70).

En **Afrique du Nord**², où la colonisation française est plus ancienne et le statut de l'**Algérie** différent de celui des pays de l'AOF, Clark (2021) propose une analyse originale qui confirme de nombreux points mis en avant dans cet ouvrage. D'abord, la discrimination (raciale et religieuse) se confirme dans la prise en charge des « autochtones », avec des formations sanitaires et des remboursements des prix à la journée différents. Comme en Afrique de l'Ouest, les indigent-e-s sont a priori exempté-e-s du paiement des soins, mais les archives montrent les barrières administratives de l'application de cette exemption, constatées encore aujourd'hui en Afrique (Ridde & Jacob, 2013). Ensuite, l'assistance médicale pour ces personnes est bien en deçà de leurs besoins et le manque de financement très important. Ainsi, le pouvoir colonial cherche-t-il à lever des taxes localement pour payer de maigres services à la population. Clark (2021) estime qu'en 1900, moins de 0,003% de la population est soignée dans les hôpitaux algériens alors que sa contribution financière représente un quart des dépenses de santé annuelles. De plus, si les taxes levées sont très injustes, leur utilisation est opaque et même parfois détournée (à l'origine prévue pour les indigent-e-s), à tel point que la Cour des comptes réalise des audits pendant plusieurs années et déclare la taxe sur les fêtes (notamment sur les mariages) illégale en 1921. Enfin, dans la permanence des instruments, il est intéressant de noter que le concept de « centime additionnel » ajouté aux impôts des populations en Algérie au début du 20^{ème} siècle a été repris en Afrique de l'Ouest par des ONG comme au Niger, pour trouver des ressources supplémentaires afin de financer le transport des malades (Barro, Barroy, Djibo, Hercot & Ridde, 2013; Diarra, 2013), dans un contexte contemporain de politique d'exemption du paiement des soins... sous-financée par l'État et dédaignée par ses partenaires techniques et financiers. Au **Maroc** voisin, un essai historique rédigé par un médecin confirme cette analyse. Il montre la place de la médecine et des médecins dans l'entreprise coloniale, le manque de ressources dévolues à la santé des habitant-e-s

2. À Tanger, au Maroc, le premier hôpital est inauguré en 1904, afin de « fournir une assistance médicale et caritative aux Juifs qui ne pouvaient supporter le coût de la médecine privée et accessoirement, aux Musulmans pauvres » (Sadiki, 2021 : 41).

(l'apport des groupes sanitaires mobiles est jugé très limité, faute de moyens en dehors des campagnes de vaccination), une médecine moderne réservée aux seuls médecins français et la présence ancienne d'une pratique privée.

Cette partie ayant permis une comparaison internationale pour montrer la diffusion des pratiques coloniales de la financiarisation des soins, notamment dans les pays de l'Empire français, la conclusion de l'ouvrage confirme leur présence, encore actuellement.

Conclusion générale

Comprendre ce que les « ruptures » claironnées cachent de continuités.

Borrel, Boukari Yabara, Collombat & Deltombe, 2023 : 20.

Cet ouvrage centré sur la financiarisation de la santé à l'époque coloniale au Sénégal s'inscrit en complémentarité des analyses contemporaines de sa présence et de sa permanence à l'échelle mondiale, de l'Amérique du Nord à l'Europe en passant par l'Afrique (Beland, Contandriopoulos, Quesnel-Vallée & Robert, 2008; Bruch, Roy & Grogan, 2024; Chiapello, 2017; Gelly & Spire, 2022; Mills *et al.*, 2001; Whyte & Olivier, 2023). Un détour archivistique vers d'autres territoires ayant dû subir la colonisation française, et d'autres, confirme la situation sénégalaise et donc la diffusion des idées et des pratiques qu'il faudra évidemment préciser dans des recherches futures.

Ainsi, au-delà du caractère transférable des résultats de mon étude à d'autres pays de la région, comme je viens de le proposer dans la section précédente, une réflexion diachronique s'impose. En effet, il me semble que cette étude durant la période coloniale au Sénégal est en miroir de celle de l'histoire contemporaine (1980-2020) du financement de la santé en Afrique de l'Ouest (Ridde, 2021a). Elle confirme la « dépendance au sentier » et l'autonomie des instruments pour reprendre des concepts des politologues (Sabatier & Weible, 2014; Veselý, 2021). Cela constitue une preuve supplémentaire de la permanence des choix à travers l'histoire des Afriques (Fauvelle & Lafont, 2022). Autrement dit, en reprenant les concepts d'autres historiens réfléchissant à l'action publique, j'ai essayé de « révéler le passé qui s'est « sédimenté » et de rendre compte d'un « héritage stabilisé » (Audren, Kott, Lilti, Offenstadt, & Van Damme, 2003 : 516). De plus, les données de cette étude historique permettent d'avancer dans la démonstration heuristique du concept de l'autonomie des instruments que nous avons déjà proposée dans une analyse du choix des instruments politiques pour lutter contre la pandémie de COVID-19 au Sénégal (Ridde & Faye, 2022). On sait par exemple qu'au lendemain de

l'indépendance du Sénégal, le Centre national de transfusion sanguine a poursuivi la même politique de paiement des donneurs de sang jusqu'aux années 1980 (Schneider, 2013), cela sera l'occasion d'un prochain ouvrage.

Evans et ses collègues (1993) ont eu recours à l'image des Zombies pour expliciter le fait que durant l'histoire récente, le paiement direct de la part des usagers des services de santé (les particulier-e-s à leurs frais dans les hôpitaux coloniaux), compris comme un des instruments politiques (libérales), revenait en permanence dans les débats, les idées et les pratiques malgré son manque de pertinence et d'efficacité. Il est un exemple frappant de la financiarisation du secteur de la santé. Cet ouvrage confirme que cette histoire est donc lointaine et remonte au moins au 19^{ème} siècle en AOF, à l'image de la France (Chast, 1999; Domin, 2016) et la construction des premiers hôpitaux au Sénégal où cet instrument a toujours été présent. On a donc toujours cherché à faire payer les patient-e-s, certain-e-s patient-e-s et selon des modalités variables et changeantes au cours du temps, y compris ailleurs au Sahel. Impossible d'en comparer l'ampleur puisque les sources historiques sont administratives et on manque d'enquêtes populationnelles pour en mesurer les conséquences. Les enquêtes les plus récentes au Sénégal (2021) montrent que les ménages sont ceux qui continuent à financer le plus les dépenses courantes de santé (49,7%), bien plus que l'État (20,9%) ou les partenaires internationaux (20,0%). En outre, seulement 5% de ces dépenses totales sont réalisées par l'intermédiaire des systèmes de prépaiement volontaire, confirmant le rôle toujours négligeable des mutuelles de santé (MSAS, 2022). De surcroît, si ces modalités de financement et de paiement semblent avoir perduré jusqu'à aujourd'hui, les catégories raciales ont disparue mais pas les catégories sociales et leurs lots d'exclusions de l'accès aux soins, qui existaient aussi durant la période coloniale.

Dans les années 1990, un rapport confirme aussi la permanence des coûts d'hospitalisation pour les patient-e-s et des frais directs qui leur sont demandés dans les hôpitaux du Sénégal (Balique, 1996). En outre, il confirme les pratiques privées des médecins publics de ces hôpitaux. En 1989, le secteur hospitalier public absorbe 23,1% des dépenses de santé (20,1% en moyenne de 2017 à 2021, confirmant la permanence des choix gouvernementaux (MSAS, 2022)). En 1995, les hôpitaux représentent 29% du budget du ministère de la santé (Balique, 1996). L'aide publique française dans le domaine de la santé sera, à cette époque, aussi toujours très centrée sur les hôpitaux et structures médicales alors que les soins de santé primaire étaient délaissés (Marchesin, 2021). En 1993, l'hôpital

Principal dispose d'un déficit d'exploitation de 321,3 millions de francs. Sow (1995) avance que le principal problème de gestion est celui du recouvrement des créances, les dettes de l'État représentant 45%. La situation perdure. Il est décidé d'augmenter les tarifs de 30% selon le médecin général Cuisinier-Raynal. Le témoignage d'un ancien directeur d'hôpitaux au Sénégal montre, pour reprendre le titre de son ouvrage, que l'hôpital sénégalais est toujours malade (Diop, 2011). Ainsi, « la périodisation entre le précolonial, le colonial et le postcolonial ne résiste pas à l'examen. L'événement de la décolonisation doit être lu à la lumière de ces continuités tissées de discontinuités » (Bayart, 2023 : 68).

Les plus pauvres sont encore ceux qui ont le moins accès aux soins et l'architecture globale du financement de la santé au Sénégal n'est pas favorable aux pauvres comme vient de l'illustrer une nouvelle thèse (Samba, 2022). Les défis des indigent-e-s pour disposer de leur certificat ou de leurs droits aux soins gratuits à travers les mutuelles, prévus par les politiques publiques, sont souvent insurmontables (Bousmah, Diakhaté, Toulao, Le Hesran, & Lalou, 2022). De plus, si la pratique privée confirmée dans les années 1990 (Balique, 1996), reste autorisée dans les hôpitaux publics actuels, elle s'est certainement développée et généralisée au Sénégal¹ comme en France (Gelly & Spire, 2022) et ailleurs dans le monde (Batifoulier, 2013; Beland *et al.*, 2008). Bien qu'il faille être prudent sur la singularité africaine (Fauvelle & Lafont, 2022), ce que j'ai décrit pour le Sénégal pourrait très certainement être analysé dans la même veine dans la plupart des pays du monde. La financiarisation de la santé est, en effet, mondiale.

Une fois la permanence de ces instruments mise au jour, il serait certainement utile d'en comprendre les processus de diffusion et surtout, les acteurs à l'origine de cette constance. Il serait utile de réaliser cette analyse, d'une part, au moyen d'une socio-histoire de l'action publique et de l'historicité des instruments car elle permet « de montrer à quelles conditions – qui n'ont parfois aucun lien avec les intentions explicites formulées au sujet d'un instrument – des configurations ayant donné naissance à des instruments parviennent à durer et à entretenir la croyance en leur efficacité » (Baudot, 2014 : 197). Il pourrait être intéressant d'essayer de comprendre, d'autre part, comment des groupes

1. Je n'ai pas trouvé de recherche analytique sur ce sujet mais la presse sénégalaise en est le témoin régulier et une cartographie est disponible (Diop, Diop Touré, Koita, Diop & El-Khoury, 2018).

d'acteurs en faveur et faisant la promotion d'instruments spécifiques (« *Instrument constituencies* » (Béland & Howlett, 2016)), ou des coalitions instrumentales (Baudot, 2014), ont évolué et agi au cours de l'histoire pour influencer cette continuité, voire cette persistance (Shriwise & Schmitt, 2023). Mais il s'agirait de dépasser la classique et peu heuristique dichotomie Nord/Sud (Lencucha & Neupane, 2022) pour mettre au jour les relations de pouvoirs, la diffusion des idées et les stratégies d'acteurs au Sénégal dans la poursuite et dans le développement de ces instruments (Béland & Cox, 2016). Ailleurs, cet enjeu a été analysé pour l'histoire des années 2000 du financement basé sur les résultats en Afrique et plus particulièrement au Mali (Gautier, Coulibaly, De Allegri & Ridde, 2019; Gautier, Tosun, De Allegri & Ridde, 2018) ou concernant les mutuelles de santé au Sénégal (Ridde *et al.*, 2024).

À l'image de la promotion des coopératives (et des croyances coloniales sur la psychologie des indigènes autour de leur forme traditionnelle de coopération) (Develtere, 1998), les mouvements endogènes en faveur de la couverture du risque maladie ne semblent pas avoir existés (Ron, Abel-Smith, & Giovanni, 1990). En tous les cas, ils ne sont pas relatés dans les archives coloniales ou dans les analyses historiques de l'économie politique de la santé au Sénégal (Keita, 2007; Snyder, 1973). Cela peut se comprendre vu la violence que les populations devaient subir tant fiscalement (Cogneau, 2023; Touré, 1991) que lors des campagnes médicales (Echenberg, 2002; Pam, 2020) pour n'évoquer que ces deux dimensions. Mais, même si ces systèmes endogènes avaient existé dans le domaine de la santé, il y a de grandes chances que les « agences coloniales » imposaient des pratiques « sans rapport avec les idéologies et pratiques de coopérations locales », rendant impossible l'organisation « d'instruments auto-gérés qui puissent défier et changer à leur avantage les rapports sociaux et économiques existants » (Develtere, 1998 : 67). Il a fallu attendre 40 ans pour voir une nouvelle tentative des mutuelles européennes et des projets de développement financés par l'Europe des années 1980 pour relancer les expériences (Alenda-Demoutiez, 2017). Au Zaïre (actuelle RDC), ce sont les mutuelles chrétiennes belges qui ont lancé la mutualité. Au Mali, les sociétés indigènes de prévoyance des années 1910-20 auraient échoué à cause de leur origine coloniale, rencontrant des résistances locales. On est donc loin des illusions de la fin des années 1990 : « L'esprit mutualiste est déjà là, il suffit simplement d'y ajouter un peu de technicité pour qu'il prenne corps » (Toucas-Truyen, 1998 : 138). En ce qui concerne le développement coopératif, les « Français ont imposé des institutions unifonctionnelles et centralisées qui avaient

peu ou pas de rapport avec les pratiques locales » (Develtere, 1998 : 67). Concernant ces enjeux de l'influence internationale, dans un rapport produit à la veille du changement politique de 2024 au Sénégal, la commission nationale d'évaluation des politiques publiques s'étonne et confirme la permanence des influences (non françaises) au cours des années 2010-2020 :

L'importance des financements accordés par l'USAID au secteur de la santé durant cette période (60 millions de dollars en dons), et la stratégie d'influence mise en œuvre par Abt Associates avec le soutien du représentant santé de la Banque mondiale, a ainsi permis d'enrôler (parfois en les recrutant directement) les principaux décideurs du MSAS en faveur d'un modèle contre lequel un consensus scientifique s'affirmait. (CESPPP, 2023 : 173)

Les résultats de cette influence dans la permanence du choix des mutuelles de santé communautaire à l'échelle des communes est évident. La couverture santé pour les populations ne s'est pas améliorée avec cet outil, elle est restée insignifiante. Alors que seulement 4,5% de la population était affiliée à une telle mutuelle en 2019, la publication de la plus récente enquête nationale montre que ce taux est de 4,1% en 2023 (ANSD & ICF, 2024), bien loin des chiffres officiels (qui souvent inclut les populations cibles des politiques de gratuité) de 21% ou 23% en 2021 et des objectifs à atteindre de 45% (Ministère du développement communautaire, de l'équité sociale et territoriale & ANACMU, 2023). De plus, l'Agence nationale de la couverture maladie universelle s'est donné comme résultat à atteindre de rendre l'assurance maladie obligatoire en 2027 (Ministère du développement communautaire, de l'équité sociale et territoriale & ANACMU, 2023).

Alors que le Sénégal a vécu l'annonce d'une rupture politique début 2024, il faudrait tester l'hypothèse proposée par Baudot (2014 : 222) qui interroge la place de la société civile et notamment des personnes exclues des systèmes démocratiques :

Par-delà les alternances politiques et les changements de politique, la longévité de certaines techniques invite à explorer une autre hypothèse : un instrument serait d'autant plus durable qu'il pourrait – synchroniquement et diachroniquement –

satisfaire des rationalités divergentes, voire potentiellement incompatibles, et qu'il serait soutenu par le plus grand nombre possible de groupes, ce qui exige de lui une grande flexibilité.

Sources et bibliographie

Dépôts d'archives consultés

Le fonds « Santé, affaires sociales en AOF de 1920 à 1959 » de la série H, qui comprend des dossiers généraux sur l'organisation du système de santé, a été étudié, ainsi que la série HS

Archives nationales du Sénégal, Fonds AOF (1920-1959), Séries H et G

Archives nationales à Dakar, HS 101, 106, 108, 115, 134, 288

Répertoire Série H (Dakar), 1H5, 1H9, 1H21, 1H37, 1H68, 1H2, 1H22, 1H57, 1H58, 1H59, 1H60, 1H61, AH5, AH9, AH21, 1H37, 1H47, 1H48, 1H49, 1H62, 1H3713, 1H104, 2H9-10-11, 1H121, 1H122, 1H131, 1H132, 1H124, 1H125, 1H127

Répertoire Sous-Série 5Q Fonds AOF sur les sociétés de prévoyance, coopératives et mutuelles

Répertoire chronologique des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal, 1822-2016. Ch. Becker et R. Collignon avec le concours de Saliou Mbaye et Mariama Sadio

Archives de l'IMTSSA (France), 2013 ZK 005 : 172, 106, 017, 347, 079, 282, 344, 613, 615, 170, 86, 53, 222, 458, 224, 25, 27, 30, 33, 102, 32, 103, 161

Archives de l'ANOM (France), AOF Séries H 1 à 25 et 2G

Archives nationales de Pierrefitte (France), Politique en matière de travail : 19870329/1-10

Archives de l'Agence Française de Développement (AFD), 72 645, 74 262, 45 283

Sources imprimées de la période étudiée

Achard, Ch. (1936). Mission en Afrique occidentale française. *Bulletin de l'académie de médecine*, 116(39), 580-698.

Amigues. (1907). Géographique médicale. Les Nouvelles-Hébrides. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (10), 167-183.

- Anfreville de La Salle, L. (1912). *Sur la côte d'Afrique. Villes, brousses, fleuves et problèmes de l'Ouest africain*. Paris : Larose. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58053757>
- AOF Magazine. (1957). L'organisation de la santé publique en A.O.F. AOF Magazine, 9.
- Arnaudière, F. (1935). *Historique et situation des sociétés de secours mutuels du département d'Alger 1854-1930*. P. et G. Soubiron. Alger.
- Borrey. (1935). Essais d'un traitement antisypilitique standard arsenomercurel avec pyrétothérapie associée. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (33), 176-186.
- Bouffard. (1927). L'assistance médicale en Côte d'Ivoire pendant l'année 1925. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (25), 309-348.
- Boyer, M. (1935). *Les sociétés de prévoyance de secours et de prêts mutuels agricoles en Afrique occidentale française*. Université de Paris, Faculté de droit et des sciences économiques. Paris : Domat-Montchrestien, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9821129f>
- Cheneveau. (1937). « Notes psychiatriques au Togo. Législation. Aperçus cliniques 1932-1934 ». *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, (35), 431-462.
- Clarac. (1913). « Services sanitaires et médicaux de l'Indochine en 1911 ». *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (16), 513-686.
- Colonie du Sénégal. (1900). *Le Sénégal. Organisation politique, administration, finances, travaux publics*. Exposition universelle de 1900. Paris : librairie maritime et coloniale Augustin. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5781075x>
- Conseil colonial. (1919). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1918. Sénégal.
- Conseil colonial. (1927). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1926. Sénégal.
- Conseil colonial. (1930). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1929. Sénégal.
- Conseil colonial. (1931). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1930. Sénégal.
- Conseil colonial. (1934). Conseil colonial. Session ordinaire de juin 1934. Sénégal.
- Conseil colonial. (1935). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1934. Sénégal.
- Conseil colonial. (1937). Conseil colonial. Session extraordinaire de novembre 1936. Sénégal.

- Conseil général. (1890). *Conseil général. Session extraordinaire de 1890.* Sénégal.
- Conseil général. (1892). *Conseil général. Session extraordinaire de 1892.* Sénégal.
- Conseil général. (1900). *Conseil général. Session ordinaire de décembre 1900.* Sénégal.
- Conseil général. (1901). *Conseil général. Session extraordinaire de mars 1901.* Sénégal.
- Conseil général. (1904). *Conseil général. Session ordinaire de novembre 1904.* Sénégal.
- Conseil général. (1936). *Conseil général (Saint-Louis).* Sénégal.
- D'Anfreville, L. (1907). L'hôpital de Saint-Louis (Sénégal). *La Presse Médicale*, 45, 361-363.
- Delrieu. (1914). Services sanitaires et médicaux de l'Indochine en 1911. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (17), 513-686.
- Dr F. (1880). « La médecine gratuite ». *Le Concours médical*. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91496x1880>
- Dupont. (1917). « Des postes médicaux vacants à occuper au Sénégal ». *La Presse médicale*, 16, 161-162.
- Dupont, P. (1918). *Bulletin des sociétés de secours mutuels.* Paris. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6543821c>
- Gallay, H. (1907). Propagation de la vaccine en 1905 en Afrique occidentale française. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (10), 245-256.
- Gallay, H. (1909). *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole, 1905, 1906, 1907.* Paris : Larose. <https://books.google.co.uk/books?id=Fbw0AQAAIAAJ>
- Gamard, L. (1909). Le 2ème congrès de la Mutualité coloniale et des pays du protectorat. *Revue de la solidarité sociale*, 20-21.
- Gamard, L. (1911). Le troisième congrès de la mutualité coloniale. *Revue de la Solidarité Sociale*, (87), 134-135.
- Gamard, L. (1912). *IIIe Congrès de la mutualité coloniale et des pays de protectorat tenu à Constantine du 20 au 23 avril 1911. Compte-rendu général.* Amiens : Imprimerie Yvert & Cie.
- Gamard, L. (1924). *La mutualité dans les Colonies françaises* (23^{ème} cahier). Strasbourg : La vie sociale en France et dans ses colonies.
- Gamard, L. (1926). *IVe Congrès de la mutualité coloniale et des pays de protectorat tenu à Tunis du 7 au 10 avril 1923. Compte-rendu général.* Amiens : Imprimerie Yvert & Cie.

- Gamard, L. (1927). *Ve Congrès de la mutualité coloniale et des pays de protectorat tenu à Rabat du 19 au 22 avril 1927. Compte-rendu général.* Paris : Fédération de la mutualité coloniale.
- Gamard, L. (1931). *Vle Congrès de la mutualité coloniale et des pays de protectorat tenu à Paris du 28 au 30 septembre 1931. Compte-rendu général.* Paris : Fédération de la mutualité coloniale
- Gautier-Walter, A. (1951). *Afrique Noire. Terre inconnue. La croisière noire de la santé.* Paris : Frédéric Chambriand.
- Gouvernement du Sénégal. (1931). *Les services de l'Assistance Médicale Indigène en Afrique occidentale française.*
- Gouvernement général de l'Afrique occidentale française. (1930). *Budget de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène. Annexe au budget local du Sénégal.* Saint-Louis.
- Gouvernement général de l'Afrique occidentale française. (1931). *Budget de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène. Annexe au budget local du Sénégal.* Saint-Louis.
- Gouvernement général de l'Afrique occidentale française. (1932). *Budget de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène. Annexe au budget local du Sénégal.* Saint-Louis.
- Gouvernement général de l'Afrique occidentale française. (1933). *Budget de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène. Annexe au budget local du Sénégal.* Saint-Louis.
- Gouvernement général de l'Afrique occidentale française. (1934). *Budget de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène. Annexe au budget local du Sénégal.* Saint-Louis.
- Gouvernement général de l'AOF. (1931). *Exposition coloniale internationale de 1931. Le Sénégal.* Paris.
- Hébrard, J. (1904). *Guide-Manuel de la mutualité française.* Bordeaux : L'Avenir de la Mutualité.
- Heller, L. (1922). *Congrès de la santé publique et de la prévoyance sociale.* Marseille, 11-17 septembre 1922. Commissariat Général de l'exposition coloniale.
- Hermant. (1931). *Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928. Annales d'hygiène et de médecine coloniales, (29), 5-138.*
- Hugon, E. (1900). *Les sociétés de secours mutuels en France et à l'étranger.* Paris : Jouve et Boyer.
- ILO. (1957). *Report / Committee of Experts on Social Policy in Non-Metropolitan Territories, International Labour Office.* Geneva: ILO.

- Kermorgant, A. (1898). Assistance publique aux colonies. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 244-258.
- Kieffer. (1901). Sénégal et Soudan. Hôpitaux. Morbidité et mortalité en 1899. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 4, 248-258.
- Lahille, A. (c. 1910). *Mes impressions sur l'Afrique occidentale française : Étude documentaire au pays du tam-tam*. Paris : Alcide Picard Éditeur.
- Le Dantec. (1923). Service d'hygiène de Dakar. *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'Ouest africain*, 16, 463-464.
- Le Dentu, R. (1923). L'état sanitaire de la population indigène et le fonctionnement du service de l'assistance médicale dans la colonie de la Haute-Volta pendant l'année 1922. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 21, 133-153.
- Ledentu. (1931). Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1929. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 29, 661-851.
- Letonturier, R. (1924). Rapport sur le fonctionnement du service de santé au Cameroun pendant l'année 1923. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 22, 396-408.
- Ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité. (1927). Revue de la prévoyance et de la mutualité, 124.
- Malinas, & Tostivint. (1905a). Mutualité coopérative et Projet général d'assistance médicale indigène. *Revue tunisienne : Organe de l'institut de Carthage (Association Tunisienne des lettres, Sciences et Arts)*, 54, 480-515.
- Malinas, & Tostivint. (1905b). Mutualité coopérative et Projet général d'assistance médicale indigène en Tunisie. *Revue tunisienne : Organe de l'institut de Carthage (Association Tunisienne des lettres, Sciences et Arts)*, 52, 283-304.
- Merveilleux, A. (1910). Villages de ségrégation et de traitement de la maladie du sommeil. Fonctionnement d'un de ces villages à Saint-Louis-du-Sénégal. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 13, 676-704.
- Mutualité coloniale. (1908). La Mutualité coloniale : Organe littéraire, mutualiste, et des questions financières coloniales. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k63892404>
- Nahon. (1905). *La Fusion des esprits en Afrique par la mutualité*. Alger : impr. de Villeneuve.

- Nogue. (1924). Résumé des communications ayant trait à l'étiologie et à la thérapeutique des principales maladies observées en Afrique occidentale. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 22, 36-76.
- OMS. (1957). *Le rôle de l'hôpital dans le programme de santé publique* (Rapport No. WHA10_TD-5_fre.pdf). Geneva: OMS.
- Peyssonnerie, L. (1923). *Les Associations agricoles dans les colonies françaises*. Amiens : impr. de Vert.
- Ribot. (1907). Assainissement de la ville de Rufisque (Sénégal). *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (10), 398-406.
- Rondel, G. (1912). *La protection des faibles* (Assistance et Bienfaisance). Paris : O. Doin et Fils Éditeurs.
- Sanner. (1957). Préface. *AOF Magazine*, 3-6.
- Sanner, L., & Habay, J. (1952). L'organisation de la santé publique dans une Fédération de la France d'outre-mer, l'AOF. *La semaine médicale*, 28(40), 1-8.
- Sasportas. (1935). La médecine coloniale. À propos de la circulaire de M. Louis Rollin. *Concours médical : Journal de médecine et de chirurgie...*, 37(35), 2594-2596. <https://doi.org/ark:/12148/bpt6k5420503g>
- Sasportas. (1939). La médecine coloniale. Médecine et médecins en France et aux colonies. *Concours médical : Journal de médecine et de chirurgie...*, 61(14), 1659-1660. <https://doi.org/ark:/12148/bpt6k5420503g>
- Sorel. (1936). Sur l'organisation et le fonctionnement actuels des services sanitaires en Afrique Occidentale Française. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 115(23), 833-839.
- Thiroux, A. (1907). Villages de ségrégation et de traitement de la maladie du sommeil. Fonctionnement d'un de ces villages à Saint-Louis-du-Sénégal. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 12, 448-459.
- Worms, R. (1905). *Congrès colonial français de 1905* (secrétariat général des Congrès coloniaux français). Paris. Repéré à ark:/12148/bpt6k5458215z
- Worms, R. (1907). *Congrès colonial français de 1906* (secrétariat général des Congrès coloniaux français). Paris. Repéré à ark:/12148/bd6t53509645
- Worms, R. (1908). *Congrès colonial français de 1907* (secrétariat général des Congrès coloniaux français). Paris. Repéré à ark:/12148/bpt6k9732889g

Publications générales

- Alenda-Demoutiez, J. (2017). Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs. *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, (345), 69. <https://doi.org/10.7202/1040796ar>
- Alonou, K. B. (1994). *La politique sanitaire de la France au Togo à l'époque coloniale : 1919-1960* (Institut d'histoire contemporaine). Université de Poitiers. UFR Sciences humaines.
- ANSD, & ICF. (2024). *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue)*. Dakar : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Dakar, Sénégal, and The DHS Program, ICF, Rockville, Maryland, USA.
- Arzika, A. (1992). *Colonisation et santé : Action sanitaire française et réalités au Niger (1922-1958)*. Thèse de doctorat d'histoire. Université Paris VII/Jussieu, Paris.
- Audrain, S. (2022). Repenser la protection sociale par les communs sociaux : L'exemple des sociétés de secours mutuels du premier XIXe siècle en France : RECMA, N°366(4), 50-66. <https://doi.org/10.3917/recma.366.0062>
- Audren, F., Kott, S., Lilti, A., Offenstadt, N., & Van Damme, S. (2003). Temps, histoire et historicité : Un point de vue historien. Dans P. Laborier & D. Trom (Éds), *Historicités de l'action publique* (pp. 515-525). Paris : Presses Univ. de France.
- Badiane, L. (2004). *Étude d'une structure sanitaire : De l'hôpital central indigène à l'hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Bado, J.-P. (1999). Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale, XIXe-XXe siècles. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 86(322), 237-268. <https://doi.org/10.3406/outre.1999.3727>
- Bado, J.-P. (1996). *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*. Paris : Karthala.
- Balandier, G. (1951). La Situation Coloniale : Approche Théorique. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 11, 44-79.
- Balique, H. (1996). *Le système hospitalier du Sénégal : Analyse et perspectives*. Dakar : Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale; AREFOC.

- Bancel, N., & Blanchard, P. (2022). L'invention de l'indigène dans le système colonial français. Dans N. Bancel, P. Blanchard, S. Lemaire, & D. Thomas, *Histoire globale de la France coloniale* (pp. 232-238). Paris : Philippe Rey.
- Banhoro, Y. (2017). Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, un exemple des hôpitaux émergents au Burkina Faso au 19^e siècle. *Longbowu, Revue des Lettres, Langues et Sciences de l'Homme et de la Société*, 4, 659-682.
- Barro, M., Barroy, H., Djibo, H., Hercot, D., & Ridde, V. (2013). Solidarity-based financing of medical evacuations to improve access to emergency care, Keita Medical District (Niger). *Field Actions Science Reports. The journal of field actions*, (Special Issue 8). <http://factsreports.revues.org/2294>
- Barthélémy, P. (2002). La professionnalisation des Africaines en AOF (1920-1960). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 75(3), 35. <https://doi.org/10.3917/ving.075.0035>
- Barthélémy, P. (2010). *Africaines et diplômées à l'époque coloniale, 1918-1957*. Rennes : PUR.
- Barthélémy, P. (2022). La colonisation, nouvel être-au-monde de l'Afrique. Dans F.-X. Fauvelle & A. Lafont, *L'Afrique et le monde : Histoires renouvelées de la préhistoire au XXI^e siècle*. Paris : La Découverte.
- Batifoulou, P. (2013). Faire payer le patient : Une politique absurde. *Revue du MAUSS*, 41(1), 77. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0077>
- Batifoulou, P., & Da Silva, N. (2022). L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire. *Économie et Institutions*, (30-31). <https://doi.org/10.4000/ei.7105>
- Baudot, P.-Y. (2014). Le temps des instruments. Pour une socio-histoire des instruments d'action publique. Dans *L'instrumentation de l'action publique* (chap. 6, pp. 193-236). Paris : Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.halpe.2014.01.0193>
- Bayart, J.-F. (2023). Ce que « décolonisation » veut dire. Dans P. Singaravélou (Éd.), *Colonisations : Notre histoire*, 67-70. Paris : Seuil.
- Becker, Ch., & Collignon, R. (1998). Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. *Cahiers Santé*, 8(6), 411-416.
- Becker, Ch. (2023). Pour une histoire de la médecine en Afrique de l'Ouest. Acteurs et pratiques face aux maladies et aux crises sanitaires. Dans I. Diallo, I. Thioub, A. I. Ndiaye, & N. Benga, *Comprendre le Sénégal et l'Afrique d'aujourd'hui. Mélanges offerts à Momar-Coumba Diop* (pp. 313-339). Paris et Dakar : Karthala.

- Becker, Ch., & Collignon, R. (1999). Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 8(6), 411-416.
- Becker, Ch., Collignon, R., Mbaye, S., & Sadio, M. (2016). *Répertoire chronologique des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal, 1822-2016*. Dakar.
- Becker, Ch., Diakhaté, M., & Fall, A. (2008). Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : Une reproduction des inégalités? Dans G. Daffé & A. Diagne, *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance* (pp. 81-108). Paris : CRES, Karthala, CREPOS.
- Belaid, L., Cloos, P., & Ridde, V. (2017). Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso. *Can J Public Health*, 108(1), 56. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5628>
- Béland, D., & Cox, R. H. (2016). Ideas as coalition magnets: Coalition building, policy entrepreneurs, and power relations. *Journal of European Public Policy*, 23(3), 428-445. <https://doi.org/10.1080/13501763.2015.1115533>
- Béland, D., & Howlett, M. (2016). How Solutions Chase Problems: Instrument Constituencies in the Policy Process. *Governance*, 29(3), 393-409. <https://doi.org/10.1111/gove.12179>
- Beland, F., Contandriopoulos, A. P., Quesnel-Vallée, A., & Robert, L. (Éds). (2008). *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*. Montréal : Presses de l'université de Montréal.
- Blanchard, P., Bancel, N., & Lemaire, S. (2020). *Décolonisations françaises : La chute d'un empire*. Paris : Éditions de La Martinière.
- Bodson, O., & Zongo, A. (2021). L'impossible mise à l'échelle nationale du financement basé sur les résultats combinés au transfert monétaire conditionnel au Sénégal. Dans V. Ridde, *Une couverture sanitaire universelle en 2030?* (pp. 721-753). Québec : Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
- Borrel, T., Boukari Yabara, A., Collombat, B., & Deltombe, T. (2023). *L'empire qui ne veut pas mourir. Une histoire de la Francafrique*. Paris : Points.
- Bousmah, M.-Q., Diakhaté, P., Toulao, G. à D., Le Hesran, J.-Y., & Lalou, R. (2022). Effects of a free health insurance programme for the poor on health service utilisation and financial protection in Senegal. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 9). https://gh.bmj.com/content/7/Suppl_9/e009977

- Brouillet, P., Wade, M., Kambé, M., & Ndao, M. (1997). Émergence des mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal. *L'enfant en milieu tropical*, 228, 40-54.
- Bruch, J. D., Roy, V., & Grogan, C. M. (2024). The Financialization of Health in the United States. *New England Journal of Medicine*, 390(2), 178-182. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2308188>
- Brunet, J.-P. (1985). Prévenir. Autour du premier congrès des sociétés de secours mutuels, Lyon, 1883-1983, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°9, mai 1984. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 40(6), 1488-1489. <https://doi.org/10.1017/S0395264900157555>
- Buffa, V., Chiapello, E., Ronal, O., & Thyraud, A. (2021). La financiarisation des politiques publiques. *Action Publique. Recherche et pratiques*, (10), 6-15. <https://doi.org/10.3917/aprp.010.0006>
- Caldwell, J. C. (1987). Les répercussions sociales de la domination coloniale : Aspects démographiques. Dans A. A. Boahen (Éd.), *Histoire générale de l'Afrique. 7 : L'Afrique sous domination coloniale : 1880-1935* (pp. 495-526). Paris : Jeune Afrique.
- Camara, F. (2020). *Savoirs et pratiques autour de la tuberculose à Dakar, 1924-1969 : Le destin d'une maladie sociale, du colonial au postcolonial*. Département d'histoire, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- Carayon, A. (2000). L'Hôpital Principal de Dakar. Plus d'un siècle d'histoire (1880-2000). *Médecine Tropicale : Revue du Corps de Santé Colonial*, 60(1), 11-17.
- CESPPP. (2023). *Évaluation de la politique nationale de santé et du système de santé*. Dakar : Commission d'évaluation et de suivi des politiques et programmes publics.
- Chambru, C., & Viallet-Thévenin, S. (2019). Mobilité sociale et Empire : Les gouverneurs coloniaux français entre 1830 et 1960. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, n°66-4(4), 53. <https://doi.org/10.3917/rhmc.664.0053>
- Chast, F. (1999). Le budget des hôpitaux de Paris en 1848. De la bienfaisance au soin. *Histoire des Sciences médicales*, 33(4), 344-344.
- Chiapello, È. (2017). La financiarisation des politiques publiques. *Mondes en développement*, 178(2), 23-40. <https://doi.org/10.3917/med.178.0023>
- Chippaux, C. (1980). Le service de santé des troupes de marine. *Médecine tropicale*, 40(6), 605-630.

- Clark, H.-L. (2021). The Islamic origins of the French colonial welfare state: Hospital finance in Algeria. *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 28(5-6), 689-717. <https://doi.org/10.1080/13507486.2021.1990867>
- Clark, H.-L., & Doyle, B. (2021). Imperial and post-imperial healthcare before welfare states. *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 28(5-6), 617-635. <https://doi.org/10.1080/13507486.2021.1991894>
- Coghe, S. (2020). Disease Control and Public Health in Colonial Africa. Dans S. Coghe, *Oxford Research Encyclopedia of African History*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190277734.013.620>
- Cogneau, D. (2023). *Un empire bon marché : Histoire et économie politique de la colonisation française, XIXe-XXIe siècle*. Paris : Seuil.
- Conklin, A. L. (2001). *A mission to civilize: The republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*. Stanford, Calif: Stanford Univ. Press.
- Cooper, A. C. (2010). *Public Health, the Native Medical Service, and the Colonial Administration in French West Africa, 1900-1944*. University of Texas, Austin.
- Coquery-Vidrovitch, C. (2022). Impérialismes et exploitation en Afrique subsaharienne. Dans N. Bancel, P. Blanchard, S. Lemaire, & D. Thomas, *Histoire globale de la France coloniale* (pp. 341-346). Paris : Philippe Rey.
- Coquery-Vidrovitch, C. (1979). Colonisation ou impérialisme : La politique africaine de la France entre les deux guerres. *Le Mouvement social*, 107, 51-76.
- Coquery-Vidrovitch, C. (2023). Les habits neufs du capitalisme impérial. Dans *L'empire qui ne veut pas mourir : Une histoire de la Françafrique* (pp. 103-115). Paris : Points.
- Cranmer Green, C. (1999). *Chimborazo Hospital: A description and evaluation of the Confederacy's largest hospital*. Texas Tech University, Lubbock.
- Criel, B. (1998). *District-based health insurance in sub-saharian Africa*, Part I. Antwerp, Belgium: ITG Press.
- Cuisinier-Reynal, J.-C. (1997). L'Hôpital Principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958. Dans Ch. Becker, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (pp. 1188-1192). <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010017231>

- Da Silva, N. (2022). *La bataille de la Sécu : Une histoire du système de santé*. Paris : La Fabrique éditions.
- Da Silva, N., & Domin, J.-P. (2022). La mutualité, histoire d'une lente dépolitisation (1789-1989). Dans P. Batifoulier & M. Del Sol, *Plus d'assurance santé pour mois de protection? Le patient face au marché*, Institut de l'Ouest : Droit et Europe (pp. 25-36). Rennes : IODE.
- Daff, B. M., Diouf, S., Diop, E. S. M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M. M., Tobe, M., Togawa, S. & Ngom, M. (2020). Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 100-108. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239665>
- Delaunay, K. (2005). Introduction. Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : Essai d'historiographie. *Outre-Mers. Revue d'histoire*, 7-46.
- Depont, O. (1906). *Mutualité coloniale*. Paris : Georges Roustan.
- Desgrè, S. (2024). L'historien face aux commandes biographiques institutionnelles. Dans O. Chaïbi, T. Duverger, & P. Toucas-Truyen, *(Re)Penser l'histoire de l'ESS. Approches et historiographie* (pp. 37-45). Nancy : Arbre bleu éditions.
- Dessertine, D. (2013). La mutualité et la médicalisation de la société française (1880-1980). *Enfance, santé et société*. Lyon : LARHRA. <https://books.openedition.org/larhra/2644>
- de Suremain, M.-A., & Fredj, C. (2023). Éducation et santé : Propagande et réalités. Dans P. Singaravelou (Éd.), *Colonisations : Notre histoire*, 438-441. Paris : Seuil.
- Develtere, P. (1998). *Économie sociale et développement*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Diarra, A. (2013). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger : Évaluation dans les districts sanitaires. *Afrique contemporaine*, 243(3), 77-93. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0077>
- Dimier, V. (2005). Politiques indigènes en France et en Grande-Bretagne dans les années 1930 : Aux origines coloniales des politiques de développement. *Politique et Sociétés*, 24(1), 73-99.
- Dione, A. (2004). *L'enquête de la CINAM-SERESA (1959-1960) et le premier plan quadriennal du Sénégal*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Diop, A. (1983). *Santé et colonisation au Sénégal, 1895-1914*. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne : Atelier national de reproduction des thèses.
- Diop, F., Yazbeck, A., & Bitran, R. (1995). The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy Plan*, 10(3), 223-40.

- Diop, I. L., Diop Touré, I., Koita, M., Diop, M., & El-Khoury, M. (2018). *Cartographie du secteur privé de la santé au Sénégal 2016-2017*. Dakar : Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus Project, Abt Associates Inc.
- Diop, M. (2011). *La santé au Sénégal de 1960 à 2010. Thérapie de choc pour un hôpital malade*. Dakar.
- Diouf, C. (2005). *Fiscalité et Domination Coloniale : L'exemple du Sine, 1859-1940* (Maitrise). UCAD, Dakar.
- Domergue, D. (1978). Les Vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 65(238), 40-63. <https://doi.org/10.3406/outre.1978.2077>
- Domergue-Cloarec, D. (1986). *La Santé en Côte d'Ivoire : Politique coloniale française et réalités coloniales. 1905-1958*. Université de Toulouse-Le Mirail.
- Domin, J.-P. (2016). Paiement à l'acte et régulation du système de soins : Une analyse de longue période (1803-2013). *Revue Française de Socio-Économie*, 16(1), 215-234. <https://doi.org/10.3917/rfse.016.0215>
- Domin, J.-P. (2019). Socialisation of healthcare demand and development of the French health system (1890-1938). *Business History*, 61(3), 498-517. <https://doi.org/10.1080/00076791.2018.1454433>
- Downs, J. (2022). *Les origines troubles de l'épidémiologie : Comment le colonialisme a transformé la médecine*. Paris : Éditions Autrement.
- Dreyfus, M., & Gibaud, B. (1995). *Mutualités de tous les pays. Un passé riche d'avenir*. Paris : Mutualité française.
- Dreyfus, M. (2006). *Les femmes et la mutualité*. Paris : Pascal/Mutualité française.
- Dreyfus, M. (2008). Les grands jalons de l'histoire mutualiste. *Vie sociale*, 4(4), 11-26. <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0011>
- Dreyfus, M. (2016). Mutualité et coopération : Une histoire par trop méconnue. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 133, 169-180. <https://doi.org/10.4000/chrhc.5627>
- Dulucq, S. (2009). *Écrire l'histoire de l'Afrique à l'époque coloniale : XIXe-XXe siècles*. Paris : Karthala.
- Dutertre, M. (2010). Les archives du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale d'Ile-de-France : Originalité et richesse d'un fonds historique à exploiter. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 3(1), 114-134. <https://doi.org/10.3917/rhps.003.0114>

- Echenberg, M. J. (2002). *Black death, white medicine: Bubonic plague and the politics of public health in colonial Senegal, 1914-1945*. Portsmouth, NH: Heinemann.
- Esoavelomandroso, F. (1981). Résistance à la médecine en situation coloniale : La peste à Madagascar. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 36(2), 168-190. <https://doi.org/10.3406/ahess.1981.282726>
- Evans, R., Barer, M., & Stoddart, G. (1993). *User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back*. Toronto: CIAR Program in Population Health, August 1993. (Working Paper 26).
- Eymery, M. (2007). Le don de sang bénévole, historique en France et perspectives européennes. *Droit, Déontologie & Soin*, 7(4), 432-436. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2007.09.003>
- Falisse, J. B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, 156, 83-100.
- Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. Dans J.-P. Dozon & D. Fassin (Éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (pp. 181-208). Paris : Balland.
- Fassin, D. (2006). *Quand les corps de souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris : La Découverte.
- Fauvelle, F.-X., & Lafont, A. (Éds). (2022). *L'Afrique et le monde : Histoires renouvelées de la préhistoire au XXIe siècle*. Paris : La Découverte.
- Fauvelle, F.-X. (2022). *Penser l'histoire de l'Afrique*. Paris : CNRS éditions. De vive voix.
- Fertikh, K. (2024). Une décolonisation de la sécurité sociale : D'une « modernisation » coloniale française à sa remise en cause en Afrique subsaharienne. *Genèses*, 133(4), 27-51. <https://doi.org/10.3917/gen.133.0027>
- Fredj, C. (2015). Retrouver le patient colonisé : Les soins aux « indigènes » dans l'Algérie coloniale (fin XIXe siècle-années 1930). *Histoire, médecine et santé*, 7, 37-50. <https://doi.org/10.4000/hms.778>
- Frémeaux, J. (2012). *Les empires coloniaux. Une histoire-monde*. Paris : CNRS éditions.
- Gaber, S., & Patel, P. (2013). Tracing health system challenges in post-conflict Côte d'Ivoire from 1893 to 2013. *Global Public Health*, 8(6), 698-712. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.791334>

- Galland, B., Kaddar, M., & Debaig, G. (1997). Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique sub-saharienne. *L'enfant en milieu tropical*, 228, 9-21.
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, czz087. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Gbètoho Gankpé, F., & Nino Baleba, A. (2015). *Mutuelles de santé communautaires en Afrique subsaharienne : Pourquoi ça coince?* Paris : Riveneuve éditions.
- Gelly, M., & Spire, A. (2022). L'encastrement du privé dans l'hôpital public. *Sociétés contemporaines*, 126(2), 5-31. <https://doi.org/10.3917/soco.126.0005>
- Gorsky, M., & Sirrs, C. (2023). The World Bank's advocacy of user fees in global health, c.1970–1997: More ideology than evidence? Dans I. Borowy & B. Harris (Éds), *Health and Development* (pp. 277-316). (S.l.): De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/978311015583-011>
- Gorsky, M., Vilar Rodríguez, M., & Pons, J. (Éds). (2020). *The political economy of the hospital in history*. Huddersfield: University of Huddersfield Press.
- Gousseff, C. (2008). *L'exil russe : La fabrique du réfugié apatride (1920-1939)*. Paris : CNRS éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.9028>
- Gueye, M. (1995). *Etude des épidémies à Dakar (1900-1945). Les mesures sanitaires, la prévention et leurs conséquences démographiques (Mémoire de maitrise)*. Département d'histoire. UCAD, Dakar.
- Hibou, B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris : La Découverte.
- Hien, W. (2022). *Les structures de santé confessionnelles au Burkina Faso. Entre prosélytisme et contribution au développement humain durable, 1947 à 2000*. (École doctorale lettres, sciences humaines et communication, laboratoire des systèmes politiques économiques, religieux et culturels). Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou.

- Hu, A., & Manning, P. (2010). The global social insurance movement since the 1880s. *Journal of Global History*, 5(1), 125-148. <https://doi.org/10.1017/S1740022809990350>
- Hugon, A. (2020). *Être mère en situation coloniale. Gold Coast, années 1910-1950*. Paris : Éditions de la Sorbonne.
- Huillery, E. (2008). *Histoire coloniale : Développement et inégalités dans l'ancienne Afrique occidentale française*. Paris : EHESS.
- Huillery, E. (2014). The Black Man's Burden: The Cost of Colonization of French West Africa. *The Journal of Economic History*, 74(1), 1-38. <https://doi.org/10.1017/S0022050714000011>
- Hunt, N. R. (2024). *Un État nerveux : Violence, remèdes et rêverie au Congo colonial*. Paris : EHESS.
- Hutchinson, J. F. (1986). Russian physicians and medical politics in the Revolution of 1917. *Canadian Bulletin of Medical History*, 3(2), 153-165. <https://doi.org/10.3138/cbmh.3.2.153>
- Jore, L. (1964). Les établissements français sur la côte occidentale d'Afrique de 1758 à 1809. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 51(184), 253-478. <https://doi.org/10.3406/outre.1964.1388>
- Kanté, M. (2023). *L'école de médecine de Dakar. Creuset de la formation d'une élite médicale africaine (1918-années 1950)*. Paris : L'Harmattan.
- Keita, M. (2007). *A political economy of health care in Senegal*. Leiden: Brill.
- Kitts, A. (2024). La mutualité en situation coloniale. Les premiers pas des sociétés de secours mutuels en Algérie (1853-1914). Dans O. Chaïbi, T. Duverger, & P. Toucas-Truyen, (Re)Penser l'histoire de l'ESS. *Approches et historiographie* (pp. 157-168). Nancy : Arbre bleu éditions.
- Klein, J.-F. (2020). La 'pacification', un processus impérial. *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe*. <https://ehne.fr/fr/node/12418>
- Klotz, F. (2021). Historique de l'hôpital principal de Dakar. *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, 166, 32-35.
- Lasker, J. N. (1977). The role of health services in colonial rule: The case of the ivory coast. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(3), 277-297. <https://doi.org/10.1007/BF00114793>
- Lavielle, R. (1964). *Histoire de la mutualité. Sa place dans le régime français de Sécurité Sociale*. Paris : Hachette.
- Légier, H. J. (1968). Institutions municipales et politique coloniale : les Communes du Sénégal. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 55 (201), 414-64.

- Lemière, C., Turbat, V., & Puret, J. (2012). *A Tale of Excessive Hospital Autonomy? An Evaluation of the Hospital Reform in Senegal*. Washington, DC: World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/11880>
- Lencucha, R., & Neupane, S. (2022). The use, misuse and overuse of the 'low-income and middle-income countries' category. *BMJ Global Health*, 7(6), e009067. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009067>
- Letourmy, A. (2000). Les mutuelles de santé en Afrique : Conditions d'un développement. *Afrique Contemporaine*, 3ème trimestre, 230-240.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet*, 366(9486), 676-81.
- Ly, Mamadou Selly, Faye, A., & Ba, M. F. (2022). Impact of community-based health insurance on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures for the poor in Senegal. *BMJ Open*, 12(12), e063035. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063035>
- Ly, Mohamed Siradji. (2010). *Contribution à l'histoire de la santé : Les épidémies de fièvre jaune à Saint-Louis-du-Sénégal de 1830 à 1900*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Marchesin, P. (2021). *La politique française de coopération : Je t'aide, moi non plus*. Paris : L'Harmattan.
- Mayens, P. (2022). La caisse et l'expert : L'assistance technique du Bureau international du travail auprès de la caisse des compensations de Dakar (1963-1967). *Revue d'histoire contemporaine de l'Afrique*, 3, 169-179. <https://doi.org/10.51185/journals/rhca.2022.0312>
- Mbaye, A., Kâ, M., & Ridde, V. (2013). « Les bonnes intentions ne suffisent pas » : Analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé Publique*, 25(1), 107-112.
- Mbaye, M. E. (2002). *Étude d'une profession de santé : Les infirmiers au Sénégal de 1889 à 1968*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- M'Bokolo, E. (2004). *Afrique noire, histoire et civilisations. T. 2 : XIXe et XXe siècles / avec la collaboration de Sophie Le Callennec* (2e éd). Paris : Hatier.
- Mbow, N. B., Senghor, I., & Ridde, V. (2020). The resilience of two professionalized departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *Journal of Global Health*, 10(2), 1-6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020394>

- McPake, B. (2009). Hospital Policy in Sub-Saharan Africa and Post-Colonial Development Impasse. *Social History of Medicine*, 22(2), 341-360. <https://doi.org/10.1093/shm/hkp007>
- Memmi, A. (1973). *Portrait du colonisé précédé de Portrait du colonisateur*. Paris : Payot.
- Michel, A. (2020). *Un monde en nègre et blanc : Enquête historique sur l'ordre racial*. Paris : Seuil.
- Mills, A., Bennett, S., Russell, S., & Attanayake, N. (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?* Houndmills; New York: Palgrave.
- Ministère du développement communautaire, de l'équité sociale et territoriale, & ANACMU. (2023). *Plan stratégique de développement*. Agence CMU 2023-2027.
- Moulin, A.-M. (1992). Patriarchal Science: The Network of the Overseas Pasteur Institutes. Dans P. Petitjean, C. Jami, & A.-M. Moulin, *Science and Empires. Historical Studies about Scientific Development and European Expansion* (pp. 307-322).
- MSAS. (2022). *Rapport des comptes de la santé 2017-21*. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
- Ndao, M. (2005). Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : Discours et réalités (1930- 1960). *Revue Sénégalaise d'Histoire, nouvelle série*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01304675>
- Ndao, M. (2015). *L'alimentation et la santé des enfants dans le Sénégal colonial, 1905-ca. 1960*. Dakar : L'Harmattan Sénégal.
- Ndao, M. (2020). Épidémies et sociétés : Les leçons du passé. *Revue sénégalaise d'histoire*. Dakar : L'Harmattan Sénégal.
- Ndiaye, S. (2021). Ressorts et dynamiques de l'économie populaire : Une lecture à partir du Sénégal. *RECMA*, 362(4), 52-65. <https://doi.org/10.3917/recma.362.0052>
- Ndoye, A. (1999). *Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans les villes de Dakar et Gorée au XIXe siècle. Les épidémies de 1869 et 1893*. (Mémoire de maîtrise). Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Ndoye, T., & Poutrain, V. (2004). L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : L'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal. *Autrepart*, 29(1), 81-98. <https://doi.org/10.3917/autr.029.0081>

- Ngalamulume, K. (1997). La question sanitaire durant les premières années de l'AOF. 1895-1914. Dans Ch. Becker, S. Mbaye, & I. Thioub, *AOF : réalités et héritages : Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* (pp. 1201-1211). <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010017231>
- Ngalamulume, K. (2021). « Pestilential Emanations », *Medical Knowledge, and Stigmatisation in Saint-Louis, Senegal, 1854-1920*. *eTropic: Electronic journal of studies in the Tropics*, 20(1), 226-246. <https://doi.org/10.25120/etropic.20.1.2021.3792>
- Ngalamulume, K. (2012). *Colonial pathologies, environment, and Western medicine in Saint-Louis-du-Senegal, 1867-1920*. New York: Peter Lang.
- Olié, L., Delpy, L., & Ballet, J. (2024). From colonialism to international aid: Social protection in former French colonies in sub-Saharan Africa, 1890-2020. *Journal of International Development*, 36(6), 2608-2625. <https://doi.org/10.1002/jid.3924>
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A., & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: The case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(S1). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- Ouoba, K., Banhero, Y., & Semde, R. (2022). Les métiers de pharmacien colonial en Afrique occidentale française. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 80(2), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.05.003>
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13.
- Pam, A. A. (2020). Épidémies et société. Le Sénégal à l'épreuve de la fièvre jaune, 1750 à 1960. *Journal of Interdisciplinary History of Ideas*, 18, 1-20.
- Pam, A. A. (2022). Brève histoire de la biopolitique au Sénégal. La mise en ordre hygiéniste de la société. *Global Africa*, 2, 101-111. <https://doi.org/10.57832/nskg-rr03>
- Paul, E., Ndiaye, Y., Sall, F. L., Fecher, F., & Porignon, D. (2020). An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health policy OPEN*, 1, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>
- Pearson, J. L. (2018). *The colonial politics of global health: France and the United Nations in postwar Africa*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Peiretti-Courtis, D. (2021). *Corps noirs et médecins blancs : La fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles*. Paris : La Découverte.

- Peiretti-Courtis, D. (2023). La médecine coloniale en Afrique aux XIXe-XXe siècles : des soignants au service d'une entreprise politique? *L'autre*, 24(3), 311-324.
- Picard, J.-F., & Schneider, W. H. (1996). L'histoire de la transfusion sanguine dans sa relation à la recherche médicale. *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, 49(1), 3-17. <https://doi.org/10.3406/xxs.1996.3480>
- Piketty, Th. (2019). *Capital et idéologie*. Paris : Seuil.
- Quashie, H. (2019). L'expatriation de la recherche française en Afrique subsaharienne : distinctions raciales et épistémologies scientifiques (Sénégal, Madagascar, Bénin). *Histoire de la recherche contemporaine*, (Tome VIII-n°2), 208-229. <https://doi.org/10.4000/hrc.3717>
- Rajkotia, Y. (2018). Beware of the success cartel: A plea for rational progress in global health. *BMJ Global Health*, 3(6), e001197. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001197>
- Retel-Laurentin, A. (1960). *Rapport sur les perspectives de Développement du Sénégal. Rapport Hygiène-Santé I – Rapport et Annexe*.
- Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique*, 15(1), 37-51.
- Ridde, V. (2007). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris : L'Harmattan.
- Ridde, V. (2021a). The challenges of universal health coverage in sub-Saharan Africa: Permanence and failures of New Public Management instruments. *Une couverture sanitaire universelle en 2030?* (pp. 1-50). Québec : Éditions science et bien commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
- Ridde, V. (Éd.). (2021b). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030?* Québec : Éditions science et bien commun. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166925>
- Ridde, V., Ba, M. F., Guyot, M., Kane, B., Mbow, N. B., Senghor, I., & Faye, A. (2022). Factors that foster and challenge the sustainability of departmental health insurance units in Senegal. *International Social Security Review*, 75(2), 97-117. <https://doi.org/10.1111/issr.12300>
- Ridde, V., Caffin, J.-H., & Hane, F. (2024). External influences over Senegalese health financing policy: Delaying universal health coverage? *Health Policy and Planning*, 39(1), 80-83. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad108>

- Ridde, V., & Faye, A. (2022). Policy response to COVID-19 in Senegal: Power, politics, and the choice of policy instruments. *Policy Design and Practice*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/25741292.2022.2068400>
- Ridde, V., Fillol, A., Kirakoya-Samadoulougou, F., & Hane, F. (2023). Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France... et ailleurs. *Santé Publique*, 35(2), 109-113. <https://doi.org/10.3917/spub.232.0109>
- Ridde, V., Gaye, I., Ventelou, B., Paul, E., & Faye, A. (2023). Mandatory membership of community-based mutual health insurance in Senegal: A national survey. *PLOS Global Public Health*, 3(9), e0001859. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001859>
- Ridde, V., & Jacob, J. P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Louvain-La-Neuve : Academia-L'Harmattan.
- Ridde, V., Queuille, L., & Ndour, M. (2014). Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. *Development Studies Research*, 1(1), 54-63. <https://doi.org/10.1080/21665095.2014.925785>
- Ron, A., Abel-Smith, B., & Giovanni, T. (1990). *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: ILO.
- Rouanet, L. (2015). *Three essays about health progress and economic development in Africa*. EHESS – Paris.
- Sabatier, P. A., & Weible, C. M. (Éds). (2014). *Theories of the policy process* (3rd edition). Boulder, CO: Westview Press, a member of the Persus Books Group.
- Sachs, J. (2001). *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Geneve : OMS.
- Sadiki, R. (2021). *Médecine et colonialisme au Maroc sous protectorat français*. Casablanca : En toutes lettres. <https://www.cairn.info/medecine-et-colonialisme-maroc-sous-protectorat-9789954987988.htm>
- Samb, O. M., Essombe, C., & Ridde, V. (2020). Meeting the challenges posed by per diem in development projects in southern countries: A scoping review. *Globalization and Health*, 16(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00571-6>
- Samba, M. (2022). *Progression vers la couverture sante universelle au Sénégal : Entre équité, efficience et performance* (Sciences économiques et sciences politiques). Université de Liège, Sciences sociales et Université de Thiès.

- Schneider, W. H. (2013). *The history of blood transfusion in Sub-Saharan Africa*. Athens, Ohio: Ohio University Press.
- Seck, A. (2020). Contrôle et surveillance d'une endémo-épidémie en AOF. La maladie du sommeil au Sénégal, 1908-1945. *Revue sénégalaise d'histoire, Nouvelle série*(10), 141-161.
- Sène, M. (1991). *Epidémie et politiques sanitaires au Sénégal. 1920-1960. Exemples de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Senhaji, A. (1989). *L'Afrique occidentale française et le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (1946-1960)*. Université de Poitiers. Institut d'histoire contemporaine.
- Shriwise, A., & Schmitt, C. (2023). Understanding the origins of social policy in colonial contexts: An actor-centric approach. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 39(3), 247-263. <https://doi.org/10.1017/ics.2024.3>
- Snyder, F. G. (1973). Health Policy and the Law in Senegal. *Osgoode Hall Law Journal*, 11(1), 127-155. <https://doi.org/10.60082/2817-5069.2277>
- Souchet, J.-L. (2001). La Mutualité. Dans P.-J. Hesse & J.-P. Le Crom, *La protection sociale sous le régime de Vichy* (pp. 237-278). Rennes : PUR.
- Sow, A. (1983). *Les Sociétés indigènes de prévoyance du Sénégal des origines à 1947*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Summers, C. (1991). Intimate Colonialism: The Imperial Production of Reproduction in Uganda, 1907-1925. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 16(4), 787-807.
- Surun, I. (2023). Le temps de la conquête. Dans P. Singaravélou (Éd.), *Colonisations : notre histoire*, 405-8. L'univers historique. Paris : Seuil.
- Thénault, S. (2022). L'indigénat dans l'Empire Français. Dans N. Bancel, P. Blanchard, S. Lemaire, & D. Thomas (Éds), *Histoire globale de la France coloniale*, 179-84. Paris : Philippe Rey.
- Thénault, S. (2023). Le régime de l'indigénat, un arbitraire légal. Dans P. Singaravélou (Éd.), *Colonisations : notre histoire*, 479-82. L'univers historique. Paris : Seuil.
- Thiou, I. (1998). Sénégal : La santé des détenus dans les prisons coloniales. *Revue sénégalaise d'histoire*, 2-3, 89-100.
- Tokpa, J. L. (1998). Une main-d'œuvre internationale en Côte d'Ivoire au début du siècle : les Kroumen, 1893-1993. *Africa: Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto italiano per l'Africa e l'Oriente*, 53(3), 317-337.

- Toucas-Truyen, P. (1998). *Histoire de la mutualité et des assurances : L'actualité d'un choix*. Paris : Syros.
- Toucas-Truyen, P. (2017). *Guide du chercheur en histoire de la protection sociale*. Paris : Comité d'histoire et Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
- Touré, A. (1991). *Un Aspect de l'exploitation coloniale en Afrique : Fiscalité indigène et dépenses d'intérêt social dans le budget du Sénégal 1905-1946*. Département d'histoire, UCAD, Dakar.
- Touré, L., Boivin, P., Diarra, Y., Diabaté, S., & Ridde, V. (2023). Innovations in mutuality: Challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 9):e011055. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36898725/>.
- Touré, M. (1983). « La révolution sanitaire », Conférence à l'Amicale des médecins du Sénégal, Dakar.
- Touré Sall, A. O., & Ly, F. (2023). *Elles étaient là. Les pionnières de la santé!* Dakar : Nara.
- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Québec : Cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé*, 30(1), 57. <https://doi.org/10.3917/seve.030.0057>
- Van Dormael, M. (1997). *La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde* (Rapport No. 1). ITGPress.
- Van Lerberghe, W., & de Brouwere, V. (2000). État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne. *Afrique Contemporaine*, 3e trimestre (numéro spécial), 175-190.
- Vesely, A. (2021). Autonomy of policy instrument attitudes: Concept, theory and evidence. *Policy Sciences*, 54(2), 441-455. <https://doi.org/10.1007/s11077-021-09416-4>
- Vrooman, A. C. E. (2023). The development of colonial health care provision in Ghana and Côte d'Ivoire: Ca. 1900–55. *Economic History of Developing Regions*, 38(3), 215-255. <https://doi.org/10.1080/20780389.2023.2209284>
- Vuarin, R. (2000). *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation, ou « Venez m'aider à tuer mon lion »*. Paris : L'Harmattan.
- Waelkens, M.-P., Soors, W., & Criel, B. (2017). Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries. *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 82-92). Amsterdam: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00082-5>

- Waite, G. (1987). Public health in pre-colonial east-central Africa. *Social Science & Medicine*, 24(3), 197-208. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90047-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90047-5)
- WHO. (2023). *Study report of the African health histories for the last one hundred and fifty (150) years: A case study of Uganda*. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://iris.who.int/handle/10665/376080>
- Whyle, E. B., & Olivier, J. (2023). A socio-political history of South Africa's National Health Insurance. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 247. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02058-3>

Glossaire

AEF : Afrique équatoriale française

Ambulances : Hôpital simplifié

AMI : Assistance médicale indigène

ANOM : Archives nationales d'outre-mer

AOF : Afrique occidentale française

CPN : Consultations prénatales

EBAD : École des Bibliothécaires Archivistes et Documentalistes

FIDES : Fonds d'investissement pour le développement économique et social

FOM : France d'Outre-Mer

FISE : Fonds International de Secours à l'Enfance (ancêtre de l'UNICEF)

HCII : Hôpital central indigène (d'instruction), devenu hôpital central africain en 1946 et hôpital Le Dantec en 1954

IMTSSA : Institut de médecine tropicale du service de santé des armées (dit École du Pharo)

INA : Institut national de l'audiovisuel

JO : Journal officiel

JOS : Journal officiel du Sénégal

OMS : Organisation mondiale de la santé

PALF : Particulier·e·s à leurs frais

PTT : Postes, télécommunications et télédiffusion

SGHMP : Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

À propos des Éditions science et bien commun

Les [Éditions science et bien commun](#) sont une branche de l'[Association science et bien commun](#) (ASBC), un organisme sans but lucratif enregistré au Québec depuis juillet 2011.

L'Association science et bien commun

L'Association science et bien commun se donne comme mission d'appuyer et de diffuser des travaux de recherche transuniversitaire favorisant l'essor d'une science pluriverselle, ouverte, juste, plurilingue, non sexiste, non raciste, socialement responsable, au service du bien commun.

Pour plus d'information, écrire à info@scienceetbiencommun.org

Les Éditions science et bien commun

Un projet éditorial novateur dont les principales valeurs sont les suivantes.

- la publication numérique en libre accès, en plus des autres formats
- la pluridisciplinarité, dans la mesure du possible
- le plurilinguisme qui encourage à publier en plusieurs langues, notamment dans des langues nationales africaines ou en créole, en plus du français
- l'internationalisation, qui conduit à vouloir rassembler des auteurs et autrices de différents pays ou à écrire en ayant à l'esprit un public issu de différents pays, de différentes cultures
- mais surtout la justice cognitive :

- chaque livre collectif, même s'il s'agit des actes d'un colloque, devrait aspirer à la parité entre femmes et hommes, entre juniors et seniors, entre auteurs et autrices issues du Nord et issues du Sud (des Suds); en tout cas, tous les livres devront éviter un déséquilibre flagrant entre ces points de vue;
- chaque livre, même rédigé par une seule personne, devrait s'efforcer d'inclure des références à la fois aux pays du Nord et aux pays des Suds, dans ses thèmes ou dans sa bibliographie;
- chaque livre devrait viser l'accessibilité et la « lisibilité », réduisant au maximum le jargon, même s'il est à vocation scientifique et évalué par les pairs.

Le catalogue

Le catalogue des Éditions science et bien commun (Ésbc) est composé de livres qui respectent les valeurs et principes des Ésbc énoncés ci-dessus.

- Des ouvrages scientifiques (livres collectifs de toutes sortes ou monographies) qui peuvent être des manuscrits inédits originaux, issus de thèses, de mémoires, de colloques, de séminaires ou de projets de recherche, des rééditions numériques ou des manuels universitaires. Les manuscrits inédits seront évalués par les pairs de manière ouverte, sauf si les auteurs ne le souhaitent pas (voir le point de l'évaluation ci-dessus).
- Des ouvrages de science citoyenne ou participative, de vulgarisation scientifique ou qui présentent des savoirs locaux et patrimoniaux, dont le but est de rendre des savoirs accessibles au plus grand nombre.
- Des essais portant sur les sciences et les politiques scientifiques (en études sociales des sciences ou en éthique des sciences, par exemple).
- Des anthologies de textes déjà publiés, mais non accessibles sur le web, dans une langue autre que le français ou qui ne sont pas en libre accès, mais d'un intérêt scientifique, intellectuel ou patrimonial démontré.

- Des manuels scolaires ou des livres éducatifs pour enfants

Pour l'accès libre et universel, par le biais du numérique, à des livres scientifiques publiés par des autrices et auteurs de pays des Suds et du Nord

Pour plus d'information : écrire à info@editionscienceetbiencommun.org